



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA UM NOVO ENFOQUE NA
RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA - PACIENTE**

RICARDO ALAIN LEYVA NÁPOLES

BRASÍLIA - DF
Outubro/2015



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA UM NOVO ENFOQUE NA
RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA - PACIENTE**

RICARDO ALAIN LEYVA NÁPOLES

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, sob a Linha de Pesquisa “Escola, Aprendizagem, Ação Pedagógica e Subjetividade na Educação” no Eixo de Interesse “Subjetividade e Complexidade na Abordagem Psicanalítica”.

Orientadora: Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida

BRASÍLIA - DF
Outubro/2015

RICARDO ALAIN LEYVA NÁPOLES

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA UM NOVO ENFOQUE NA
RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA - PACIENTE**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
Universidade de Brasília – UnB
Orientadora

Prof. Dr. Emílio Peres Facas
Universidade Federal de Goiás – UFG
Examinador externo

Profa. Dra. Claudia Márcia Lyra Pato
Universidade de Brasília – UnB
Examinadora interna

Prof. Dr. Paulo Sérgio de Andrade Bareicha
Faculdade de Educação – UnB
Examinador suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Mireya Nápoles Mejias e Ricardo Leyva Fonseca, e ao meu querido irmão, Leonid A. Leyva Nápoles que, apesar da distância geográfica que nos separa entre Brasil – Cuba – Portugal, sempre estiveram em meu coração como motivo de encorajamento em minha caminhada.

Em especial, a minha fonte de inspiração, minha amada esposa, Silvia Ester Orrú, que sempre esteve ao meu lado, apoiando-me, dando-me seu amor incondicional e carinho.

Ao meu filhinho, Jean Ricardo Orrú Leyva, que apesar de sua pouca idade e sem saber, tem me motivado a seguir sempre adiante com sua alegria, sinceridade, coragem e determinação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua misericórdia, paciência e longanimidade. Por me ter dispensado esse tempo de vida e de produção em minha jornada, tempo de aprendizado e crescimento.

A minha querida esposa, Sílvia Ester Orrú, pela sua virtude, seu apoio e cumplicidade. Pela paciência e exemplo de perseverança, determinação e honestidade. Pelo seu amor incondicional, pela escuta e pelos sábios conselhos. Pelo apoio na escrita e troca de experiências que possibilitaram fazer, nesse tempo de estudo, as escolhas acertadas e a conclusão do Mestrado.

À Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida pela atenção e carinho dispensados desde o primeiro contato. Pela oportunidade de ser seu orientando. Pelos aprendizados adquiridos sobre a Psicanálise e a Educação. Pelos sábios conselhos e pela oportunidade que me deu de enunciar-me como professor e pelo incentivo para que eu me superasse e trilhasse meu próprio caminho na vida acadêmica.

À Profa. Dra. Claudia Márcia Lyra Pato pelas palavras sempre motivadoras, seu auxílio nos momentos difíceis e seus sábios conselhos durante essa empreitada.

Ao Prof. Dr. Paulo Sérgio de Andrade Bareicha pelas contribuições na qualificação e pelo respeito com que me atendeu.

À Profa. Dra. Teresa Cristina Siqueira Cerqueira por ter contribuído com suas aulas no aprofundamento da discussão a respeito do estudo da escuta sensível e da subjetividade.

Ao Prof. Dr. Emílio Peres Facas pelo pronto aceite em participar da banca examinadora, pelas palavras motivadoras e por suas colaborações para com esse estudo e pesquisa.

Aos fisioterapeutas e pacientes que disponibilizaram seu tempo para participarem dessa pesquisa, sempre atenciosos e receptivos, colaborando com a investigação.

À Universidade de Brasília pela oportunidade sem igual na construção de mais essa etapa de minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

Aos funcionários da secretaria do Programa de Pós-graduação em Educação, pelo acolhimento e ajuda prestada, desde o primeiro dia do mestrado, sempre com simpatia, agilidade e competência.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília que fizeram parte da minha vida acadêmica e com os quais compartilhei momentos de alegrias, tristezas e vitórias. Enfim, a todos os profissionais da Educação e da Fisioterapia que lutam para transformar a sociedade, fazendo desse mundo um lugar melhor, mais uma vez, meu respeito, meu carinho e meu muito obrigado!!!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos de Mestrado.

RESUMO

A garantia do direito e a preservação da saúde representam uma questão crítica na atual conjuntura socioeconômica. Nesse ínterim, entender a relação entre profissionais e usuários é de suma importância para o efetivo atendimento das pessoas que procuram pelos serviços de saúde. Esse desafio demanda alterações necessárias à formação acadêmica e profissional do fisioterapeuta com o propósito de aproximá-lo a real demanda de seus usuários. Nesse sentido, a visão hegemônica do paradigma biomédico mecanicista que impera nesses cursos, precisa ser revista em prol de uma formação que valorize a dimensão subjetiva do ser humano. O propósito dessa pesquisa parte da necessidade de uma perspectiva que permita a real aproximação entre a teoria e a prática para uma formação integral e humanizada do fisioterapeuta. O objetivo geral discute à luz da Psicanálise acerca do paralelismo da psicossomática implícita na relação fisioterapeuta-paciente e sua possível contribuição para uma formação mais apropriada do profissional da Fisioterapia com seu público alvo. Como desdobramentos, apontamos como objetivos específicos: 1) Investigar e identificar quais são as lacunas na formação profissional do fisioterapeuta que dificultam o exercício efetivo no atendimento básico de saúde; 2) A partir dos depoimentos dos sujeitos fisioterapeutas e pacientes, discutir acerca do papel social da Fisioterapia no Atendimento Básico à Saúde e; 3) Investigar e identificar qual é a percepção que se tem acerca da relação fisioterapeuta-paciente, desde o ponto de vista dos lados entrevistados - fisioterapeutas e pacientes. O referencial psicanalítico junto à epistemologia da metodologia qualitativa de caráter exploratório nos sustentou no aprofundamento dos fenômenos observados, delimitando a natureza da discussão teórica dos fatos examinados, oriundos da análise documental e das entrevistas individuais com os sujeitos, a saber, sete fisioterapeutas e sete pacientes. As considerações finais apontam que: a psique expressa a essência de cada sujeito, o estilo de vida e os determinantes sociais que influenciam diretamente sobre a saúde, assim como, um *feedback* importante para o tratamento das doenças de maneira geral; o reconhecimento da singularidade e subjetividade do paciente é essencial para o sucesso e resolução do processo terapêutico; as condições saúde-doença requerem um conhecimento de nossas próprias capacidades e limitações para negociar com a psicossomática implícita nesses processos; a pesquisa nos indica a necessidade de repensar a formação do fisioterapeuta para a aplicação prática do conteúdo trabalhado e não apenas a teorização mecânica de conceitos carentes de sentido e de significado no contato real com os usuários.

Palavras-chave: fisioterapia; psicossomática; educação; psicanálise; subjetividade.

ABSTRACT

The guarantee of the right and the health preservation represent a critical issue at the current socio-economic circumstances. In the meantime, understand the relationship among professionals and patients is really important for the effective care of people who search for health services. This challenge requires the necessary changes of the physiotherapist's school and professional background with the intent of narrowing him to the real patients' needs. Hence, the hegemonic view of the mechanical biomedical paradigm, which prevails in those courses, needs a review to promote a formation that values the subjective dimension of the human being. The purpose of this research is based on the necessity of a perspective that allows the real approach between the practice and the theory in order to allow the complete and humanist physiotherapist's formation. The main objective explains the Psychoanalysis in terms of the psychosomatic parallelism implied in the patient-physiotherapist relationship and their contribution for a more proper formation of the Physiotherapist and his target audience. As an outcome, we present as specific objectives: 1) Investigate and identify which are the lacks of the physiotherapist's professional background that hamper the effective execution of health basic care; 2) From the statement of the physiotherapists and patients on, debate the Physiotherapy social role in Health Basic Care and; 3) Investigate and identify which is the perception about the patient-physiotherapist relationship from the interviewed point of view - physiotherapists and patients. The psychoanalysis reference with the epistemology of the qualitative methodology, with investigatory characteristics, gave us the fully support to the observed phenomena, delimiting the nature of the theoretical discussions of the examined facts from the documentary analysis and private interviews with seven physiotherapists and seven patients. As final conclusions: the psyche expresses the essence of each person, the lifestyle and social determinants that directly influence health, as well as, an important feedback in order to treat diseases in a general way. The recognition of patient's singularity and subjectivity is essential for the success and the resolution of the therapeutic process. The disease-health conditions require an understanding of our own capabilities and limitations to negotiate with the psychosomatics implied in those processes. The research indicates the necessity of reviewing the physiotherapist's academic formation in order to apply the practice of the worked content and not only the mechanical theorization of concepts deprived of sense and meaning in the real contact with the patient.

Keywords: physiotherapy; psychosomatics; education; psychoanalysis; subjectivity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES – Câmara de Educação Superior

CFE – Conselho Federal de Educação

CNE – Conselho Nacional de Educação

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO - Conselho regional de Fisioterapia e terapia ocupacional

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

MEC – Ministério da Educação

SIGRAS- Sistema de Informação das Graduações em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 - Crescimento do número de cursos de Fisioterapia no Brasil no período de 1991 a 2004	22
Gráfico 2 – Cursos de graduação em Fisioterapia nas regiões do Brasil no período de 2000 a 2010	23
Gráfico 3 - Cursos de graduação em Fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000 a 2010.....	23
Quadro 1 - Dados Pessoais dos Fisioterapeutas	65
Quadro 2 - Dados Pessoais dos pacientes	66
Quadro 3 - Disciplinas essenciais à formação	91
Quadro 4 - Disciplinas desnecessárias à formação	91
Quadro 5 - Procedimentos de Fisioterapia	98

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPITULO 1 - Fisioterapia: profissão e problemática	17
1.1 O conceito de saúde e doença	17
1.2 Aspectos históricos da profissão	20
1.3 A problemática da formação profissional do fisioterapeuta: tendência ao paradigma biomédico	24
1.4 As Diretrizes Curriculares Nacionais e o Novo Paradigma de formação do graduando de Fisioterapia	28
1.5 A necessidade de um perfil profissional diferenciado	34
CAPITULO 2 - Psicanálise e Fisioterapia por uma escuta sensível	38
2.1 O corpo e a subjetividade humana	40
2.2 A metapsicologia freudiana	42
2.3 A relação Psique e Soma	44
2.4 Mente <i>versus</i> Psique e Soma	46
2.5 O processo psíquico inconsciente	47
2.6 O vínculo psicossomático: Instinto e Pulsão	48
2.7 Defesa e proteção psicossomática	51
2.8 Transferência e resistência	54
2.9 As contribuições da Psicanálise para a formação do fisioterapeuta: a valorização do singular de cada sujeito	55
2.10 As contribuições da Psicanálise para um novo enfoque na relação fisioterapeuta-paciente	59
CAPÍTULO 3 - Percurso Metodológico	64
3.1 Objetivos da pesquisa	64
3.2 Sobre os sujeitos da pesquisa	64
3.3 A Metodologia Qualitativa	66
3.4 A entrevista semi-estruturada	68
3.5 Roteiro de entrevista	68

3.6 Procedimentos	69
3.7 Análise do material	70
CAPÍTULO 4 - Análise e Discussão	73
4.1 Categorias de análise – Fisioterapeutas	73
4.1.1 Categoria 1 – Identidade	73
4.2.1.1 A escolha da profissão: lembranças	74
4.2.2 Categoria 2 - Conceitos	75
4.2.2.1 Concepção de Fisioterapia	75
4.2.2.2 Concepções sobre saúde e doença	76
4.2.3 Categoria 3 - Relação fisioterapeuta-paciente	78
4.2.3.1 Concepção fisioterapeuta-paciente	78
4.2.3.2 Concepções sobre “paciente” e tratamento	81
4.2.3 Categoria 3 - Prazer e sofrimento	85
4.2.3.1 Experiências junto ao SUS	88
4.2.4 Categoria 4 - A formação do fisioterapeuta	90
4.3 As categorias de análise – Pacientes de Fisioterapia	93
4.3.1 Categoria 1- Concepções sobre saúde e doença	93
4.3.2 Categoria 2 - Paciente	94
4.3.3 Categoria 3 - A Fisioterapia	97
4.3.4 Categoria 4 - Relação paciente-fisioterapeuta	99
4.3.5 Categoria 5 - Experiências com o SUS	101
4.3.6 Categoria 6 - Formação profissional do Fisioterapeuta	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
APÊNDICE B - Roteiro das entrevistas	118

INTRODUÇÃO

A preservação da saúde é uma questão crítica na nossa sociedade que está cada vez mais despersonalizada e individualista. Percorrer a trajetória do sistema de saúde brasileiro é fundamental para se conhecer a natureza processual do Sistema Único de Saúde – SUS, e do papel social da Fisioterapia. Procurar entender a relação e realidade cotidiana dos profissionais e usuários é de suma importância para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde, e para a qualidade do atendimento prestado às pessoas.

Formar profissionais para atuar no SUS, sempre foi um desafio desde a sua implantação. A partir da desvinculação da Previdência Social e da Assistência à Saúde (1974), com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), aumentou a dicotomia que existe entre as áreas preventivas e curativas no sistema de saúde brasileiro. Este modelo vigorou hegemônico dos anos 60 até a implantação do SUS nos anos 80, e hoje, continua de certa forma perpetuando-se pela ação política do corporativismo médico que através de uma forte bancada representativa de classe no Congresso Nacional, com sua visão privatista e mercadológica, ainda intenta prevalecer sobre os outros representantes do setor da saúde brasileira.

Esse desafio social demanda alterações necessárias na formação acadêmica de estudantes e professores no campo da saúde com o propósito de aproximá-los à realidade da imensa maioria dos brasileiros e à atuação efetiva requerida na atenção primária hospitalar, assistencial e/ou emergencial do SUS. A visão dualista cartesiana e mecanicista do hegemonismo médico que impera hoje na formação acadêmica dos estudantes e também dos profissionais no âmbito da saúde é um paradigma que precisa ser revisto.

Ressaltamos que as ponderações anteriores não tem a intenção de fazer juízo de valores ou discutir sobre os caminhos percorridos pela Medicina, mas tem o propósito de identificar a influência médica no cenário da criação de novas profissões na área da saúde; como é o caso da Fisioterapia que deve seu próprio surgimento à iniciativa de profissionais médicos que reconheceram a necessidade

da mesma, elaboraram e implementaram os primeiros Cursos de Fisioterapia no Brasil.

Dito isso, encontramos o porquê da influência herdada da racionalidade científica médica na formação dos fisioterapeutas, onde o “funcionamento” do homem é comparado a uma grande engrenagem.

Foi segundo o modelo dessa racionalidade científica que a medicina conseguiu construir suas categorias nosológicas e ordenar seus objetos de discurso em termos dualistas, tais como: doença-morte, normalidade-patologia, equilíbrio-desvio, harmonia-perturbação, integridade-degenerescência, etc. No âmago de cada uma dessas dualidades estão a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos (VELANDIA e SAYD, 1998, p. 5).

Assim, entre os fatores que tem dificultado a integração da teoria da formação com a prática profissional, encontramos o tecnicismo do modelo biomédico cartesiano e a influencia das tendências de um modelo de mercado que valoriza mais à obtenção do lucro do que ao atendimento da imensa maioria carente da população. Por esses motivos nossa pesquisa concentrou-se no eixo da formação vocacional do futuro fisioterapeuta em cursos de graduação no contexto do programa de Atenção Básica à Saúde.

A presente pesquisa teve como objetivo geral discutir à luz da Psicanálise acerca do paralelismo da relação psicossomática e sua possível contribuição para uma formação/relação mais humanizada e apropriada do profissional da Fisioterapia com seu público alvo. Como desdobramentos, apontamos como objetivos específicos:

- 1) Identificar quais são as lacunas na formação profissional do fisioterapeuta que dificultam o exercício efetivo no atendimento básico de saúde;
- 2) Investigar e discutir sobre a relevância da relação psique e soma no tratamento das condições saúde-doença;
- 3) A partir dos depoimentos dos sujeitos fisioterapeutas e pacientes, discutir acerca do papel social da Fisioterapia no Atendimento Básico à Saúde e;
- 4) Identificar qual é a percepção que se tem acerca da relação fisioterapeuta-paciente, desde o ponto de vista dos lados entrevistados - fisioterapeutas e pacientes.

A origem da investigação partiu de um questionamento sobre como o paradigma biomédico cartesiano que avista o corpo de modo fragmentado, como se fosse possível separar o fisiológico do psicológico; tem refletido na formação e prática profissional do fisioterapeuta na atual conjuntura da Atenção Básica à Saúde do cidadão. Bem como responder a pergunta: - o graduando em Fisioterapia recebe uma formação que o prepara para lidar com a psicossomática implícita nas experiências diversas de vida que retratam a subjetividade de seu paciente? – O que pensamos ser questões de fundamental importância para o tratamento efetivo de todo aquele que procura por esses serviços de atendimento à saúde, assim como, para o cumprimento das premissas e diretrizes, quanto ao efetivo funcionamento do SUS.

A crise do paradigma tradicional, tecnocrata, mecanicista e comportamental, que durante muitos anos tem dominado mundialmente a construção de planos de ensino e currículos nas escolas, se move na direção de uma formação integral que inclui a complexidade da subjetividade humana, o que, no caso da formação universitária do fisioterapeuta não é diferente (VEIGA-NETO, 2002).

Nosso estudo se constitui das seguintes partes:

No Capítulo 1 abordamos os aspectos históricos da Fisioterapia no contexto da problemática da formação profissional e sua tendência ao paradigma biomédico. Discutimos sobre o novo paradigma de formação do graduando de Fisioterapia segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais demandadas pela legislação que rege o Sistema Único de Saúde e a necessidade de se formar um profissional com perfil diferenciado.

No Capítulo 2 apresentamos a perspectiva psicossomática que cremos favorecer a aproximação entre teoria e prática para uma formação humanizada do fisioterapeuta a partir dos pressupostos conceituais da metapsicologia freudiana; evidenciando as contribuições da Psicanálise para a formação do fisioterapeuta a partir da valorização do sujeito singular e a importância de desenvolver nesse profissional uma escuta sensível como recurso de atuação imprescindível para uma relação fisioterapeuta-paciente.

O percurso metodológico da pesquisa é apresentado no Capítulo 3 com a utilização da metodologia qualitativa de caráter exploratório, incluindo: roteiro de entrevista semi-estruturada; observação não participante; diário de campo e a

análise documental como instrumentos que permitiram uma triangulação e avanços fidedignos na análise das informações produzidas.

No Capítulo 4 a análise do conteúdo das informações e sua discussão foram abordadas tendo como base as diretrizes do SUS no que diz respeito à atenção integral da saúde como direito fundamental (cap. 1); e os pressupostos fundamentais da metapsicologia freudiana (cap. 2).

Apesar da incompletude e impossibilidade de conclusões absolutas, acreditamos que a formação do fisioterapeuta precisa ser repensada de modo a romper com o paradigma biomédico, e trilhar um caminho próprio a partir de novas perspectivas teóricas que compreendam o sujeito na sua singularidade e não apenas como mais um paciente a ser tratado com foco na doença.

Neste contexto, acreditamos que o referencial psicanalítico repercute à proposta de uma concepção educacional diferenciada que valorize um novo enfoque da relação fisioterapeuta-paciente e, na forma de conceber e entender esse sujeito que está na condição de paciente, entregue aos cuidados do fisioterapeuta, compreendendo que a subjetividade e a complexidade humana estão presentes nesta relação, e que o futuro profissional se constitui fisioterapeuta não apenas a partir de conteúdos disciplinares, mas especialmente, na sua relação com o Outro.

CAPITULO 1

FISIOTERAPIA: PROFISSÃO E PROBLEMÁTICA

1.1 O conceito de saúde e doença

O que conhecemos da história dos termos saúde e doença é que estes se constituíram a partir das representações e significações histórico-culturais a respeito da natureza, das funções orgânicas e da estrutura do corpo humano, além das relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. Essas representações conceituais foram se modificando dentro e pela cultura no passar de cada geração, no entanto, entre estas podemos citar:

De acordo com Albuquerque e Oliveira,

Podem se considerar quatro grandes períodos para descrever a evolução dos conceitos de saúde e de doença que se fez sentir ao longo do percurso histórico da humanidade: um primeiro, período pré-cartesiano, até ao século XVII; um período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico, que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública, que começou a desenvolver-se no século XIX; finalmente, a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 70 (2002, p. 3).

Para esses autores os estudos sobre as significações e as perspectivas da saúde e da doença realizados nos últimos anos evidenciam que:

- 1) as concepções das pessoas leigas estão intimamente ligadas a significações mais latas sobre si próprias, sobre o mundo e a vida e imbuídas em sistemas culturais locais;
- 2) as pessoas frequentemente constroem concepções para os processos de saúde, que são bastante diferentes daquelas que constroem para os processos de doença e,
- 3) as concepções leigas coexistem e competem, no sentido de concepções alternativas às significações médicas ou dos profissionais de saúde (2002, p. 13).

Por outro lado, desde 1948, numa concepção mais tradicional e oficial, entende-se segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) que “saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença”.

Contudo, Dahlke (1992) em seu pensamento mais complexo entende que cada sintoma identificado no processo de adoecimento do paciente representa certo campo de modelos de comportamento e combinações de sobrevivência que cada ser humano perfila em refutação às provocações e obstáculos da vida cotidiana. Ter consciência desses modelos de comportamento é uma ação de autoconhecimento que se gera nos planos superficiais (corpo e comportamento) e, segundo o autor, até mesmo no âmago do *self* (a representação de “si mesmo”), pois sendo refém de modelos inconscientes encontra-se tolhido o verdadeiro ser do sujeito.

Para esse autor,

A doença é a corporalização problemática de um padrão. Por meio dela, o paciente é forçado a passar por esse padrão ao qual resiste e que não aceita conscientemente. A vivência consciente de um padrão é um ritual. Um acontecimento patológico é, conseqüentemente, um ritual inconsciente, ou seja, que mergulhou na sombra. Pelo que, o primeiro passo em direção à cura é ir buscar esse ritual na consciência, e uma ajuda substancial para isso; é fazer aquilo que o sintoma de qualquer maneira nos força a fazer, mas de maneira consciente e de livre e espontânea vontade (DAHLKE, 1992, p. 52).

Diferentemente da concepção convencional de saúde e doença, o autor supracitado compreende que os diversos sintomas de um quadro clínico podem despertar um novo caminho de desdobramentos com o alvo do próprio bem estar. Para ele “A doença é um caminho que pode ser percorrido, nem bom nem mau em si mesmo. O que fazer a respeito depende única e exclusivamente do afetado” (1992, p.11). Para ele o sujeito pode aprender a crescer a partir dos próprios sintomas, seja numa direção ou noutra.

A concepção de Dahlke (1992) vai ao encontro de nossa ação investigativa acerca das contribuições que a Psicanálise pode trazer para uma melhor compreensão e relação entre o fisioterapeuta e o seu público alvo, tanto no que diz respeito a sua formação profissional como também no exercício profissional da Fisioterapia.

Com este trabalho vamos de encontro aos conceitos e métodos de abordagem e/ou atendimentos tradicionais que foram estabelecidos pela medicina e tratam a todos os seres humanos de forma homogênea, unificando-lhes a partir de manuais de critérios diagnósticos visando o tratamento exclusivo da doença em detrimento da subjetividade do sujeito, subjetividade que entendemos também se

encontra envolvida em seu processo de desenvolvimento pessoal, na saúde ou na doença, assim como em meio a toda relação humana.

De modo geral, vemos que “o paciente” dentro da cultura da medicina moderna acaba por se resignar e se expropria de seu direito de decidir por si mesmo, e que em lugar disso, há uma submissão cultural à prescrição médica que decide quais são os caminhos que o sujeito deve seguir para seu processo de cura, sem discutir esta ou outras possibilidades de tratamento. E isto, não difere dentro do campo de atuação da Fisioterapia, onde o paciente se encontra a mercê daquilo que foi decidido para ele se resignar.

Embora, estes tipos de abordagens também respondam às limitadas condições de trabalho e de tempo que o fisioterapeuta dispõe para o atendimento da grande demanda do SUS e mesmo das clínicas que se sujeitam aos Planos de Saúde, é importante salientar que pensamos ser também fruto da influencia de sua formação mecanicista cartesiana.

É comum encontrarmos, no dia a dia da Fisioterapia, uma abordagem mecânica, fragmentada e impessoal a partir do uso de instrumentos e parafernália tecnológica; o que é útil, porém quando utilizado de forma a complementar um tratamento clínico e não quando utilizado como a forma do tratamento em si.

Citando um exemplo disto, o sujeito “paciente”, como prescrição, fica cerca de 20 a 30 minutos recebendo choques de correntes elétricas, no local da dor, sem ter a possibilidade de discutir com o fisioterapeuta o porquê de tal procedimento, ou a possibilidade de conhecer da existência de outras formas de atendimento que contemplem não apenas ao sintoma da doença, mais ao sujeito em si; e isto, sem considerar que na maioria das vezes, é a subjetividade do próprio sujeito quem alimenta a persistência dos sintomas e da doença por causas emocionais; ora, embora isto exija de um tempo maior de dedicação da parte do fisioterapeuta e de outras maneiras de abordagem, pode ser a diferença entre fracasso e sucesso de uma terapia.

No entanto, um profissional com esta visão somente pode ser constituído a partir de um olhar diferente, de outro enfoque da relação fisioterapeuta-paciente, num contexto que permita criar esta relação sem ignorar a latente presença da subjetividade “do outro”, e que lhe permita negociar com suas defesas psíquicas; e isto, exige de uma formação profissional diferenciada no que tange às concepções de paciente, de saúde e de doença.

Calma para o corpo, para a alma e para o espírito é recomendada e ajuda na cura. [...] Sintomas são a expressão de padrões que tem raízes fortemente ancoradas na matriz da realidade. [...] Os sintomas das doenças são inimigos internos para a maioria das pessoas. O próprio corpo transforma-se em superfície de projeção das facetas de que não gostamos (DAHLKE, 1992, p. 37, 49, 394).

Nesta perspectiva é que nos inspiramos para abordar a questão da formação profissional com ênfase num novo enfoque da relação fisioterapeuta-paciente, a partir do olhar da Psicanálise que nos traz desdobramentos profundos para a compreensão sobre como essa relação pode intervir no processo de cura do paciente ou mesmo no tratamento das causas de seu adoecimento.

No entanto, antes de prosseguirmos nesta perspectiva com as contribuições da Psicanálise para nosso estudo e pesquisa numa concepção diferenciada de saúde e doença, realizamos revisão da literatura sobre a Fisioterapia em seus aspectos históricos, que consideramos importantes para o entendimento e contextualização atual da profissão, assim como do lugar que ocupa no amplo universo de atuação na saúde da sociedade brasileira.

1.2 Aspectos históricos da profissão

A história da Fisioterapia no Brasil tem seu início em 1929 quando a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo criou e instaurou o primeiro curso técnico com o propósito de atender populações com sequelas da poliomielite e também com o aumento de casos de acidentes de trabalho, entre as décadas dos 30 aos anos 50 (PEREIRA, ALMEIDA, 2006).

A primeira metade do século XX assolou o Brasil com uma série de doenças infecciosas e parasitárias que motivou ações sanitárias por meio do Estado o que provocou a demanda de mão de obra de profissionais ligados à saúde (BARATA 2000).

Mas além desses fatores, as mudanças econômicas no país em virtude da expansão do modelo capitalista trouxeram a industrialização como uma nova opção para o mercado de trabalho, ou seja, um país de característica agroexportadora passou a demandar mão de obra de caráter industrial, o que originou um crescente número de trabalhadores acidentados e lesionados que sofreram o afastamento de

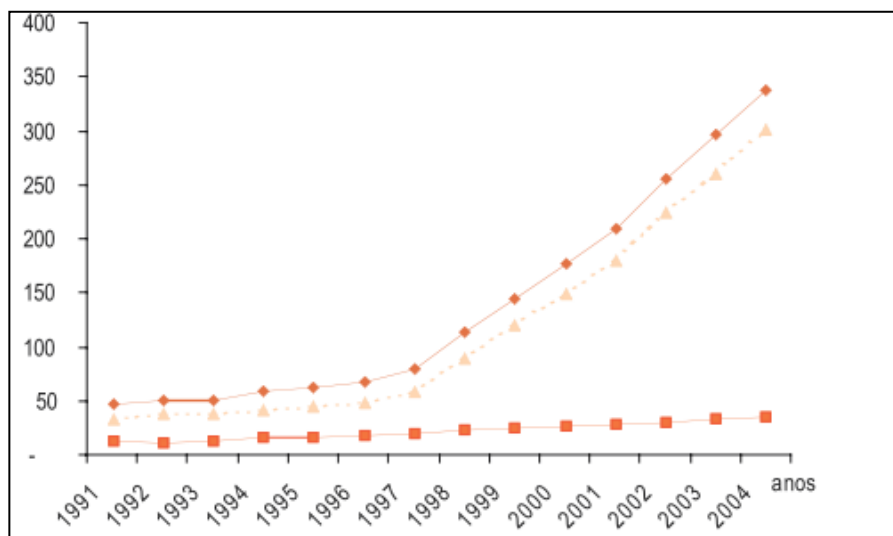
seu trabalho, contudo, necessitando, de alguma forma, serem integrados ao mercado e a sociedade. Esses fatos também foram motivadores para que a Fisioterapia fosse criada como uma técnica para recuperar os trabalhadores e novamente reintegrá-los à força de produção, uma vez que era o trabalhador quem sustentava a economia do país. Portanto, sua recuperação não era consequência de um direito social, mas sim sua reinserção para o mercado de trabalho (PAIM, 2003).

Contudo, somente em 1969 é que a Fisioterapia foi regulamentada como profissão com o Decreto-lei 938 (BRASIL, 1969), época de decadência das condições de saúde no país decorrentes das doenças epidemiológicas; dos problemas no sistema assistencial brasileiro; e pelas desigualdades sociais desencadeadas pelo sistema econômico capitalista, onde a população carecia de recursos enquanto todo o incentivo financeiro se destinava ao desenvolvimento do potencial industrial no país (PAIM, 2003).

Diga-se de passagem, a situação narrada do contexto do início da segunda metade do século XX não é muito diferente dos dias atuais, pois a Fisioterapia continua sendo marcada pelos desígnios históricos de contextualização, política, econômica e social do país.

Com a necessidade de se ter cada vez mais fisioterapeutas, após a regulamentação da profissão, em 1969 foram criados 6 cursos de graduação. Na década de 80 já eram 22 cursos e em 1995 o total de cursos foi para 63. Entretanto, a oferta de vagas era escassa em razão da restrição de cursos superiores no país (BRASIL. Ministério da Educação, 2006). A partir do ano de 1997, inicia-se uma forte expansão dos cursos de Fisioterapia por todo país. Em 1998 há um salto para 115 cursos e entre os anos de 1999 e 2003 eleva-se para 298 a oferta de cursos de Fisioterapia. No ano de 2008, conforme esses dados, com a expansão do ensino superior no país a Fisioterapia contava com um total de 479 cursos.

Embora as demandas político-sociais tenham sido motivadoras para essa aceleração na oferta de cursos, resulta um fato inegável que na área da saúde é um dos cursos de maior ênfase em aumento de oferta.

Gráfico 1 - Crescimento do número de cursos de Fisioterapia no Brasil no período de 1991 a 2004.

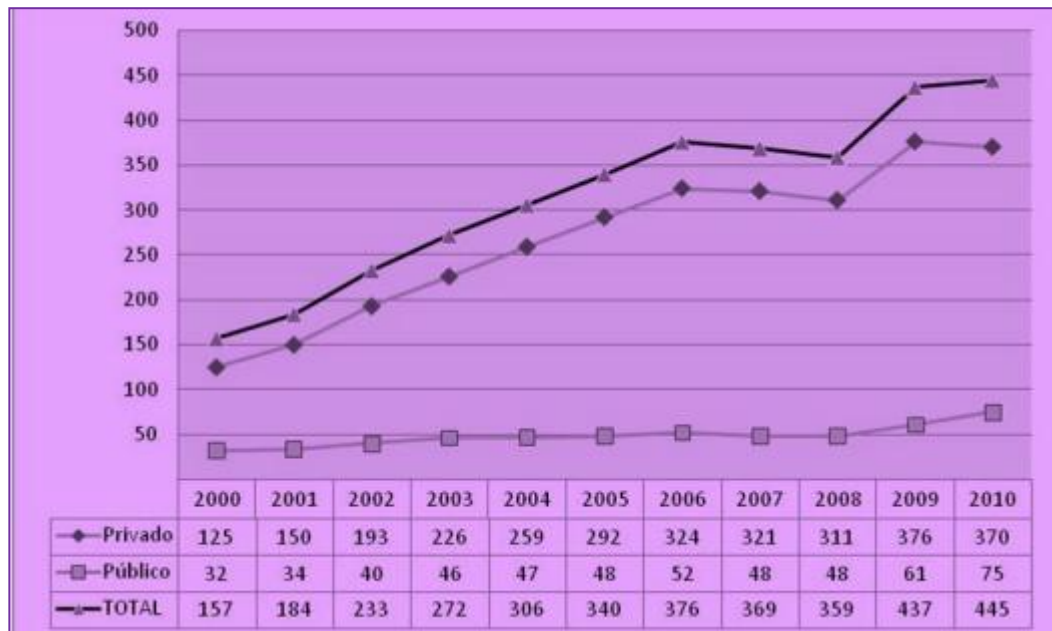
Fonte: A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 (BRASIL, 2006, p. 216).

Porém, neste contexto de política neoliberal, houve uma ampliação da oferta de cursos superiores promovida pela iniciativa privada, sem, contudo, ampliar equilibradamente a oferta também na rede pública, principalmente nas universidades federais. Esse descompasso provocou uma expansão sem planejamento que trouxe como conseqüências a baixa qualidade do ensino e falta de equilíbrio entre as áreas de conhecimento nas diversas regiões do país (MACEDO, 2005).

Neste cenário a Fisioterapia como profissão, na oferta de seus cursos de formação universitária sofreu as mesmas conseqüências. Em algumas regiões com maior concentração dos cursos, a oferta se expandiu em instituições de ensino privado, destacando a hegemonia do acesso aos cursos, predominantemente e de maneira majoritária na região Sudeste.

Gráfico 2 – Cursos de graduação em Fisioterapia nas regiões do Brasil no período de 2000 – 2010.

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2012.

Gráfico 3 - Cursos de graduação em Fisioterapia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000 – 2010.

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2012.

Portanto, mesmo a rede pública de ensino ampliando sua oferta de cursos em mais de 100% no período em destaque, é muito mais representativa a oferta na rede privada de ensino (PEREIRA, ALMEIDA, 2006).

1.3 A problemática da formação profissional do fisioterapeuta: tendência ao paradigma biomédico

O conhecimento fisiológico do movimento humano é de vital importância para a formação profissional do fisioterapeuta, este constitui a base da profissão e essência ao considerarmos que a Fisioterapia procura tratar, recuperar, e/ou promover a função natural da biomecânica humana. De acordo com a Atividade de Saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75 e as Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

A Fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da sinergia funcional, e da cinesia, patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais. (ATIVIDADE DE SAÚDE. Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.)

A partir da publicação da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e regulamentação do Sistema único de Saúde, o SUS (LEI 8080/90/DECRETO 7508/2011) as instituições relacionadas à Fisioterapia, tanto o COFFITO, quanto os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO, assim como as Faculdades de Fisioterapia, passaram a motivar a incorporação deste profissional junto aos atendimentos de ‘Atenção Básica à Saúde’. Este fato se deu em virtude de melhor se acompanhar o desencadeamento das políticas públicas promulgadas para o atendimento populacional; para tentar melhor garantir que o fisioterapeuta realmente marcasse sua presença no bojo da “Atenção Básica à Saúde” como também incluir o futuro profissional nesses espaços para realizar as

adaptações curriculares previstas nas Diretrizes Curriculares no que diz respeito aos estágios, também chamados de residências, junto aos hospitais e postos de atendimento à saúde da população.

Conseqüentemente, as mudanças impostas pela legislação também implicariam no ampliar das ações do fisioterapeuta que, até então, aconteciam de maneira mais isolada, em clínicas de atendimento ao paciente com maior enfoque dado à doença e às ações para a reabilitação do sujeito sem, contudo, articular-se com os demais profissionais da saúde e com sua própria comunidade local e sociedade.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (CNE/CES, 2002) para o perfil do egresso do Curso no que tange ao desenvolvimento competências e habilidades para a profissão deve se atentar para:

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ético-bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (Art.4º - inciso I).

Nesta perspectiva, a formação do profissional generalista com característica humanista, reflexiva e crítica, em consonância com práticas incorporadas e combinadas com outros foros do Sistema de Saúde passaram a ser os fundamentos para a formação do graduando em Fisioterapia nas diversas universidades do país, tanto na rede pública como privada, dando importante ênfase às experiências e formação nos Estágios Curriculares.

Embora a Fisioterapia tivesse alcançado alguns avanços e reconhecimento como uma profissão da área da saúde e não, no simples atendimento de característica técnica; apesar de se inserir de modo colaborativo e relevante para a atenção à saúde da população; infelizmente, a profissão ainda se encontrava cerceada a um segundo plano de atuação, na perspectiva da proposta de “Atenção Básica à Saúde” populacional.

A Fisioterapia, como uma área pertencente à saúde, tem como característica um laço com o paradigma hegemônico biomédico, centrado no atendimento às pessoas com algum tipo de patologias que requerem reabilitação. Logo, o foco na reabilitação coloca limitações à atuação do profissional que é chamado a intervir quando a doença já está materializada no sujeito e, em muitas ocasiões, em estado de cronicidade (muito avançada). A consequência disso é uma vasta população com patologias e sequelas que poderiam ser evitadas por meio de prevenção e atendimento precoce.

O Sistema Único de Saúde - SUS sendo um sistema público pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, acaba por integrar a Fisioterapia para atender as demandas populacionais do país. No entanto, com um viés diferenciado, esse profissional não poderia se restringir apenas ao atendimento individualizado e corporativo, onde é obrigado a atuar sob a autoridade médica em clínicas e hospitais.

Todavia, a formação do fisioterapeuta é marcada pela expansão dos cursos superiores, pela privatização dos atendimentos e fundamentada numa perspectiva curativo-reabilitadora baseada no modelo biomédico mecanicista que dá préstimo ao ensino técnico, à especialidade e à pesquisa biológica (CAMPOS, 2008) e que é orientado pela lógica do capital e do lucro. Portanto, nesse contexto a Fisioterapia não veio alcançar, nem poderia, às demandas populacionais coletivas carentes, nem uma forma de atuação pertinente e emancipada da profissão.

Hoje, é fato que a população encontra dificuldades no acesso a tais serviços, tanto no plano privado pelas poucas sessões “concedidas” para o atendimento fisioterapêutico, quanto no atendimento realizado pelo SUS que tampouco valoriza a importância do trabalho deste profissional da saúde. Neste sentido, segundo Bispo Júnior,

Não basta que o SUS, como mediador coletivo, proporcione a aproximação entre a Fisioterapia e as necessidades da população; a Fisioterapia deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção e o atual perfil epidemiológico da população. Para uma atuação capaz de transformar as necessidades coletivas, a Fisioterapia precisa redimensionar seu objeto de intervenção, que deve aproximar-se do campo da promoção da saúde e do movimento da saúde coletiva sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a mudanças mais profundas, de natureza

epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta (2009, p. 662).

É certo, portanto, que a estrutura curricular dos cursos de Fisioterapia tende para uma predominância positivista de cunho cartesiano, condutora da formação profissional, a concepção de paciente e a de corporalidade. A organização curricular precisa ir além do ensino hegemônico e homogêneo pautado em técnicas, procedimentos, métodos de atendimento e de abordagem clínico-terapêutico característicos das ciências médicas, assim como desenvolver mecanismos próprios da profissão que proporcionem uma real aproximação entre a Fisioterapia e as necessidades da população e que ofereçam ao novo formando uma identidade com a profissão.

É preciso haver lugar na organização curricular para que sejam abordados em aula desde os primeiros anos de curso e nos estágios curriculares onde as vivências da prática profissional se iniciam; conhecimentos do cotidiano da comunidade através de saberes da área das ciências humanas, como os sociológicos, sobre a constituição das políticas públicas e seu real alcance à população, conhecimentos epistemológicos filosóficos e psicológicos, abordagens que favoreçam o relacionamento interpessoal do fisioterapeuta com o paciente. Enfim, proporcionar ao egresso uma formação crítica e consciente não apenas sobre os procedimentos técnicos apropriados, mas também das vicissitudes e da concepção sobre o sujeito a ser tratado. Em outras palavras,

O currículo não é um elemento transcendente e atemporal, mas tem sua história vinculada a formas específicas de organização da sociedade e da educação. Nele se implicam relações de poder, pois ele transmite visões sociais particulares e interessadas, e produz identidades individuais e sociais específicas (LAMPERT, 2002, p. 22).

Desta forma, a questão que se coloca nos remete a uma reflexão mais aprofundada sobre os cursos superiores de Fisioterapia, responsáveis pela formação desse profissional que necessita se aproximar ainda mais da realidade da população brasileira com vista à promoção da saúde coletiva, mas também com uma visão de sujeito distinta da que encontramos relacionada ao paciente, ou seja,

na raiz da palavra, aquele que se encontra “na condição de passivo”, entregue aos nossos cuidados durante o seu processo de recuperação. Já que, o paciente é atendido na maioria das vezes de uma forma pragmática de abordagem tecnicista e biologicista, sem, contudo, ser compreendido como um sujeito único, cuja subjetividade pode demandar uma abordagem mais humanizada e de maior envolvimento do profissional da Fisioterapia.

1.4 As Diretrizes Curriculares Nacionais e o Novo Paradigma de formação do graduando de Fisioterapia

A necessidade de se formar um fisioterapeuta com um perfil que respondesse às demandas do SUS, desencadeou um momento histórico de discussões para o estabelecimento de Diretrizes Curriculares que apontassem às universidades as mudanças que deveriam ocorrer nos currículos dos cursos de formação, de modo a promover maior aproximação deste profissional com a realidade populacional para a Atenção Básica à Saúde.

Para legitimar sua intenção, o Conselho Nacional de Educação nomeou uma Comissão de Especialistas de Ensino (CES/CNE, 146/97) para normatizarem e sistematizarem os conteúdos propostos para compor as Diretrizes Curriculares. Isto ocorreu em conjunto com representantes dos Conselhos de Fisioterapia (Conselho Federal e Conselhos Regionais do Brasil), outros representantes da classe profissional, além de professores fisioterapeutas de diversas instituições de ensino superior do país. Essa iniciativa originou um grande fórum de discussão que resultou na construção de um texto embasado em documentos norteadores:

Entre os documentos norteadores, alguns artigos referentes ao SUS contidos na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90) e o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000); o mérito do documento; os princípios das diretrizes curriculares; uma definição de saúde englobando conceito, princípios, diretrizes e objetivos, baseados nos artigos 196 e 198 da Constituição de 1988 e nos artigos 4º, 5º e 7º da Lei nº 8080/90; e o objeto e o objetivo das diretrizes curriculares (FREITAS, 2006, p. 62).

Deste modo, a Fisioterapia passou a fazer parte das intenções das políticas públicas de saúde do país, possibilitando sua interlocução entre as outras áreas da saúde que já atuavam no campo da Atenção Básica à Saúde e sua participação nos debates sobre a função social dos profissionais da saúde e no repensar e formular de políticas públicas para o atendimento populacional.

Neste caminhar para o que temos hoje, a Fisioterapia vivenciou três projetos curriculares estabelecidos de modo oficial no país:

- 1) Portaria nº 511/64. Conselho Federal de Educação - CFE¹;
- 2) Resolução nº 4/83. CFE;
- 3) Resolução CNE/CES nº 04/2002, em vigência.

Os currículos referentes à Portaria nº 511/64 e Resolução nº 4/83 representavam um curso dentro dos parâmetros mínimos necessários para a formação do fisioterapeuta.

O currículo da Portaria nº 511/64 propunha a formação do fisioterapeuta em 3 anos letivos a partir das disciplinas de Fundamentos de Fisioterapia, Ética, História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada.

Já o currículo da Resolução nº 4/83 sofreu algumas modificações no que tange ao seu decurso que passou a ser de 4 anos no mínimo e carga horária mínima de 3.240 horas. Sua configuração se apresentava na forma de ciclos:

- Ciclo de Matérias Biológicas;
- Ciclo de Matérias de Formação Geral;
- Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes;
- Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

Entretanto, essa formatação era ainda mais próxima ao paradigma biomédico de saúde/doença em detrimento das considerações psicológicas e sociais presentes no sujeito.

Incorporando as concepções biomédicas de saúde e doença, como situações vitais que dizem respeito apenas ao indivíduo biológico, a educação do pessoal da saúde, de uma forma geral, e da

¹ CFE: Conselho Federal de Educação, criado em 1961 pela LDBEN nº 4024 e extinto pela Medida Provisória 661 de 18/10/1994, por Decreto Presidencial.

Fisioterapia, em particular, caracterizam-se pela capacitação em conhecimentos e técnicas de intervenção na forma dessas concepções. Ou seja, transmitem-se conhecimentos do corpo enquanto estrutura anatomo-fisiológica e conferem-se habilidades em técnicas de reconhecimento de alterações das regularidades estruturais e funcionais do corpo e habilidades em técnicas de manutenção e recuperação dessas mesmas regularidades (CENTURIÃO, 1997, p. 53).

Mesmo sofrendo críticas, esse modelo perdurou por 19 anos, sendo paradigmaticamente transformado pelo currículo proposto na Resolução CNE/CES nº 04/2002, estabelecido a partir de profundas discussões coletivas sobre a formação do fisioterapeuta de forma contextualizada à realidade populacional no que diz respeito à Atenção Básica à Saúde do sujeito. Neste contexto, pronuncia-se o Conselho Nacional de Educação:

Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (CNE/CES, 2001).

Assim dá-se por iniciada uma nova fase na formação do fisioterapeuta, a partir de um novo paradigma centrado numa formação mais generalista e na exigência de um olhar diferenciado para a atenção da população brasileira.

Portanto, finalmente, as Diretrizes Curriculares para a formação do Fisioterapeuta (CNE/CES, 2002) foram estabelecidas de maneira a atrelar o profissional a ser formado com a realidade social brasileira e sob os princípios orientadores do SUS. Vejamos,

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem **estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade** epidemiológica e profissional, **proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia**. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos)

de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o **estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos**. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

III - Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano (CNE/CES, 2002, p. 3-4). (grifos nossos)

As Diretrizes Curriculares, portanto, além de orientarem a construção de um currículo que aborde conteúdos que instrumentalizam as ações específicas da prática profissional do futuro Fisioterapeuta, também trazem à tona a necessidade de se favorecer a formação de um profissional consciente da realidade social da população brasileira e evidencia que se tenha espaço para “o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos” (p. 3). Ou seja, é preciso também olhar para a subjetividade deste sujeito que não é apenas um paciente, um doente a ser tratado, mas que consigo traz aspectos psicossociais que podem conter fatores importantes ou até mesmo determinantes para seu processo de recuperação e qualidade de vida.

Esse aspecto, especificamente, desafia os cursos superiores de Fisioterapia a repensarem a configuração das propostas curriculares com certa re-significação, agregando princípios que norteiam a relação fisioterapeuta/paciente para além de práticas que se engolfam apenas no objetivo da recuperação do corpo biológico. Ou

seja, o currículo que permeia a formação do futuro fisioterapeuta não pode mais pautar-se naquilo e na forma que se constituía anteriormente a prática pragmática desse profissional, pois as demandas e realidade atuais reclamam transformações no campo da concepção de paciente como sujeito subjetivo que também pode e deve participar com ciência de seu processo de recuperação e qualidade de vida, orientado pelo fisioterapeuta.

As Diretrizes Curriculares também apontam para a responsabilidade social que circunda a prática do fisioterapeuta a ser formado evidenciando as transformações que estão acontecendo no país tanto em termos demográficos como epidemiológicos, como por exemplo, o aumento da população idosa que costuma vir a sofrer com doenças crônico-degenerativas.

As Diretrizes Curriculares (CNE/CES, 2002) orientam a organização de currículos que formem um profissional com perfil generalista, crítico, reflexível, humanista e competente para desenvolver suas ações nos distintos níveis de atenção à saúde. Portanto, evidencia-se a necessidade de uma formação que se aproxime cada vez mais dos programas de Atenção Básica à Saúde do cidadão pertinentes do SUS. Logo, os cursos superiores de Fisioterapia não devem perpetuar a prática profissional relacionada apenas às práticas curativas e individualizadas com foco restrito à patologia e apenas com o objetivo de reabilitar o paciente, à parte do trabalho multidisciplinar e da articulação com a comunidade local.

O graduando em Fisioterapia deve, portanto, desde o início de seu curso, ter a oportunidade de experimentar vivências junto à comunidade local nos programas de Atenção Básica à Saúde. Caso contrário, segundo Freitas (2006, p. 18),

Como pensar em ações preventivas e de promoção à saúde quando toda a sua prática desenvolvida até então, fundamentada nos bancos acadêmicos, foi alicerçada na coerência com um raciocínio que dimensionou sua atuação nas disfunções físico-funcionais e na hiper valorização da doença? Como trabalhar em um espaço onde o uso da tecnologia – de média e alta complexidade – como: respiradores artificiais, laser, correntes de alta e baixa frequência, etc., não é compatível, a priori, com esse nível de atuação? Como enfrentar um novo relacionamento interpessoal com o paciente que, inserido no seu contexto social, o desafia não só em relação à lesão estampada no seu corpo, mas também com verdadeiras tragédias sociais que o cercam? Como atuar junto com outros atores da saúde, se uma das marcas nitidamente

presentes na sua prática foi o isolamento entre o terapeuta e o paciente?

É preciso que os conteúdos curriculares, cada vez mais se interconectem com as experiências originadas nos estágios curriculares na comunidade local, evitando uma formação profissional de práticas biomecânicas que fragmentam o sujeito e que mais valorizem os aspectos da doença a ser tratada do que o sujeito como um todo, esquecendo-se de considerar sua subjetividade e seu papel ativo no processo de recuperação, prevenção e melhor qualidade de vida. Contudo, ainda hoje vivemos próximos a essa concepção reducionista, “(...) a ‘doença’ parece ser a parte desse objeto que mais recebe atenção, obscurecendo o que é a totalidade desse objeto: as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população” (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999, p. 17).

O perfil do profissional a ser formado deve então transcender ao paradigma hegemônico existente principalmente no âmbito das ciências médicas e que influenciaram por décadas a formação do fisioterapeuta e sua atuação profissional. Esse movimento anti-hegemônico infere significativamente na prática profissional do Fisioterapeuta e no alcance da profissão e sua imersão nas demandas da realidade populacional de Atenção Básica à Saúde e olhar diferenciado para sujeito a ser atendido.

O paradigma anti-hegemônico, portanto, implica numa prática profissional preventiva e de promoção à saúde para a comunidade local (não se restringindo aos hospitais e postos de saúde); em um trabalho multidisciplinar equilibrado entre as diversas áreas da saúde; numa concepção diferenciada que compreende o sujeito não somente como paciente, mas um ser subjetivo e participativo, autônomo em seu processo de recuperação; em atuação mais ampla que contemple a saúde coletiva; finalmente, que se realize um vínculo de responsabilidade com o sujeito a ser atendido, compreendendo- não como a materialização da doença que precisa ser tratada, mas como um ser singular visto como um todo, uma visão integral do sujeito.

Neste sentido, é esperado que o currículo para a formação do fisioterapeuta seja composto também de conhecimentos que tratem sobre o estudo do ser humano e suas relações sociais com o outro, de modo que seja considerada profundamente a articulação dos aspectos históricos, socioculturais, antropológicos, epistemológicos

e psicológicos para que se constitua a compreensão do processo saúde-doença e que esta compreensão, após a formação profissional, possa na prática fisioterapêutica, acompanhar também a consciência participativa do paciente em seu processo de recuperação, sempre se levando em conta, os princípios éticos da profissão.

No que diz respeito à atenção à Saúde Coletiva prevista nas Diretrizes Curriculares, é importante que o currículo considere que a saúde do sujeito também está relacionada às dissidências socioculturais da doença que é o objeto dos estudos da patologia. Esses saberes são relevantes, pois proporciona ao egresso a compreensão da Fisioterapia frente às demandas da sociedade, propondo reflexões sobre o compromisso e responsabilidade deste profissional com o outro com quem ele se relacionará a partir da prática da profissão.

O novo paradigma para a formação do Fisioterapeuta necessário para os dias atuais requer um profissional flexível, com perfil comprometido com as demandas sociais e competências que sejam contextualizadas segundo os micro e macro contextos sociais. Um profissional que atue defendendo uma visão integral e um entendimento geral dos fenômenos, sendo capaz de se relacionar com os sujeitos de modo a ampliar seu campo de informações que lhe favoreça fazer escolhas mais categóricas para a promoção da saúde e do bem estar. Ou seja,

A formação dos profissionais de saúde, até então estruturada sob um modelo pedagógico com uma visão fragmentada, voltada para uma formação tecnicista e especializada, com o ensino baseado na transmissão do conhecimento, tendo o professor como principal fonte de informação e o aluno como sujeito passivo nesse processo, torna-se obsoleta e ineficaz diante das transformações no setor saúde (SCHMIDT, 2002, p.16).

Assim, percebe-se a existência de uma necessidade de maior interlocução entre os cursos de formação superior presentes nas universidades junto aos serviços de Atenção Básica à Saúde, em meio à comunidade e nos seus diversos espaços sociais e coletivos.

1.5 A necessidade de um perfil profissional diferenciado

É possível então perceber a necessidade da interlocução entre os cursos superiores de Fisioterapia e os serviços de Atenção Básica à Saúde da comunidade.

Essa interlocução por meio das experiências vividas desde o início do curso de Fisioterapia através dos estágios curriculares precisa ser orientada no sentido do paradigma anti-hegemônico, que considera a formação do egresso sob os parâmetros sociais e humanos buscando a conexão multidisciplinar com os demais profissionais da saúde, que submerge na realidade do sujeito e preconiza a atenção diferenciada e integral, que dá atenção ao sujeito que está doente e não à doença do sujeito; diferenciando-se por meio de sua competência no trato com as pessoas que se relacionará como Fisioterapeuta. Para isso,

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p. 49).

Portanto, a formação do futuro fisioterapeuta no paradigma anti-hegemônico não deve simplesmente voltar-se para as demandas do mercado, mas a revés, compreender a necessidade de aproximação e atendimento das necessidades emanadas pela sociedade, pela comunidade local, com olhar para o sujeito subjetivo que necessita de recuperação e não com foco na doença, cuja concepção é reducionista e fragmentada.

Deve-se haver lugar no currículo para a ampliação de conhecimentos e na preparação do futuro profissional competente para trabalhar em meio às questões sócio-emergentes de forma contextualizada, numa perspectiva de saúde humanizada, entendendo a sociedade em sua amplitude e com o desenvolvimento de competências a partir de suas vivências que demandam um olhar diferenciado da aplicação de suas habilidades profissionais, de modo que a compreensão da patologia em seu contexto faz emergir a qualidade constitutiva da Fisioterapia em sua prática.

A Fisioterapia exercida com princípios de humanização concebe a essência do ser humano como produto de relações sociais, ao mesmo tempo em que não despreza as questões pessoais e próprias do sujeito nas relações terapêuticas, contudo, valoriza o diálogo e a escuta sensível sobre o que o sujeito enfermo tem a

dizer. O contato vivencial do futuro fisioterapeuta com a comunidade favorece sua sensibilização sobre o outro e restringe o ato de se posicionar profissionalmente afastado das pessoas como um procedimento técnico e comum na área da saúde.

Ou seja,

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente (BRASIL, 1997,p.3).

Para se formar um profissional da Fisioterapia com um perfil diferenciado é preciso romper com o modelo biomédico forjado no ocidente que avista o corpo de modo fragmentado, como se fosse possível separar o fisiológico do psicológico e que gera implicações absolutas na relação fisioterapeuta e paciente. Nesta concepção o fisioterapeuta irá se ater apenas com a busca de solução para a queixa física realizado pelo paciente. Como consequência dessa visão e práticas fragmentadas e cartesianas, a presença da subjetividade, as emoções do sujeito perante sua própria condição acabam sendo desconsideradas como importantes para o êxito no processo de recuperação, autonomia, qualidade de vida e bem estar.

Nesse contexto, pensamos que para que o sujeito tenha a liberdade de se expressar como corpo que considera aspectos inerentes à subjetividade, é preciso que ele não se encontre isolado, como materialização de uma doença, mas sim possa ter condições favorecedoras para a aproximação e relação social com seu universo e também com o fisioterapeuta.

É essencial compreender que nos decursos dos corpos se encontra presente um movimento que vai ao encontro das subjetividades das pessoas, constituindo vínculos de complexidade sociocultural que restringem as possibilidades finitas que lhe concernem. Os corpos não são universais e homogêneos, logo, são constituídos de fatores que originam sua singularidade, predominando, portanto, a subjetividade de cada um em seu contexto sociocultural. Consequentemente não se pode perpetuar o raciocínio bifurcado entre corpo e mente; razão e emoção, uma vez que a mente e o corpo são um em si mesmos.

Contudo, é necessário que a organização curricular e as abordagens metodológicas dos professores de cursos de Fisioterapia estejam conectadas com essas questões aqui explicitadas, de modo a deixar fluir um novo paradigma anti-hegemônico caracterizado pela formação de um fisioterapeuta com uma visão mais flexível, humana é integral do sujeito.

O perfil do fisioterapeuta a ser formado requer, portanto, um profissional que durante seu curso tenha desenvolvido a habilidade de também saber ouvir o outro, a gerir uma escuta sensível do sujeito que está sob sua responsabilidade e cuidado para que seja constituída uma relação de respeito e de experiências compartilhadas pelo sujeito, que elucidem o fisioterapeuta sobre aspectos relacionados à vida e ao processo de adoecimento do mesmo. Informações estas, importantes para o processo de recuperação do sujeito, pois as práticas da Fisioterapia estarão sempre voltadas para o outro.

CAPITULO 2

PSICANÁLISE E FISIOTERAPIA POR UMA ESCUTA SENSÍVEL

A formação de um profissional com uma visão integral e humanizada é algo presente desde a reforma constitucional de 1988 e a fundação do SUS. Porém, pouco se tem avançado na consolidação desta almejada integralidade humana pela resistente presença dos interesses de mercado e da arcaica visão biomédica cartesiana que tem prevalecido a todo custo.

Embora, a relação entre o profissional da Fisioterapia e o seu paciente gere um vínculo pessoal, social e moral inevitável, pois, diz respeito a um relacionamento pessoal e intersubjetivo que envolve um comprometimento com o próximo (o paciente) e o invólucro de expectativas, ações e conseqüências por ambas as partes; a formação mecanicista unida a interesses de mercado opõem-se à efetiva prática de uma atenção integral e humanizada.

Entendemos por formação integral do fisioterapeuta o que está previsto na legislação para a atuação do profissional da saúde e que precisa ser contemplada em sua formação educacional:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, Art. 7).

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, Constituição Federal, 1988, Art. 198).

E especificamente presente nas Diretrizes Curriculares (CNE/CES, 2002)

Art. 5 - IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Parágrafo único. A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional,

proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. **Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.**

(grifos nossos)

Neste sentido, todo processo fisioterapêutico deve estar centrado em uma avaliação e um atendimento personalizado, que impeça desta forma, a massificação que existe atualmente no atendimento básico da saúde, e valorize a humanização deste processo. De acordo com Filho (2001) o fisioterapeuta é considerado como o profissional de primeiro contato, pois o contexto do tratamento se faz durante sessões que são em geral de longo prazo e que envolvem contato físico e maior intimidade com o paciente a partir do método das terapias manuais.

Partindo destes pressupostos para se estabelecer uma relação fisioterapeuta-paciente, o profissional deve procurar alcançar um ideal, o verdadeiro sentido de seu papel social; tratar, melhorar e/ou preservar a dignidade humana daqueles que se entregam aos seus cuidados. Considerando e olhando para o “outro” como um ser social único e sujeito a percepções sensoriais próprias sobre o ambiente intra e extra-corporal; sensações que lhe são inerentes, que influenciam a sua subjetividade e que consideradas, podem ser determinantes para o seu processo de recuperação.

Desenvolver meios, na formação profissional, que permitam a escuta sensível que, segundo Barbier (2002) no contexto da saúde, abrange pelo menos três aspectos que consideramos importantes:

- Direção: busca da cura e/ou alívio do sofrimento do sujeito;
- Significação: procurar compreender que significado tem a doença para o sujeito na condição de doente e suas consequências,
- Sensação: buscar compreensão sobre qual a relação que o sujeito na condição de doente tem com seu próprio corpo e de como lida com o sofrimento.

Neste sentido, para enfrentar este desafio, a excelência na qualidade do atendimento deve estar presente como pedra fundamental no processo educativo e formativo dos fisioterapeutas, e deve ser uma busca constante de cada profissional.

2.1 O corpo e a subjetividade humana

Segundo Canto e Simão (2009), desde muito tempo, estudam-se as relações existentes entre o corpo e a subjetividade do ser humano. Desde a antiguidade, o corpo era considerado inicialmente como um instrumento da alma (psique), mas, com a influência positivista do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico, que constituiu o alicerce conceitual da medicina científica e/ou modelo biomédico atual; o corpo e a alma passaram a serem considerados como duas substâncias diferentes e independentes (o fisiológico e o psicológico), e o cuidado de cada uma destas partes foi destinado a diferentes especialistas. Por analogia, o ser humano é tratado pelo médico de forma semelhante a uma máquina ou *autômato*, repetindo-se, aqui, as mesmas considerações filosóficas de Descartes (FOUCAULT, 2008).

Deste modo, o corpo humano passou a ser considerado como uma máquina que pode ser analisada em termo de suas peças, onde a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos fisiológicos (estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, da anatomia e farmacologia); e o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente para consertar o defeito “mecânico” e específico da peça.

Foucault (2008), na sua obra “Microfísica do poder”, explica que, do ponto de vista epistemológico cartesiano, existem duas fontes de conhecimento na relação médico-paciente que se referem à dimensão do saber: a analogia da evidencia clínica e a tecnologia. Neste ponto de vista; no modelo analógico a investigação do corpo é comandada pela intuição de que as partes constituem uma máquina complexa e no modelo da tecnologia, a pesquisa do problema é dirigida pela informação produzida pela maquinaria tecnológica.

Nesse processo de análise, segundo Descartes (red. 2003), a imaginação, os sentidos e a memória atrapalham, provisoriamente, o funcionamento do entendimento racional. E é aqui que reside a dificuldade da Fisioterapia em considerar a dialógica corpo-mente, e que tem trazido implicação direta na qualidade

do atendimento e na relação fisioterapeuta-paciente, pois a Fisioterapia, como se observou anteriormente, foi iniciada enquanto ciência, sob a influência conceitual do modelo biomédico.

Foi segundo o modelo dessa racionalidade científica que a medicina conseguiu construir suas categorias nosológicas e ordenar seus objetos de discurso em termos dualistas, tais como: doença-morte, normalidade-patologia, equilíbrio-desvio, harmonia-perturbação, integridade-degenerescência, etc. No âmbito de cada uma dessas dualidades estão a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos (VELANDIA e SAYD, 1998, p. 5).

Porém, apesar da supervalorizada influência que ainda hoje exerce o diagnóstico médico sobre todos os setores sociais, com o advento da globalização o modelo hegemônico biomédico passou a ser questionado pela sociedade; ou mais em específico, o “homem - máquina”; quem se revelou como um ser pensante e não “paciente”, mas um sujeito vivo, ativo e consciente da sua própria condição humana.

Neste novo ambiente biopolítico e sociocultural, a subjetividade revelou a sua importância e universalidade; ou seja, com a facilidade de acesso à informação e ao conhecimento, esta invadiu tanto o modelo analógico como o tecnológico manifestando a sua relevância, pelo que, não mais podendo ser ignorada, vem sendo assunto de discussões e debates entre os diversos profissionais da saúde no contexto atual.

Assim, a medicina ocidental começou a refletir uma oposição entre o conhecimento médico universal e sua prática clínica diária. E nesse mover surgiu o conflito. Pacientes e médicos espelham agora uma dialética do poder envolvendo a soberania, que de um lado dá a autoridade social máxima ao médico, e a autonomia democrática, que, por sua vez, reivindica ao paciente um maior controle e participação no processo do cuidar de si (BASTOS, 2004).

Desta maneira o impacto das emoções e dos transtornos psíquicos decorrentes da subjetividade do paciente sobre sua saúde, vem sendo estudado na atualidade e é maior do que se supunha, pois a psique expressa o estilo de vida do sujeito, sua qualidade de vida e os determinantes sócio-ambientais que influenciam sobre a saúde, o tratamento de diversas doenças e também implica diretamente na relação fisioterapeuta-paciente; pelo que se tem mobilizado a necessidade de uma

revisão sobre o papel social do fisioterapeuta e de adaptações conceituais neste sentido nos currículos da formação profissional.

É relevante salientar que o reconhecimento deste impacto, gerou o campo da investigação psicossomática. Etimologicamente, a palavra psicossomática deriva dos termos gregos *psyché*, que concerne à alma e/ou espírito humano e também faz alusão à mente, e *soma* (fig. de totalidade ou conjunto) que representa à somatória de toda a função e relação corporal do organismo vivo; ou seja, a psicossomática estuda o que concerne simultaneamente a fatores de ordem psíquica e ao corpo.

A psicossomática atualmente permeia toda a atuação da Fisioterapia. Neste campo de investigação os estudos apóiam-se na idéia da unidade funcional do organismo como um todo, o que contempla à mente e ao corpo como uma totalidade onde não tem lugar a visão unilateral de qualquer uma de “suas partes” e a história pessoal de cada paciente é essencial para o sucesso do tratamento.

Estes estudos surgem, precisamente, como uma tentativa de reduzir a separação entre doenças de origem psíquica e doenças de origem física, numa oposição reacionária à visão dualista e mecanicista do domínio médico e científico do início da primeira metade do século XX, e deve a sua origem à visionária contribuição dos estudos de Sigmund Freud (1856-1939), o pai da Psicanálise².

2.2 A metapsicologia freudiana

Não há dúvidas de que Sigmund Freud foi uma figura importantíssima para a divulgação e alcance universal do conceito da subjetividade, no seu “Projeto para uma psicologia científica” (1895), na procura de desvendar e relacionar mecanismos neurobiológicos corporais com estados e eventos psíquicos. Numa ambiciosa tentativa, pois os recursos científicos com que contava na época eram muito limitados, percebeu a insuficiência do modelo científico reducionista-cartesiano para explicar esta relação. Isto o levou a formular hipóteses que sustentassem seus pressupostos e que descrevessem a vida psíquica e sua inscrição neural, mediante o investimento num método autônomo de investigação para os processos mentais inconscientes, até então pouco conhecidos, desenvolvendo assim, o que ele denominou de metapsicologia, a base de toda a teoria psicanalítica.

²Psicanálise: Junção dos étimos gregos *psyché* (alma, espírito) e *análysis* (análise ou decomposição em partes).

A metapsicologia é considerada como a psicologia metafísica (para além da física); esse termo foi utilizado por Freud para designar um conhecimento psicológico que considere as dimensões dinâmica, tópica e econômica do psiquismo, que se mostram entre a relação consciente e inconsciente.

Porém, o próprio autor expressa que seu trabalho teórico e freqüentemente, apenas descritivo, teria que ser superado e aperfeiçoado por pesquisas posteriores, num momento em que os avanços técnico-científicos fossem mais favoráveis (FADIMAN E FRAGER, 1986).

Ouvimos freqüentemente a exigência de que uma ciência deve estar construída sobre conceitos fundamentais claros e precisamente definidos. Na realidade, nenhuma ciência começa com tais definições, nem as mais exatas. O início correto da atividade científica consiste, em vez disso, na descrição de fenômenos, que são agrupados, ordenados e postos em contexto (FREUD, 1950/1895, p. 1).

A metapsicologia, portanto, pretendeu ser uma teoria refutável e falsificável desde a sua concepção (LAPLANCHE, 1995), e é precisamente nesse sentido que podemos sustentar a idéia de uma metapsicologia científica.

Embora, há quem acredite que o pai da Psicanálise afastou-se da sua constituição fisicalista para dar continuidade à pesquisa dos eventos psíquicos, é inquestionável que a metapsicologia freudiana, partiu da base de pressupostos que descrevessem a vida psíquica e sua inscrição neural, e que isto, criou o alicerce para o desenvolvimento posterior dos estudos e da clínica psicanalítica.

Os estudos pós-freudianos, diga-se de passagem, tiveram que enfrentar uma árdua luta por encontrar o seu espaço no âmbito científico, que somente, a partir da década dos 20, começam a estenderem seu campo de aplicação e a serem seriamente considerados, abrangendo às chamadas neuroses de guerra com Ferenczi S.; a demência precoce com Abraham K. e Jung C.G. e a Psicanálise infantil com Anna Freud e Melanie Klein, e a partir da década dos 50, com Winnicott e Lacan, ampliaram a aplicação aos distúrbios anti-sociais e à delinquência juvenil, o que desenvolveria numa teoria própria como suporte à clínica das psicoses e perversões, respectivamente, criando novos caminhos conceituais para a psicologia moderna. Cada psicanalista citado, assim como outros que não caberia aqui

lembrar, desenvolveu a partir da metapsicologia freudiana, novas teorias e técnicas voltadas para outros diferentes campos de aplicação.

O fato que queremos destacar, é que Freud deduziu as estruturas básicas que compõem seu modelo de psiquismo a partir de sua experiência anterior como neurologista e que aprimorou esse modelo confrontando-o com os dados advindos da prática clínica, criando o caminho assim, da Psicanálise. Assim como, que muitas das idéias formuladas no seu Projeto (1895) que foram incorporadas na sua visão do psiquismo, permaneceram, e ainda, foram retomadas como ponto de partida nos estudos psicanalíticos pós-freudianos, da psicologia; e também ganharam destaque nos estudos da fisiologia, mais especificamente, no campo das neurociências na segunda metade do século passado, quando, a partir do método neuropsicológico de Luria (1902-1977), começou-se a organizar nesse sentido, os estudos da neuro-Psicanálise para o tratamento de pacientes com lesões neurológicas (SOUSSUMI, 2004).

Na atualidade com as novas descobertas e avanços tecnológicos vemos ressurgir em encontros e debates que se intensificam, links de aproximação entre as neurociências e a visão da metapsicologia freudiana, trazendo uma importante contribuição quanto ao sentido e significado da natureza inalienável dos processos e eventos psicossomáticos que resultam da influência psíquica sobre a física do organismo.

2.3 A relação Psique e Soma

Como vimos anteriormente, Freud rejeita a visão positivista e seu modo de pensar fiscalista o preserva do reducionismo científico de sua época. Porém, isto não impediu à Psicanálise em seu saber sobre os processos psíquicos inconscientes de intervir no campo da problemática do corpo. De acordo com os pensamentos de Gantheret (1971) é muito importante identificar que o momento que inaugura o passo que Freud dá em direção à existência do inconsciente se fez a propósito do corpo, ou melhor, de uma linguagem sobre o corpo.

Segundo Freud, “podemos ver, no discurso psicanalítico, que o psíquico repousa sobre o orgânico”. Ou seja..., “para o psíquico, o biológico desempenha um papel de base e/ou fundamento”.

Assim entendemos que o corpo remete ao registro do somático. Que este é, de fato, objeto material, visível e orgânico. Mais também, na sua própria essência; o corpo representa princípio de vida e de singularidade que se expressa no registro e referencia dos processos somáticos à corporeidade.

Como o corpo impõe permanentemente ao psíquico o trabalho de ser representado, esse mesmo processo vai devolver ao corpo biológico sua dimensão de pertencente a uma realidade exterior ao Eu (Ego). Assim, o corpo *Soma* não só constitui um corpo erógeno como a própria erogeneidade (a corporificação somatosensorial do erógeno) garante as funções somáticas do corpo. (LAZZARINI; VIANA, 2006, p. 242). (grifos nosso)

Como se pode observar na relação psicossomática acima citada, o Eu, além de representar uma instância no complexo psíquico do inconsciente, se nos é apresentado como um mecanismo pulsional de adaptação subjetiva na constituição da própria singularidade erógena do sujeito na sua interação somatosensorial com o meio ambiente (FREUD, 1923).

De maneira que, ao tratar do sujeito da doença, no processo fisioterapêutico encontramos associados à disfunção orgânica (do corpo biológico) também os sentimentos, sensações e percepções próprias do paciente acerca da doença que sofre (sua dimensão de pertencente a uma realidade exterior ao Eu); ou seja, tanto podemos achar sintomas de origem somática no corpo, como também a corporificação de sintomas psicogênicos no corpo. Processo de encarnação (corporificação somatosensorial) que Freud descreve nos seus “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895).

A palavra sintoma, no Aurélio (2004), vem do étimo *sýmptoma*: (s.f.) sensação, suspeita e/ou pressentimento; [s.m. Medicina]: Indicação, sinal, intuição; sintomas auxiliam no estabelecimento diagnóstico de doenças. Os sintomas referem-se às manifestações corporais de dor, febre, náuseas, entre outros sinais que nos alertam diante da ameaça ou presença de algum mal iminente como, por exemplo: a doença.

2.4 Mente versus Psique e Soma

Em uma nota de rodapé acrescentada à obra *O Eu e o Isso* (1927), que segundo o tradutor, não consta na edição alemã original, Freud enfatiza a ligação do Eu (Ego) ao próprio corpo:

[...] o Ego em última análise deriva das “sensações corporais”, principalmente das que se originam da superfície do corpo, ou seja, o Ego deriva de um corpo erógeno (**bombardado por estímulos somatosensoriais**). Ele (**o Ego**) pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo além de representar as superfícies do aparelho mental (2006, p. 40). (grifos nossos)

Neste sentido, ao referirmos o fenômeno da psique e/ou da mente, não podemos concebê-lo como algo que se encontra limitado ao cérebro, pois, isto seria dizer que a elaboração mental acerca das partes e funções corporais também é localizada no cérebro, o que nos levaria a uma afirmação reducionista.

Sabemos pela fisiologia que, na cabeça se localiza o cérebro, e que este, é um órgão do sistema nervoso central imprescindível para a manutenção da homeostase, assim como, para o processamento e modulação geral de toda a informação neural aferente e eferente do corpo; porém, a mente se articula e concebe na sua unidade com o soma. Isto é, num conjunto de corpo como um todo; a mente representa à somatória dos registros das referências somatosensoriais e psíquicas (conscientes e/ou inconscientes) que caracterizam ao sujeito na dinâmica inter-relação com seu meio inter e extra-corporal; pelo que não pode ser restringida apenas ao cérebro humano. De forma que, pela sua relação com a psique e o soma, a mente se manifesta em toda parte do corpo em que se ache uma pulsão do Eu; e por sua vez, a psique, pode ser localizada em toda parte do corpo em que se projete a mente, ou seja, o Eu, o sujeito da mente, representa à projeção de uma superfície corporal em interação com o próprio corpo e o meio-ambiente.

A palavra pulsão vem do alemão *Trieb* e representa um termo criado por S. Freud (1916) para referir-se à carência do ser humano, o que Zimmerman (1999) define magistralmente como necessidades biológicas instintivas associadas a representações psíquicas que urgem em ser descarregadas.

Desta maneira, ao nos referirmos ao conceito da mente, devemos considerar o sujeito no que diz respeito à sua integração psique e soma, e à constituição e

desenvolvimento do sujeito como processos dinâmicos de adaptação e sobrevivência em constante interação com o meio-ambiente; interação que acontece desde os primórdios de sua existência psicossomática e independentemente de termos ou não, a consciência disto.

2.5 O processo psíquico inconsciente

Ao discutir e refletir acerca da estruturação psíquica inconsciente do sujeito e a sua relação com as formações psicopatológicas; é importante não nos esquecermos do princípio fundamental subjacente a todo o pensamento psicanalítico freudiano: “o corpo é a fonte básica de toda a experiência mental” (FREUD, 1915).

Segundo a metapsicologia freudiana, é essencial perceber que o inconsciente não se confunde com o corpo – não mais que como uma espécie de alma que domina o corpo. Pois este não é uma fase intermediária entre o somático e o psíquico, antes é uma espécie de passagem necessária e ao mesmo tempo inexplicável, onde se estabelece a relação corpo e psique (FREUD, 1950/1895).

Freud parte da premissa de que há conexões entre todos os eventos mentais. Para ele, o consciente representava só uma pequena parte da mente, pelo que quando um pensamento ou sentimento, não parece estar relacionado ao fato que o precede, as conexões estão no que denomina de processo psíquico inconsciente. Princípio da livre associação que comentaremos mais adiante.

Para o autor, a matriz deste processo encontra-se relacionada aos elementos instintivos que nunca foram conscientes, e que conseqüentemente, por não serem conscientes foram reprimidos à memória na forma de material inconsciente. O que não quer dizer que percam a sua força emocional primitiva, pois estes processos são atemporais e apesar de sua condição de inconscientes, não perdem a sua vivacidade e de vez em quando nos “assombram” com a sua manifestação. E é nesta característica atemporal dos processos psíquicos inconscientes que se encontram os principais determinantes da personalidade, das pulsões e dos instintos do indivíduo.

2.6 O vínculo psicossomático: Instinto e Pulsão

Freud (1916) inicia o seu artigo “Instinto e suas Vicissitudes”, fazendo um paralelo entre o psiquismo e o arco reflexo, nele descreve a dinâmica do instinto básico como uma espécie de mecanismo reflexo, pelo qual, o estímulo percebido ou vindo do exterior atinge o tecido nervoso causando uma reação que tem por objetivo afastar o raio de ação do estímulo nocivo.

Por outro lado, a palavra pulsão traduzida do alemão *Trieb*, não é a única tradução encontrada na literatura. Alguns tradutores preferem traduzir *Trieb* como instinto; porém, isto tem trazido muitas confusões conceituais que tentaremos esclarecer de forma sucinta.

Freud utiliza a palavra *Instinkt* quando pretende falar de um comportamento animal pré-formado, hereditário e característico de uma espécie e provocado por estímulos externos.

A primeira distinção do estímulo pulsional (*Triebreiz*) quanto ao estímulo externo diz respeito à sua origem. O estímulo pulsional é interno. Mas não só. O estímulo pulsional é uma força constante da qual não se pode fugir. É uma necessidade à qual, segundo Freud (1915), deve corresponder uma satisfação para que o estímulo pulsional interno seja diminuído. Por outro lado, o estímulo do instinto (*Instinkt*) é externo e a este corresponde uma resposta que não persegue a satisfação de uma necessidade, mais, a proteção do organismo diante do estímulo externo.

Desta forma, ao considerarmos os mecanismos neurofisiológicos associados na dinâmica do instinto básico, concordamos com que este se fundamenta fisiologicamente numa necessidade; porém, a partir de um princípio fundamental; a sobrevivência da espécie, a auto-conservação (seja do homem ou do animal), e não da satisfação propriamente dita de uma necessidade ou de algum desejo; mais, da defesa e /ou a proteção do organismo contra os elementos hostis do meio ambiente circundante.

Considerando que, segundo Freud (1915), toda pulsão, tem quatro componentes:

- uma fonte (uma necessidade do corpo);
- uma finalidade (dar resposta à necessidade);

- uma pressão (uma urgência de resposta para a necessidade) e;
- um objeto (uma ação direcionada à resposta da necessidade).

Não entanto, ao referirmos aos aspectos mentais do instinto e/ou pulsão, vemos que Freud (1916), concebe a pulsão como uma forma de carência (uma falta de...) e passa a abordá-la como “desejos”. O que o leva a desenvolver duas formulações que pressupõem dois conflitos pulsionais (oriundos de carências), contínuos e não-resolvidos.

Freud (1916) descreve duas forças pulsionais opostas; a sexual (ou, de modo geral, a erótica, fisicamente gratificante, que ele chama de Eros) e, a agressiva ou destrutiva (Tanátos). E deduz que estas forças são como mantenedoras da vida ou como incitadoras da morte (ou destruição), e que a maioria de nossos pensamentos e ações é evocada não por apenas uma destas forças pulsionais, mas por ambas em combinação.

A partir desta concepção dá-se início a um extenso número de mal-entendidos e discussões, que se intensificam com a defesa do autor de sua teoria do complexo de Édipo e da sexualidade infantil. Mas, fazendo jus ao pai da Psicanálise e focando no que concerne especificamente ao vínculo psicossomático, ressaltamos que visivelmente, ele fundamenta sua tese em dois conflitos pulsionais, ao contemplar a sublimação da pulsão como uma forma de satisfação de desejos, o que não quer dizer que a satisfação de desejos seja a fonte pulsional e muito menos objeto de um instinto básico.

Por outro lado, considerando que em “Além do Princípio de Prazer” (1920), Freud chama a atenção para o fenômeno clínico da ‘compulsão à repetição’, atribuindo a este a característica de um instinto ao introduzir pela primeira vez a nova dicotomia entre *Eros* e *Tanátos*, que encontraria sua plena expressão em “O Ego e o Id” (1923b). Antes disso, podemos perceber longitudinalmente no tempo, uma trajetória do pensamento freudiano que não podemos ignorar.

É em 1910, no texto “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão” (perturbação psicossomática), que Freud enuncia seu primeiro dualismo pulsional, com a introdução do conceito de *pulsão do Eu*.

Neste, o conflito psíquico se faria entre a pulsão sexual (desejos), a serviço da sexualidade e a pulsão do Eu, a serviço da conservação (não biológica mais subjetiva) do sujeito. Em outras palavras, a pulsão do Eu, participaria da defesa

contra a invasão do eu pela pulsão sexual. No texto “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico” (1911), Freud detalha mais o conflito psíquico, submetendo a pulsão sexual ao domínio do princípio do prazer e à pulsão do Eu ao domínio do princípio da realidade.

Assim, continuando com seus estudos, no texto *Sobre “O narcisismo: uma introdução”* (1914) veio subverter o primeiro dualismo pulsional (sem apresentar um segundo), com a idéia de que embora a *pulsão do Eu* ainda pudesse se opor à pulsão sexual, o Eu é um objeto a ser investido pela pulsão sexual assim como por outras pulsões. E em uma nova redistribuição da pulsão sexual encontramos a libido do Eu (a adaptação do Eu à pulsão sexual), que não é mais do que a pulsão sexual investida no eu; e a libido objetal, que seria a pulsão sexual investida em objetos externos.

Depois disto, em “Pulsões e suas vicissitudes” (Pulsões e Destinos das Pulsões, 1915), Freud volta a resgatar o conceito de pulsão relacionado à diferenciação entre estímulos externos e estímulos internos, presente no “Projeto para uma psicologia científica” (1895).

Na sua obra, expõe de maneira sistemática sua primeira teoria das pulsões, definindo a pulsão como um conceito de fronteira (fronterizo) entre o psíquico e o somático; manifestação de uma estimulação (interna) que vem do somático (provocada pelo instinto) e que atinge o psíquico, atravessando assim a fronteira entre o soma e o aparelho psíquico. Aqui, conforme Freud, as pulsões são reunidas em dois grupos, a saber, as pulsões de autoconservação (ou pulsões do Eu) e as pulsões sexuais (desejos); onde as pulsões sexuais, a princípio, estribam-se nas pulsões de auto-conservação e seguem, para encontrar um objeto. Ou seja, a pulsão sexual (ou desejo) se apóia sobre uma pulsão de auto-conservação do Eu (um estímulo interno), adaptação que é acionada como resposta a estímulos externos que provocaram originalmente uma resposta do instinto básico.

Freud (1915), explica que, quando estímulos externos se apresentam ao aparelho neuronal, este utiliza mecanismos de fuga no sentido de se livrar da estimulação. No caso dos estímulos internos, a fuga não é possível e o cessamento da estimulação só pode ser obtido de outra forma. É necessária uma ação específica que promova uma alteração apropriada da fonte interna de estimulação. Ou seja, os estímulos internos exigem do sistema nervoso muito mais do que os estímulos externos, e só tem sua fonte interna de estimulação satisfeita através de

atividades complexas interligadas, nas quais o mundo externo é modificado no sentido de promover a satisfação de uma carência (a falta de...) no sentido de uma necessidade, e isto, só acontece mediante uma “adaptação” do Eu.

Desta forma, entendemos que a existência do conflito mental e antagônico que influencia nas nossas ações e pensamentos dá-se na fronteira entre o instinto básico (do soma) e a psique (percepções, sensações e pulsões internas do indivíduo); o que em outras palavras, podemos dizer que, o conflito se expressa na integração de ambas instancias numa resposta de adaptação psicossomática diante da nossa própria carência humana.

2.7 Defesa e proteção psicossomática

È importante destacar que, o ser humano é a única espécie que depende completamente do cuidado do outro para satisfazer as suas necessidades básicas de sobrevivência ao nascer. Embora traga consigo o instinto básico pré-formado (assim como as outras espécies), este se encontra limitado ao choro, pela “falta de” desenvolvimento psicomotor, situação esta que expressa uma extrema carência desde os primórdios da sua existência.

Desta maneira, poderíamos dizer que a *pulsão do Eu* (relacionada ao principio da realidade), corresponderia a uma elaboração mental que se projeta e organiza como tal, a partir da necessidade de sobrevivência do organismo, como uma resposta interna de adaptação à necessidade instintiva e de integração psicossomática. E que, é a partir desta carência que também parte a força motriz primitiva da constituição da subjetividade do indivíduo.

Segundo Bergeret (2006) podemos dizer que SS mecanismos de defesa são operações de proteção colocadas em jogo pelo Ego (Eu) ou pelo Si-mesmo (Self) para reassegurar sua própria segurança. Eles não representam só o conflito e a patologia, mas também um modo de adaptação. O que torna “as defesas” um aspecto doentio é seu uso ineficaz ou inadaptação às realidades internas ou externas.

Como podemos observar Bergeret (2006) explica com muita clareza e propriedade como o instinto faz parte dos mecanismos de defesa básicos do organismo conceituando-lhe como operações de proteção primitivas acionadas para

assegurar a própria segurança, e que provocam uma mobilização e/ou adaptação do Eu diante das hostilidades internas ou externas do mesmo.

Porém, o instinto, como mecanismo de defesa se manifesta pelo seu impacto psíquico e emocional como uma pulsão; daí a confusão que existe entre vários autores, pois, embora este seja fundamentado fisiologicamente numa necessidade, e como outros mecanismos de defesa básicos (como a dor), se ativem como resposta de proteção reflexa diante de estímulos somato-sensoriais; este é relacionado a um processo psíquico inconsciente que acontece independentemente da nossa compreensão (da consciência) e que se perpetua além do estímulo somático originário.

Por este motivo, concordamos que o instinto não pode ser destruído nem inibido, uma vez tendo surgido, ele procura dar resposta à urgência da necessidade. E isto, demanda de uma adaptação do Eu, que vai se manifestar através de representantes psíquicos, na forma de afeto (emoções) ou ideativos, o que poderá modificar a finalidade originária na forma de uma resposta pulsional, e desta maneira, influenciar também na personalidade incidindo sobre os comportamentos do sujeito.

Segundo Freud (1915) as pulsões são o representante psíquico (afetivo e/ou ideativo) dos estímulos somáticos. As pulsões tendem a baixar o nível de tensão através da descarga de forma imediata, mas existem contra-forças que se opõem a essa descarga. Por exemplo, o observado na oposição da *pulsão do Eu* diante da invasão da *pulsão sexual*.

Estas contra-forças se expressam na tentativa de representação psíquica dos estímulos somáticos advindos das pulsões, e isto, através da resistência de representantes psíquicos inconscientes, traços mnêmicos que foram concebidos e/ou recalçados na mente na forma de afeto ou idéias, de características atemporais e que intentam prevalecer.

Como já explicitamos anteriormente, a dinâmica do estímulo pulsional parte de um mecanismo de proteção (o instinto básico), o que a nosso ver, não procura a satisfação propriamente dita da necessidade que o motivo, mais, a abolição desta (sensação desagradável), através da descarga do nível de tensão. Porém, o alvo da pulsão é a satisfação da carência e/ou desejo, os quais, segundo Freud, jamais serão satisfeitos, pois, o máximo que se poderá atingir é uma satisfação parcial da necessidade através de sua descarga no objeto.

Portanto, dito de outra maneira, como o mecanismo de proteção é um pressuposto, não necessariamente agradável e fisiologicamente falando, de caráter atemporal (que apesar de sua condição de inconsciente, não perde a sua vivacidade), isto demanda uma resposta adaptativa do Eu; resposta que se manifesta na forma de representantes psíquicos (idéia ou afeto) focados no objeto da pulsão e que através do recalque, farão parte do acervo mnêmico do sujeito; porém, isto não impede que o objeto possa ser modificado, deslocado ou transformado numa resposta adaptativa.

Os destinos dos representantes psíquicos, segundo os estudos de casos psicopatológicos realizados por Freud (1915), são: (dos representantes ideativos), a reversão ao seu oposto, retorno em direção ao próprio Eu, recalque, sublimação; (os destinos do afeto), transformação do afeto (obsessões), deslocamento do afeto (histeria de conversão), troca do afeto (neurose de angústia e melancolia).

Para o autor, os representantes ideativos são catexias, basicamente de traços de memória. Catexias é o nome dado por Freud (1915) à concentração de energia mental ou emocional relacionada a um pensamento ou a uma representação mental. A reversão da pulsão em seu oposto, para citar um exemplo, transforma-se em dois processos diferentes: 1) uma mudança da atividade para a passividade (exemplo do sadismo e masoquismo) e; 2) uma reversão do seu conteúdo que afetaria apenas à finalidade da pulsão (exemplo do medo convertido em coragem); assim, o objeto do investimento pulsional também pode ser o próprio sujeito, como é no caso do narcisismo.

Por outro lado, o afeto corresponde à expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional, este é um processo de descarga, cuja manifestação final é percebida na forma de sentimentos.

Os destinos do afeto e do representante ideativo são diferentes. Os afetos não podem ser recalcados (não pertencem ao sistema inconsciente); são sentidos em nível consciente, embora não possamos determinar a origem ao sentir suas manifestações, embora o afeto também possa sofrer as vicissitudes do recalque; pois, este pode permanecer, ser transformado (principalmente em angústia), ou mesmo suprimido, o que, segundo Freud (1915), constitui a verdadeira finalidade do recalque.

Desta forma, entendemos que também se constituem a integração psíquica no inconsciente a partir da percepção e da relação dos fatores psicobiológicos e socioculturais que acompanham o desenvolvimento individual do sujeito. Pelo que, ao considerar o vínculo psicossomático, que por citar um exemplo, encontramos implícito na manifestação da dor e do medo, entendemos que devemos considerar não só o histórico do indivíduo, mas também ao construto defensivo que foi criado pela subjetividade do sujeito.

Considerando que num primeiro momento pela própria limitação do desenvolvimento motor e da linguagem do bebê, o mecanismo instintivo de proteção já existe e começa a ser investido de representantes afetivos, ainda que nesta primeira instância se encontre limitado ao simples choro. E num segundo momento, numa fase de introdução dos objetos externos na esfera do ego (FERENCZI, 1912/1991), numa tentativa de expulsar os afetos desagradáveis provocados pelos estímulos somatossensoriais advindos da relação instintiva com o meio-ambiente; os elementos da linguagem começam a ser incluídos gradualmente, conforme o ritmo do desenvolvimento intelectual do sujeito, nesta instância, a idéia se soma ao afeto na forma de representantes psíquicos de adaptação do Eu numa dinâmica transferencial em interação constante com o meio-ambiente. Momento propício para a formação da personalidade do sujeito e da sua integração psicossomática, o que consideramos ponto de partida dos mecanismos de defesa do Eu, e que determinarão a singularidade do sujeito.

2.8 Transferência e resistência

Entre os mecanismos de defesa do Eu, ainda Freud (1912/1996), afirma que existe uma relação de transferência psicogênica entre ambos os lados envolvidos no processo de uma relação terapêutica e que esta, pode ser positiva ou resultar numa resistência que dificulte o processo da terapia.

O que são essas transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do analista. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida,

não como algo passado, mas como vínculo atual com a pessoa do analista (FREUD, 1905/1995, p.113).

O conceito de transferência atravessa toda a construção teórica da Psicanálise, constituindo um dos pontos fundamentais da criação freudiana (1912/1996). Por se tratar de um processo psíquico inconsciente, a transferência tornou-se objeto de preocupação de Freud, principalmente no que se refere à sua constituição, manifestação e implicações na relação analista-analisando.

Neste sentido, podemos dizer que é a transferência que faz com que uma dada pessoa seja representada pelo nosso inconsciente, a partir de um afeto ou uma idéia preconcebida, de acordo com alguma suposição que temos dela e não a partir de seus atos ou inclinações reais.

Nós acreditamos que algo semelhante, também pode ser observado em todo e qualquer vínculo social intersubjetivo que se deseje estabelecer, inclusive entre fisioterapeuta e paciente, pois é no processo de transferência que o *Eu* procura estabelecer a identificação de seu desejo e/ou expectativas no campo do outro. O que é de extrema importância de se identificar pelo profissional para evitar a contratransferência e o ciclo negativo de mal-entendidos (S.FREUD, 1930/1996) entre as partes envolvidas nessa relação.

Nesse sentido, a pessoa do fisioterapeuta também é considerada pelo seu paciente. Daí a importância do fisioterapeuta atentar para a qualidade do clima transferencial existente durante o processo de Fisioterapia.

Desta forma, como podemos perceber, numa Fisioterapia eficaz, não se poderia focar no tratamento dos sintomas sem considerarmos a singularidade do sujeito, ou seja, todo tratamento deve partir da busca da origem do vínculo psicossomático do sujeito com a doença e considerar a manifestação dos mecanismos de defesa do *Eu* para uma abordagem eficaz.

2.9 As contribuições da Psicanálise para a formação do fisioterapeuta: a valorização do singular de cada sujeito

Diante do que vem sendo discutido, é evidente que a Fisioterapia carrega consigo a marca do modelo biomédico em sua formação profissional, o que resulta também num repasse desta marca sobre o seu modo de atuação impressa pelo

paradigma positivista e determinista que supervaloriza a doença em detrimento da singularidade dos pacientes (FOUCAULT, 1993, 2001).

No entanto, nosso trabalho visa apresentar um olhar diferenciado para a formação do fisioterapeuta a partir de uma perspectiva em prol da humanização dos serviços realizados por este profissional da saúde, de modo que os mesmos, por meio de reflexões sobre as próprias práticas vivenciadas possam perceber que o ponto crucial não é a relação doença x técnica, mas sim aquilo que se apresenta como único, subjetivo, singular entre aquele que está sofrendo (paciente) e aquele (fisioterapeuta) que tem os recursos e a intenção de proporcionar alívio aos desconfortos sofridos e vivenciados pelo outro com quem se relaciona.

Os pressupostos da Psicanálise oferecem suporte e possibilitam reconhecer os sinais subjetivos e singulares daquele que cuida e do que é cuidado, sinais que fazem parte do cotidiano da ação profissional do fisioterapeuta. Pensamos que a metapsicologia freudiana favorece o repensar das práticas da Fisioterapia no que tange ao dia a dia no atendimento à atenção básica de saúde da população a partir de uma relação entre profissional e paciente mais próxima que valorize as singularidades presentes nesse processo de mão dupla. Neste contexto, a Psicanálise em seu repertório teórico também se faz singular no processo de formação do fisioterapeuta numa tentativa de recuperar o seu espaço de atendimento à saúde, no âmbito social e para muito além da doença em si mesma.

Contudo é importante ressaltar a necessidade de atenção que demanda a constituição da subjetividade do professor-fisioterapeuta, principalmente daquele que supervisiona os estágios curriculares do graduando e que cujas ações estão diretamente relacionadas à atenção do paciente do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, as lacunas existentes entre a formação do fisioterapeuta no paradigma biomédico e as demandas da realidade presentes nos postos de saúde e hospitais (BRASIL, Lei 8080/90), somadas às expectativas de formação dentro do perfil de egresso anunciado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Fisioterapia (BRASIL, 2002), também se repercutem centralmente na formação desses professores e da constituição de sua identidade como profissional docente e fisioterapeuta.

Nos pressupostos psicanalíticos o ato de transmitir conhecimentos vai além da passagem de mero conteúdo de informação, pois nesta concepção há uma trajetória que se subtrai ao saber consciente. Segundo Fachinnetto (2008) o bom

professor identifica existir o desejo do saber naquele que com ele aprende e entende que “a transmissão” de conhecimentos seja diferente da aquisição dos mesmos pelos seus alunos.

Sob a luz da Psicanálise a transmissão que se estabelece entre o professor e seu aluno para a edificação do conhecimento é transferencial, e acontece por meio desta relação dual o desejo de saber/aprender entre o professor e seu aluno, constituindo-se nesse instante o vínculo entre ambos num mesmo centro de interesse: o conhecimento.

Na Psicanálise a transferência é um fenômeno que ocorre na relação entre o paciente e o terapeuta (FREUD, 1925). Segundo Silva ela ocorre em qualquer relação entre humanos:

Entende-se que toda transferência é uma transferência de aspectos infantis, aspectos ou características internas, nem sempre conscientes. Estes aspectos internos são as identificações conflitivas ou não, contraditórias, integradas ou dissociadas, ambíguas, que pertencem ao sujeito. Estão presentes em todo comportamento mantido não só na atualização de todo o seu passado e de todo o seu futuro, como também na manifestação de sua personalidade (SILVA, 1994, p. 36).

Ocorre que o aluno, embora sendo um sujeito que traz todo um repertório de experiências próprias de vida para a sala de aula, pode ter a sua iniciativa reprimida e ficar aprisionado pela sedução do seu professor de modo a não fazer uso de sua própria capacidade de pensar, refletir e agir por si mesmo. O resultado desta repressão é um aluno reproduzidor do conhecimento transmitido por aquele que, simbolicamente, detém o poder de saber.

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente porque ele não pesa como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1979, p. 08).

Nesse contexto o saber do professor é o seu poder e representa a somatória de muitos anos de conhecimentos acumulados e de experiências transmitidas por outros professores. O que o torna negativo é se posicionar em relação a isto, como

se não houvesse outra possibilidade de criar conhecimentos, e o limitar-se somente a recriar a forma de expor ideias aos outros que as ouvirão (CORDIÉ, 1998).

Neste sentido, a formação universitária que também tende a reproduzir os mesmos conhecimentos e muitas vezes, das mesmas formas, sempre se fundamentando em artigos, teses e trabalhos em geral que enaltecem o saber erudito, científico e literário; faz com que o saber deixa-se de "... ser percebido como uma conquista para enquadrar-se como uma aquisição" (MENDONÇA FILHO 1998, p. 94)

O docente universitário quando submerso por absoluto no discurso da ciência, toma o conhecimento como sendo uma única verdade, pronto e fechado, sem possibilidade de alterações. E a partir do efeito da transferência o aluno se apega ao professor e neste tripé professor/aluno/conhecimento, a relação de aprendizagem acontece.

Entretanto, no entendimento psicanalítico, esse professor tem a possibilidade de tomar consciência sobre seu papel social e da extrema relevância das implicações da transferência na relação com seu aluno e, conscientemente, tomar para si uma postura crítico-reflexiva quanto a função social e ao exercício de sua função enquanto professor-fisioterapeuta na formação de seu aluno. Portanto, é função do professor oportunizar os conhecimentos para seus alunos, mas também o provocar situações que estimulem e promovam a criatividade de seus alunos para uma ocorrência de aprendizagem significativa e fazer frente aos desafios atuais.

No tocante ao presente trabalho de pesquisa pensamos que a provocação para o acontecimento da aprendizagem diferenciada pelos graduandos de Fisioterapia está não apenas na apropriação de conhecimentos técnicos referentes à profissão, mas de igual importância, na concepção do paciente como um sujeito singular que necessita ser abordado levando-se em conta suas singularidades, sua subjetividade para que o processo de reabilitação se construa em conjunto na relação fisioterapeuta-paciente e não apenas pela aplicação de técnicas padronizadas e realizadas em tempo pré-fixado para o atendimento em massa, idéia contrária às demandas do SUS e das novas diretrizes curriculares para os cursos de Fisioterapia.

O olhar pela metapsicologia freudiana não dá sustentação ao modelo biomédico dominante nas práticas dos profissionais da saúde, ao contrário, rompe

com esse paradigma hegemônico de atendimento para um cuidado humanizado da pessoa humana.

Talvez de forma psicanaliticamente dramática poderíamos dizer que é preciso que o aluno do curso de Fisioterapia “mate” o seu Mestre para que então possa aparecer o sujeito-fisioterapeuta, a partir de suas vivências diferenciadas e singulares junto aos pacientes com os quais se relacionará e terá também o efeito da transferência presente em seu dia a dia, exigindo dele nesta relação, muito mais que os conhecimentos técnico-científicos da profissão.

Neste sentido, remetendo-nos a Freud (1912) a transferência está relacionada à resistência, e não há avanços na terapia do paciente se este não puder estabelecer vínculos de transferência positiva com o terapeuta, neste caso, o fisioterapeuta.

Desta forma, a formação do fisioterapeuta precisa ser repensada de modo a romper com o paradigma biomédico, a partir de novas perspectivas teóricas que compreendam o sujeito, não apenas como mais “um paciente” a ser tratado com foco na doença; pois a doença, além dos diagnósticos clínicos que se estabelecem, não é mais do que a manifestação psicossomática do sujeito que procura pelos cuidados da sua saúde.

Neste contexto, o referencial psicanalítico acreditamos contribuirá para uma concepção educacional diferenciada que valorize um novo enfoque na relação fisioterapeuta-paciente, na forma de conceber e entender esse sujeito que está na condição de paciente. Compreendendo que a subjetividade e a complexidade humana estão presentes nesta relação e na concepção educacional do fisioterapeuta, de modo que o futuro profissional se constitui fisioterapeuta não apenas a partir de conteúdos disciplinares, mas sobretudo, para a relação e na relação com o outro sujeito, seu paciente.

2.10 As contribuições da Psicanálise para um novo enfoque na relação fisioterapeuta-paciente

O professor formador do futuro profissional da Fisioterapia necessita se envolver e se manter a procura do criar e recriar maneiras, estratégias de ensino e aprendizagem que melhor contribuam para a formação na graduação e também

contínua desse profissional durante as inúmeras experiências que ainda serão vivenciadas.

O ato de ministrar aulas deveria ser constituído de uma atividade de reparação fluida e concomitantemente de criação para o professor formador que se envolve, ama e tem prazer pela formação de seu aluno. Diríamos que alimentar uma “paixão de formar” que:

... se caracterize por um movimento psíquico que se mantém internamente, apesar de todas as vicissitudes externas, que se vincula à realidade, possibilitando a eficácia da transmissão, a construção do conhecimento e o desenvolvimento do outro (SILVA, 1994, p. 7).

Nos pressupostos da Psicanálise entendemos que a paixão está exclusivamente estabelecida pelo “princípio do prazer” (FREUD, 1920) e afastada temporalmente da realidade. Nesta obra, Freud introduziu também a noção de “pulsão de morte”. Nesse contexto, a paixão seria um estado de espírito psíquico regido pelo princípio do prazer quase que havendo um “esvaziamento libidinal” naquilo que se relaciona ao ego, estando a libido empossada e confinada no objeto. A paixão pode envolver, portanto, todos os aspectos psíquicos já descritos por Freud em suas obras numa contínua aproximação da sublimação.

No contexto de nosso trabalho poderíamos dar sentido no objeto ao nos reportarmos para o professor entusiasmado pela formação de seus alunos do curso de Fisioterapia, mesmo apesar das muitas dificuldades presentes. Como também nos aludirmos ao fisioterapeuta empolgado, inspirado com seu trabalho junto ao seu paciente e que mesmo havendo frustrações ele não abre mão de seu exercício profissional. Nestes termos poderíamos falar então da “paixão de atuar como fisioterapeuta”, psicanaliticamente, como uma figura retórica mais próxima do amor e da sublimação e que por sua natureza anela criar e inovar de forma incansável pelo bem do outro.

Atuar como fisioterapeuta neste contexto da paixão seria então uma ação de revigoração, renovação contínua e de criação, inovação em prol do exercício profissional junto ao paciente, objeto de sua paixão, de maneira tal que as tensões, dificuldades diárias e frustrações, representadas pelo ódio, se tornariam suavizadas e amenizadas pelo amor.

De acordo com Silva (1994, p. 7) “há uma luta permanente entre as pulsões da vida e as pulsões destrutivas que organizam e estabilizam toda a atividade da formação” e que não é diferente na atuação profissional do fisioterapeuta. Ainda segundo esta autora (p. 33), além do amor e do ódio, também forças como “questões políticas, sociais, religiosas e psicológicas”, também se apresentam, “no que concerne aos aspectos psíquicos em que desenvolve suas idéias”.

Psicanaliticamente, no tocante à relação terapêutica, tanto no fisioterapeuta como no paciente, sentimentos de amor e ódio, anseios contrários à angústia e inclinações destrutivas emergem e se nivelam, todavia ainda assim, pode existir uma paixão que os alente e que os fortaleça.

A formação profissional do fisioterapeuta requer o aprendizado para a utilização de instrumentos e técnicas necessárias para a atuação junto ao paciente visando sua recuperação e qualidade de vida. No entanto, é no cotidiano profissional que o fisioterapeuta como ser humano que é, se preocupa com a qualidade daquilo que deseja e para tanto é movido pela paixão e o sentimento de exposição, de estar disponível para a enunciação de seu desejo e experiência para as demandas identificadas no outro que é seu paciente e está em processo de recuperação ou cura.

Não há dúvidas que a atuação do fisioterapeuta deve renunciar a utilização mecânica de técnicas profissionais para simplesmente reduzir riscos e racionalizar a paixão, tal como é costumeiro entre os profissionais da saúde. Neste contexto muito familiar nos atendimentos do Sistema Único de Saúde e também não muito diferente nos atendimentos particulares em planos de saúde, a formação e a atuação do fisioterapeuta recairá em sua gênese peculiar para a atenção à saúde do ser humano, deixará submergir o ato humanizado para apenas tratar a doença identificada, esquecendo-se do sujeito que está doente.

Porém, na perspectiva psicanalítica, esse paradigma se transcende, embora o fisioterapeuta podendo atuar como um apoio na recuperação de seu paciente, no compasso, possa se tornar o objeto de uma transferência e reciprocamente. Logo, o que é transferido são as experiências da vivência de relações anteriores e que vão tomando forma atualizada, ressignificando-se e revigorando-se na relação fisioterapeuta-paciente.

No vínculo gerado pela transferência entre o fisioterapeuta e o paciente é que diversas circunstâncias do infantil ou distinções internas são constituídas nas

identificações, podendo ser de cunho conflitivo, dissociado, ambíguo ou integrado, tecendo assim a interação entre as pessoas do fisioterapeuta e do paciente. Em outras palavras, na relação interpessoal cada sujeito envolvido procura estabelecer uma identificação com o outro, um vínculo que permita uma continuidade da mesma.

Neste processo, cabe destacar que também se faz presente a personalidade de cada um que se diferencia a partir da sucessão das identificações das relações do sujeito; numa transação psíquica, que assim como as sinapses que acontecem entre os neurônios, vão-se organizando nas diferentes instâncias do complexo psíquico id, ego e superego.

Da mesma forma como o professor no curso de Fisioterapia ocupa um papel relevante na representação dos ideais postos na relação entre ele e seu aluno, cessando suas dúvidas e hesitações no que diz respeito à estruturação do ser psíquico ego/superego, alargando as possibilidades da constituição de um futuro profissional com formação contempladora das demandas de sua atuação, de seu saber fazer; processo este que, como já sabemos, é originário de outras diversas identificações que ocorreram durante sua vida; o fisioterapeuta que se encontra em exercício profissional, igualmente tem uma função importante em relação com seu paciente.

O paciente, tal como o aluno, identifica-se com seu terapeuta e/ou professor construindo possibilidades de participação ou não em seu processo de recuperação e/ou de aprendizagem. Pois é por meio da identificação que ele terá condições de prover maneiras de superar o mau êxito das próprias frustrações narcísicas anteriores.

Portanto, nessas instâncias ideais presentes na relação professor-aluno de Fisioterapia, também podemos observar como uma referência à relação que se dá entre as circunstâncias de aprendizagem que ocorrem na própria constituição do fisioterapeuta em exercício ao exercer sua influência sobre o comportamento e pensamento de seu paciente na procura de uma consciente participação no seu próprio processo de recuperação. Nestes termos, tanto na relação situacional do professor de Fisioterapia com seu aluno como do fisioterapeuta com seu paciente, o aprendizado é dependente íntimo da relação afetiva (FREUD, 1914) que se estabeleça entre os mesmos.

Em outras palavras, “o aluno fascina-se porque pode se identificar com o seu professor, imaginar que ele sabe o mesmo e por ele se apaixona” (KUPFER, 1990,

p. 193.). Semelhantemente, o paciente pode se fascinar com seu fisioterapeuta por se identificar com ele e envolver-se ativamente em seu processo de cura, ou vice versa, o fisioterapeuta em sua relação com seu paciente pode se identificar com ele a partir de experiências comuns vivenciadas e/ou superadas como ser humano e profissional, alimentando assim a própria paixão pelo exercício de sua profissão.

Por tanto, um fisioterapeuta consciente desses processos descritos anteriormente possui um diferencial em sua formação profissional e se apresenta diante do seu paciente como alguém semelhante que não detém certezas absolutas, nem fórmulas mirabolantes; é um fisioterapeuta consciente de seu papel social e é motivado a buscar incansavelmente, na relação com seu paciente, o saber e o conhecimento necessários para atuar na recuperação da qualidade de vida do mesmo. Motivado a pensar estratégias que superem as circunstâncias difíceis muitas vezes provocadas pelas condições de trabalho. A buscar alternativas criativas para tratar o paciente quando a falta de recursos assim exige. E apesar de toda essa dificuldade a paixão pelo exercício da profissão na relação com o paciente o incita a continuar seu caminho sem esmorecer.

Penso que a paixão pelo exercício da Fisioterapia evoca um novo enfoque na relação fisioterapeuta-paciente, pois nela se encontram as identificações e transferências que permitem o colocar-se um no lugar do outro. Esse enfoque é altamente marcado por uma relação de vínculo afetivo que acontece inevitavelmente entre fisioterapeuta e paciente. Visto assim, neste contexto não bastam a utilização mecânica de instrumentos ou recursos técnico-científicos para tratar do paciente. Nesta perspectiva, por meio do vínculo afetivo criado na relação entre o profissional e seu paciente se faz presente a clareza de que o paciente, em ação conjunta com seu fisioterapeuta, também faz parte do seu próprio processo de recuperação.

O fisioterapeuta nesta relação, a partir de uma escuta sensível, uma concepção de saúde-doença diferenciada, e concebendo o paciente como sujeito ativo, certamente, em conjunto construirá um caminho para o reconhecimento das causas e sintomas da doença podendo ir muito além dos típicos diagnósticos clínicos que costumam evocar, na maioria dos casos, sofrimentos psíquicos que resultam na cronicidade da dor e em maiores dificuldades para o processo de recuperação dos pacientes.

CAPÍTULO 3

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Objetivos da Pesquisa

Seguindo o raciocínio anterior, a presente pesquisa teve como objetivo geral discutir à luz da Psicanálise acerca do paralelismo da relação psicossomática e sua possível contribuição para uma formação/relação mais humanizada e apropriada do profissional da Fisioterapia com seu público alvo.

Como desdobramentos foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Identificar quais são as lacunas na formação profissional do fisioterapeuta que dificultam o exercício efetivo no atendimento básico de saúde;
- 2) Investigar e discutir sobre a relevância da relação psique e soma no tratamento das condições saúde-doença;
- 3) A partir do depoimento dos sujeitos fisioterapeutas e pacientes, discutir acerca do papel social da Fisioterapia no Atendimento Básico à Saúde.
- 4) Identificar a percepção que se tem acerca da relação fisioterapeuta-paciente, desde o ponto de vista de ambos os lados dos sujeitos da pesquisa; fisioterapeutas e pacientes.

3.2 Sobre os sujeitos da pesquisa

Foram sujeitos da pesquisa 07 fisioterapeutas e 07 pacientes de Fisioterapia sem vínculos entre si.

Os critérios para a seleção dos sujeitos da pesquisa respeitam o não envolvimento com local e/ou nome de instituição, ou clínica, pública ou privada, e ocorreu por meio de convite pessoal aos profissionais e aos pacientes fora desses ambientes.

O critério de seleção dos fisioterapeutas foi realizado tendo em vista terem mais de 5 anos de exercício da profissão para que por meio de suas vivências fossem capazes de responder as questões propostas.

Quadro 1 - Dados Pessoais dos Fisioterapeutas

Sujeitos	Idade	Sexo	Formação acadêmica	Tempo de formação	Campo em que trabalha
F1	Média entre 30 a 35 anos	M	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	8 anos	Traumato-ortopedia
F2		F	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	8 anos	Pilates
F3		F	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	8 anos	UTI e Clínicas Médicas
F4		F	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	8 anos	Traumato-ortopedia
F5		F	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	8 anos	Dermato Funcional
F6		F	Somente graduação	8 anos	Neurologia
F7		M	Aperfeiçoamento	9 anos	UTI e Clínicas Médicas

A partir do Quadro 1 nota-se que os sujeitos são adultos, 06 do sexo feminino e 02 do sexo masculino (01 fisioterapeuta convidado que não participou da entrevista também é do sexo masculino) e em sua maioria com formação em cursos de pós-graduação *lato sensu* nas áreas da Fisioterapia e com média de 8 anos de formação profissional.

Já o critério para a seleção dos pacientes era que os mesmos tivessem o grau de escolaridade mínimo de ensino médio; realizado de 3 a 6 meses de sessões de Fisioterapia; ter vivenciado em algum momento atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS, de maneira que fosse possível responderem às questões a eles direcionadas. Os pacientes sujeitos da pesquisa não eram pacientes dos fisioterapeutas que participaram desse estudo investigativo, o que corroborou para a não contaminação dos dados.

Quadro 2 - Dados Pessoais dos pacientes

Sujeitos	Idade	Sexo	Formação acadêmica
P1	52	M	Ensino Superior
P2	41	F	Pós-graduação
P3	47	M	Pós-graduação
P4	51	F	Ensino Médio
P5	34	F	Pós-graduação
P6	39	F	Pós-graduação
P7	74	F	Ensino Superior

No Quadro acima, nota-se que os sujeitos são adultos, 05 do sexo feminino e 02 do sexo masculino e em sua maioria com formação em cursos de pós-graduação *lato sensu*, 1 sujeito com formação na graduação e 1 com formação no Ensino Médio.

3.3 A Metodologia Qualitativa

Nosso trabalho se caracteriza em sua metodologia como uma pesquisa qualitativa, uma vez que nos colocamos com o objetivo de estudarmos o fenômeno por meio das vivências das pessoas, sujeitos da pesquisa.

“A ideia que está por trás da pesquisa qualitativa é a seleção intencional dos participantes ou dos locais que melhor ajudarão o pesquisador a entender o problema e a questão de pesquisa” (CRESWELL, 2010, p. 212).

A pesquisa numa abordagem qualitativa é utilizada amplamente no cenário social em que nós, especificamente, nos apoiaremos no repertório teórico psicanalítico de Freud; significativa para nossa investigação empírica e realização de revisões críticas da literatura acerca da discussão proposta sobre as contribuições

da Psicanálise para a formação do fisioterapeuta no recorte do enfoque da relação fisioterapeuta-paciente. Neste sentido,

Ouvimos muitas vezes a opinião de que uma ciência deve se edificar sobre conceitos básicos claros e precisamente definidos, mas, na realidade, nenhuma ciência, nem mesmo a mais exata, começa com tais edificações. O verdadeiro início da atividade científica consiste muito mais na descrição de fenômenos que são em seguida agrupados, ordenados e correlacionados entre si. Além disso, é inevitável que, já ao descrever o material, apliquemos sobre ele algumas idéias abstratas obtidas não só a partir das novas experiências, mas também oriundas de outras fontes. Tais idéias iniciais – os futuros conceitos básicos da ciência – se tornam ainda mais indispensáveis quando mais tarde se trabalha sobre os dados observados. [...] Entretanto, é preciso que não tenham sido escolhidas arbitrariamente, e sim determinadas pelas relações significativas que mantém com o material empírico. É comum que imaginemos poder intuir tais relações antes mesmo de podermos caracterizá-las e demonstrá-las, mas só depois de termos investigado mais a fundo determinado campo de fenômenos é que poderemos formular com mais precisão seus conceitos básicos e modificá-los progressivamente, até que se tornem amplamente utilizáveis e, portanto, livres de contradição. É apenas então que talvez tenha chegado a hora de confinar os conceitos em definições. Entretanto, o progresso do conhecimento não suporta que tais definições sejam rígidas, e como ilustra de modo admirável o exemplo da física, mesmo os "conceitos básicos" que já foram fixados em definições também sofrem uma constante modificação de conteúdo (FREUD, 1915/2001, p.113).

As circunstâncias antecedentes do histórico de vida dos sujeitos nos interessam pelo intento de compreendermos como se constitui a relação fisioterapeuta-paciente desde a formação acadêmica deste profissional até o exercício de sua profissão, bem como a concepção que o paciente tem sobre sua relação com seu terapeuta. As questões que circundam o estudo investigativo são constituídas de forma individual pelo sujeito e grupal por meio da cultura onde estão imersos.

Cabe dizermos que não pretendemos desenvolver uma metodologia de investigação psicanalítica com a intenção de analisar os sujeitos da pesquisa. Ao revés, nosso objetivo é imergir no repertório teórico das obras de Freud como maneira de dialogar com os sujeitos da pesquisa, com suas experiências de vínculo ou não com seus pacientes em relação ao processo de formação profissional do fisioterapeuta.

O referencial psicanalítico em consonância com a Epistemologia da Metodologia Qualitativa de caráter exploratório nos sustentará no aprofundamento dos fenômenos observados junto aos sujeitos da pesquisa respeitando a presença da subjetividade e delimitando a natureza da discussão teórica dos fatos examinados.

3.4 A entrevista semi-estruturada

Como estratégia para a coleta de dados fizemos uso de entrevista semi-estruturada com fisioterapeutas em exercício profissional e com ex-pacientes que já realizaram Fisioterapia. Esse tipo de entrevista pauta-se em um roteiro de questões elaboradas de modo prévio para os fins da pesquisa expostos nos objetivos. Seu movimento é centrado no tema da pesquisa e o roteiro construído com questões pertinentes que se complementam entre si, ao mesmo que, em tempo flexível para problematizar os fenômenos que emergiram durante o diálogo com os sujeitos.

O roteiro não se constituiu no intuito de ser engessado, mas sim como um instrumento regulador para a organização do pesquisador durante as entrevistas.

De acordo com Triviños, a entrevista semi-estruturada

[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...] além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (1987, p. 152).

Outro aspecto relevante da entrevista foi a flexibilidade e oportunidade do sujeito da pesquisa participar com liberdade do processo de produção de informações.

3.5 Roteiro de entrevista

Como instrumento foram utilizados um diário de campo e o seguinte roteiro de entrevistas:

- Qual é seu entendimento sobre saúde e doença?
- Em sua opinião, como acontece o vínculo da relação fisioterapeuta-paciente?
- O paciente participa no processo fisioterapêutico?
- Conhecer a pessoa do paciente auxilia o trabalho do fisioterapeuta?
- O que pode impedir a melhora ou a recuperação do paciente?
- Quais são as dificuldades encontradas nesse processo fisioterapêutico?
- Quais eram as suas expectativas antes de começar a Fisioterapia?

Cabe ressaltarmos que, para a posterior análise dos dados e levantamento das categorias específicas. Este roteiro foi enriquecido com outras perguntas que emergiram durante o diálogo com os sujeitos entrevistados. O roteiro final da análise se encontra no Apêndice B.

3.6 Procedimentos

Mediante os esclarecimentos sobre a pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os sujeitos nos deram anuência para iniciarmos a coleta do material para a análise.

Para preservar a identidade e privacidade dos sujeitos, pseudônimos foram utilizados.

As entrevistas foram realizadas individualmente e em locais distintos com cada um dos sujeitos considerando a demanda dos mesmos. Todos os sujeitos se mostraram disponíveis para colaborar com o pesquisador que por sua vez também é fisioterapeuta, fato bem aceito pelos sujeitos que compreenderam a intenção existente de provocar um ato reflexivo sobre a trajetória da formação profissional do fisioterapeuta desde a graduação até suas vivências em exercício profissional, salientando aspectos tensos da relação fisioterapeuta-paciente.

As entrevistas tiveram a duração média e não programada de 60 minutos cada, sendo as mesmas registradas para posterior análise. O período da realização

das entrevistas ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2015. Os participantes selecionados são oriundos das seguintes localidades: Aguaí (SP), Aracajú (SE), Espírito Santo do Pinhal (SP), Poços de Caldas (MG), São João da Boa Vista (SP) e São José do Rio Pardo (SP).

3.7 Análise do material

A análise dos dados desenvolveu-se primeiramente pela organização do material e revisão geral das respostas dos sujeitos, a partir do contato com a transcrição do texto e destaque dos aspectos mais relevantes para a pesquisa tendo em vista os objetivos propostos. Posteriormente, foram estabelecidas as categorias de análise a partir das interpretações realizadas tendo como aporte teórico os pressupostos da Psicanálise freudiana e a constância de concepções e temas encontrados no material, sempre em busca de desvelar os significados submersos presentes na fala dos entrevistados. O material das entrevistas foi separado em dois grupos: 1) sujeitos fisioterapeutas e 2) pacientes de Fisioterapia, e analisado por categorias (conferir no Cap.4 e Apêndice B).

A análise de conteúdo é a técnica escolhida para a análise e discussão dos dados e informações obtidas, que segundo Bardin (1979):

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 42).

E ainda, na análise de conteúdo,

As mensagens expressam as representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento. Relação que se dá na prática social e histórica da humanidade e que se generaliza via linguagem. Sendo constituídas por processos sócio-cognitivos, tem implicações na vida cotidiana, influenciando não apenas a comunicação e a expressão das mensagens, mas também os comportamentos (FRANCO, 2008, p.12).

Nesse contexto da análise de conteúdo das falas dos sujeitos a partir da entrevista procuramos realizar uma leitura livre e fluente (FREUD, 1912/1981, p.1654), atentos à escuta sensível que conforme Barbier:

[...] trata-se de um “escutar/ver”[...] A escuta sensível apóia-se na empatia. O pesquisador deve saber sentir o universo, o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos. [...] A escuta sensível reconhece a aceitação incondicional do outro. Ela não julga, não mede, não compara. A escuta sensível afirma a coerência do pesquisador/a. Este comunica suas emoções, seu imaginário, suas perguntas, seus sentimentos (BARBIER, 2004, p. 94).

Sendo estes elementos essenciais para o alcance de nossos objetivos e nesse processo “pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos” (BARDIN, 2011, p. 126).

Finalmente, após maior aprofundamento desta análise, foram elaboradas as considerações presentes, sem, contudo, buscar generalizações ou conclusões finais.

Durante a análise do material recorreremos sempre aos objetivos da pesquisa para averiguarmos se as respostas eram coerentes com a finalidade da pesquisa. Em seguida passamos a identificar conteúdos similares entre as respostas que também respondessem aos objetivos propostos para então estabelecermos as categorias de análise que dessem vazão à discussão dos resultados alcançados.

No processo de categorização foram feitos os recortes das unidades representativas, enumeradas e classificadas por categorias.

Para Bardin (1995, p. 117), “categorização é uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogias), com os critérios previamente definidos” (grifo no original).

Nessa pesquisa, a categorização inclui os recortes dos textos do referencial teórico freudiano para posterior análise e considerações finais.

Já na discussão dos dados da pesquisa delimitamos trechos das entrevistas com os sujeitos e nos reportamos ao repertório teórico psicanalítico de modo que o pesquisador pudesse tecer seu olhar subjetivo acerca da temática da pesquisa. Os trechos dos conteúdos foram literalmente extraídos das falas dos sujeitos.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Com o intuito de clarificarmos a análise e discussão dos dados encontrados, durante as entrevistas individuais, foi feita a seguinte divisão do conteúdo em: 1) categorias de análise - fisioterapeutas e; 2) categorias de análise - pacientes de Fisioterapia.

4.1 Categorias de análise - Fisioterapeutas

Levando-se em conta os objetivos da pesquisa expomos a seguir as categorias estabelecidas a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas com os fisioterapeutas.

- 1) Identidade
A escolha da profissão: lembranças
- 2) Conceitos
Concepção de Fisioterapia
Concepções sobre Saúde-Doença
- 3) Relação fisioterapeuta-paciente
Concepção fisioterapeuta-paciente
Concepções sobre “paciente” e tratamento
- 4) Prazer e sofrimento
Expectativas profissionais
Sublimação das dificuldades e frustrações

4.1.1 Categoria 1 - Identidade

“Nós sustentamos a existência de um sinal, uma diferenciação entre o estranho que se vive e o estranho que apenas se representa ou se lê” (FREUD, 1919/1999, p. 261).

4.2.2.1 *A escolha da profissão: lembranças*

Consideramos importante, a título de informação complementar, questionar os sujeitos sobre como se deu a escolha pela profissão. Certos de que o sujeito se relaciona com sua profissão levando em conta as marcas de suas vivências anteriores, perguntamos aos sujeitos quais eram suas lembranças sobre a primeira experiência como fisioterapeuta, já que, segundo a teoria psicanalítica as marcas que caracterizam a nossa personalidade estão presentes no inconsciente e se encontram registradas e inscritas no aparelho psíquico.

Os sujeitos F3, F4, F5 e F6 mencionaram que a escolha da profissão se deu por esta ter sido uma das opções assinaladas no vestibular, embora não fosse a preferida por eles. O sujeito F2 fez a escolha por esta ser uma das áreas da saúde. Os sujeitos F1 e F7 relacionaram a escolha ao “desejo” de ser fisioterapeuta.

Um dado curioso neste ponto é que no modelo de organização psíquica estabelecido por Freud no Projeto de 1895, a noção de identidade já aparece vinculada ao investimento e desinvestimento dos representantes psíquicos ideativos na busca do estabelecimento de um “estado de identidade” no restabelecimento de uma “vivência” primária de satisfação, embora que aquela referência primária fosse a satisfação de uma necessidade instintiva básica, como a fome do bebê. O estabelecimento desta “identidade”, no caso, permitiria o reconhecimento de uma percepção que levaria a uma experiência de prazer e que propiciaria as condições para a descarga pulsional do complexo das representações, na investidura de percepção dos signos de realidade, ou na investidura de desejo.

Se para Freud a “identificação” é algo que se dá sempre entre sujeitos, por outro lado tudo humano, coisa ou evento tem a sua identidade, o que permite seu reconhecimento, afirma sua singularidade e garante a sua diferença.

Freud usa o termo “vivência” ao referir-se à memória retida de uma experiência vivida e não presumida; mas direta, marcante e significativa na vida de uma pessoa. Porém, é preciso lembrar que o Eu tem a sua parcela inconsciente e não é uma instância isolada e que este se constitui na vivência; no confronto entre o sujeito, suas pulsões e a necessidade de resposta que se impõe a partir das demandas do mundo exterior.

Por tanto, observamos nesta categoria de análise que existe uma relação direta entre a importância psíquica da vivência [Erlebnis] e a sua retenção na memória (FREUD, 1899/1999, p. 531-532), ainda que inconsciente, e que é determinante na hora da escolha profissional.

De modo mais objetivo os sujeitos F1 e F5 disseram que foi durante os estágios ainda no curso de graduação que tiveram suas primeiras vivências profissionais marcantes. Já as demais falas mostram detalhes do que significaram essas primeiras vivências profissionais.

F2 - Eu amo o que faço, a profissão me propicia experiências de superação e muito aprendizado, pois às vezes nos deparamos com dificuldades que não cabem só a nós e sim ao paciente também.

F3 - Ansiedade extrema, medo e receio por estar em um lugar novo e com equipamento que nunca tinha manipulado. Pessoas a todo tempo me avaliando e pacientes de alta complexidade para serem atendidos.

F4 - Apesar do nervosismo em meu primeiro atendimento (que foi na área de traumatologia-ortopedia), área em que atuo até hoje, foi gratificante. Poder ajudar na recuperação de um paciente, poder trazer esperança de uma vida nova, ou mesmo, apenas melhorar a qualidade de vida, nos proporciona uma sensação extremamente prazerosa.

F6 – Gratificação.

F7 – Nos atendimentos domiciliares e desportivos.

4.2.3 Categoria 2 - Conceitos

4.2.2.1 Concepção de Fisioterapia

Nesta categoria os sujeitos manifestam entendimentos sobre a Fisioterapia de modo mais subjetivo, salvo os sujeitos F5, F1 e F7 que a categorizaram dentro dos parâmetros teórico-científicos.

F5 – Ciência da Saúde que estuda, previne e trata dos distúrbios cinéticos e funcionais causados por intercorrências genéticas, traumas e doenças adquiridas.

F2 – É o poder de re-ensinar o organismo, reabilitar é fantástico.

F3 – Prevenção e Recomeço... Conforto e qualidade de vida.

F4 – Fisioterapia é a profissão capaz de não só reabilitar, mas também atuar diretamente na recuperação do paciente e promover qualidade de vida, bem estar e o retorno às atividades de vida diária.

F6 – Fisioterapia um trabalho digno satisfatório por ajudar o próximo.

Percebe-se que F4 relaciona sua concepção de Fisioterapia com a relação fisioterapeuta-paciente, transcendendo a visão mais tradicional sobre a profissão. Já F2 e F3 dão maior ênfase ao aspecto preventivo da Fisioterapia. O sujeito F5 demonstra ter uma concepção mais técnica sobre a profissão. F2 concebe a Fisioterapia como uma profissão de poder. O sujeito F6 concebe a Fisioterapia como um meio de aproximação com o outro.

Não espere definições rigorosas; procure antes o sentido dos termos nas maneiras como são usados por um período de tempo. E não desanime se encontrar uma palavra sendo usada num lugar em seu sentido ordinário, literário, e em outro num sentido técnico especial que muda com o estágio de desenvolvimento da teoria (HOLT, 1989, p. 67).

Nesta categoria, percebemos que cada fisioterapeuta entrevistado conceitua a Fisioterapia desde a sua perspectiva própria de atuação, o que é lógico e coerente com cada experiência profissional. A observação que podemos conjecturar é que o conhecimento da formação profissional se constitui e re-significa com a experiência vivida por cada sujeito. Numa visão geral, eles em conjunto definem a Fisioterapia com muita propriedade como: uma profissão de poder social e de contato humano; como uma ciência da saúde com técnica própria e que trata de distúrbios cinético-funcionais; trabalha na prevenção e promoção de qualidade de vida; assim como, na reabilitação e na reintegração do sujeito à sociedade.

4.2.2.3 *Concepções sobre saúde e doença*

Nesta categoria percebemos na fala dos sujeitos alguns diferenciais no entendimento acerca do binômio saúde-doença. Porém, destacamos a primeira fala (F1) por contemplar o entendimento de 4 dos sujeitos entrevistados no conceito mais tradicional das ciências médicas.

F1 – Saúde é um estado em que o ser humano consegue realizar suas atividades, devido ao normal funcionamento do corpo. Doença é um estado do corpo que impede o total aproveitamento de suas funções vitais.

As falas dos sujeitos F3 e F5 ressaltam uma concepção mais ampla do que seja saúde e doença. O entendimento de que saúde está relacionada ao tríplice equilíbrio entre mente, corpo e fatores socioeconômicos que influenciam sobre as condições de bem-estar do ser humano.

F3 – Saúde está relacionado ao bem estar e qualidade de vida, equilíbrio entre mente e corpo. Doença corresponde ao desequilíbrio total entre corpo e mente, algo errado psiquicamente que pode levar a problemas físicos ou vice versa.

F5 – Seria uma expressão usada para fazer referência as variáveis que envolvem saúde-doença é fator sócio econômico de um indivíduo.

Os 7 sujeitos entrevistados também mencionaram que existe uma relação entre saúde e doença, embora tenha havido certa constância com o entendimento mais tradicional presente na fala do sujeito F1.

F1 – Saúde pode ser interpretada como ausência de doença.

F3 – Não há saúde em um corpo doente, uma mente doente, esgotada gera desequilíbrio corporal, levando a dores físicas e doenças crônicas.

F5 – Através do conceito saúde-doença, a determinação do estado de saúde de uma pessoa não significa a ausência de doença para determinar a condição de saúde.

Como podemos observar, há um evidente desencontro sobre este entendimento entre os 7 entrevistados, o que atribuímos seja o resultante do contraditório entre uma teoria reducionista de cunho cartesiano recebida durante o processo de formação profissional, com a experiência de fato, vivenciada com a subjetividade humana durante os anos de prática profissional.

Para a Psicanálise, a condição humana é marcada pela divisão saúde-doença, ou seja, é inevitável ao homem a doença que coabita com sua condição humana desde seu nascimento até sua morte, isto é da dimensão da luta pela

sobrevivência, da lógica da adaptação da espécie ao meio (KEHL, 2002, p.126). Embora o ideal de saúde da medicina científica se defina como “ausência de doença”, a fala do sujeito F1, repercute o paradigma cartesiano. No entanto, o ideal de saúde é algo subjetivo e relativo. O que deduzimos deve ser compreendido como uma concepção própria e característica da percepção e vivência do sujeito, e não restringido às mensurações, medidas ou processos normalizadores que nos impõe a medicina científica.

Fazendo uma revisão analítica sobre esta relação, constatamos que Freud (1918-1919) no começo do século XX, já advertia do erro que seria tentar estabelecer uma cura ideal; ou seja, fixar os indivíduos a uma norma ou função normalizadora preestabelecida. O que segundo o autor: "... em última análise, isto é apenas usar de violência, ainda que revestida dos motivos mais honrosos" (FREUD 1918-1919/1996, p.178). Logo, desta perspectiva de análise, caberia ao fisioterapeuta como profissional da saúde, zelar pelo respeito à singularidade do sujeito que recebe a sua ação terapêutica.

Recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente que se coloca em nossas mãos em busca de um auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais, e, com o orgulho de um Criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom (FREUD, 1918-1919/ 1996, p.178).

Isto nos leva a pensar na necessidade de refletir sobre uma lógica que permita propor uma fisioterapêutica que não ocorra em prol da eliminação de doenças e que possibilite à atuação do sujeito dando lugar a um estilo singular que o sujeito possa reconhecer como seu e que contemple a sua potencialidade criativa, como autor de si mesmo em seu próprio processo de recuperação (KEHL, 2002, p.135).

4.2.3 Categoria 3 - Relação fisioterapeuta-paciente

4.2.3.1 *Concepção fisioterapeuta-paciente*

Dando seguimento à fala anterior, questionamos os sujeitos a respeito da concepção que tinham sobre a relação fisioterapeuta-paciente e obtivemos as seguintes respostas:

F1 - Estritamente profissional.

F2 - Um aprendizado diário.

F3 - Em um clima de amizade, tentando estabelecer um vínculo de confiança e total clareza sobre a patologia e a real recuperação que poderá ser alcançada.

F4 - Profissional da saúde que procura compreender o ser humano (paciente) como um todo, pois existe relação do paciente com outras pessoas em um determinado contexto social, cultural e político. Sendo necessário o fisioterapeuta considerar as condições de vida impostas e o estilo de vida de cada paciente. Tendo sempre respeito pelo paciente, pois muitas vezes ele precisa não só do nosso conhecimento técnico-científico, como também do nosso carinho, nossa atenção.

F5 - O paciente deve ter confiança cega no profissional e uma valorização crescente do tratamento.

F6 – Normal.

F7 - Além de profissional, um amigo.

Percebe-se que os sujeitos F3, F4, F5 e F6 compreendem a relação fisioterapeuta-paciente como algo que deve ter maior proximidade, vínculo afetivo, uma relação de confiança.

Ao darmos continuidade nesta questão enfocando qual seria o entendimento deles sobre vínculo afetivo, as respostas foram:

F1 - Não deve haver, pois atrapalha no tratamento.

F2 - O vínculo é criado, pois normalmente depositamos expectativas um no outro.

F3 - Tento trabalhar muito este tema, pois me envolvia muito facilmente e também sofria muito. Meu vínculo atual se restringe ao meu atendimento e sempre procuro informações com colegas de trabalho, acompanhando a evolução clínica, o tratamento e a sua recuperação. Separando sempre o lado profissional do lado emocional, o que é muito difícil.

F4 - Forma de se relacionar com o outro, mantendo ligações emocionais e/ou comportamentais.

F5 – Confiança.

F6 – Necessário, mas às vezes é mal interpretado pelo paciente.

F7 – É a amizade entre terapeuta e paciente.

E ainda, segundo os sujeitos F1 e F6 o fisioterapeuta não deve estabelecer um vínculo na relação fisioterapeuta – paciente; pois, segundo eles, trata-se apenas de uma relação profissional.

De acordo com quatro dos (F) entrevistados o fisioterapeuta às vezes é o responsável pela cura do paciente. Somente um entrevistado acredita que não, e o outro crê que o fisioterapeuta é totalmente responsável pela cura do paciente. Destacamos a visão de F2 por ser um pouco diferenciada dos demais:

F2 - Guiamos o corpo à cura.

Ao analisarmos os comentários anteriores, observamos que existe certo receio e até certa confusão quanto à questão do vínculo afetivo na relação fisioterapeuta – paciente. Neste sentido, os entrevistados por vezes se contradizem mostrando que não apresentam uma clara visão sobre este tema e muito menos um consenso.

Freud (1912/1996), afirma que existe uma relação de transferência, entre ambos os lados dos envolvidos no processo de uma terapia que pode ser positiva ou resultar numa resistência que dificulte o processo da terapia; ainda que se referisse ao *setting* analítico, pensamos na compreensão de uma Psicanálise em extensão ser possível utilizar esta relação para clarear nosso campo de estudo.

O que são essas transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do analista. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como vínculo atual com a pessoa do analista (FREUD, 1905/1995, p.113).

Em outras palavras, entendemos que na relação interpessoal cada sujeito envolvido procura estabelecer uma identificação com o outro, um vínculo que permita uma continuidade da mesma. Nestes termos, tanto numa relação situacional entre professor-aluno na sala de aula, como fisioterapeuta-paciente durante uma terapia, “o aprendizado é dependente íntimo da relação afetiva” que se estabeleça entre os mesmos (FREUD, 1914).

Nesta perspectiva, por meio do vínculo afetivo criado na relação entre o profissional e seu paciente, se faz presente a clareza de que o paciente em ação

conjunta com seu fisioterapeuta também faz parte do seu próprio processo de recuperação.

Um fisioterapeuta consciente desses processos descritos anteriormente possuiria um diferencial em sua formação profissional; o que evocaria um novo enfoque da relação fisioterapeuta-paciente, no qual não bastaria o conhecimento da utilização mecânica de instrumentos ou recursos técnico-científicos para tratar do paciente; porém, poderiam ter lugar e fazerem-se presentes sem receios, as identificações e transferências que permitiriam colocar-se um no lugar do outro.

4.2.3.2 *Concepções sobre “paciente” e tratamento*

Segundo os sujeitos da pesquisa, o paciente é:

F1 - Pessoa com necessidades de ajuda.

F2 - Alguém que espera alguma solução de sua parte. Com expectativas sobre a sua pessoa.

F3 - Pessoa a espera de um atendimento e/ou tratamento em relação ao seu problema físico ou psicossomático.

F4 e F5 - Paciente é aquele que necessita de cuidados específicos, sejam médicos, fisioterapêuticos, de enfermagem ou de outros profissionais da saúde para recuperação do bem estar geral.

F6 - Paciente é aquele que espera do profissional ajuda cura confiança ...

F7 - Uma pessoa que está sendo cuidada por algum profissional da saúde.

O profissional da saúde, incluindo o fisioterapeuta, enfrenta situações diárias relacionadas à dor, ao sofrimento, crenças, valores e até mesmo, distintos problemas de ordem social envolvendo os seus pacientes. Nesse contexto, muitas vezes encontra-se distante de compreender as questões psicossociais e os processos que levam à somatização de sintomas que se relacionam com a saúde e doença do sujeito de seu trabalho.

No caso dos fisioterapeutas entrevistados, após alguns anos de exercício da profissão muitos mencionaram que sentiram a falta de conhecimentos específicos de aplicação em sua formação. Todavia, poucos realmente percebem que faltou, na

verdade, a constituição perceptiva e a concepção compreensiva de um olhar mais integrado e humanizado dos processos de saúde e doença vivenciados pelos pacientes. A falta dessa percepção traz a falta também do reconhecimento da autonomia do paciente e sua participação nas decisões sobre seu processo de recuperação.

Os sujeitos também compreendem o “tratamento do paciente” como:

F1 - Por em prática o conhecimento adquirido, auxílio à pessoa e retorno financeiro.

F2 - A cada paciente uma experiência não somente técnica, mas também de vida.

F3 - Reabilitar, amenizar dor, prevenir deformidades, conforto clínico nos pacientes em quadro avançado, e principalmente promover qualidade de vida.

F4 - Tratar o paciente é fornecer a ele, através de conhecimento especializado, subsídios para sua recuperação (reabilitação). É tentar através de atendimento fisioterapêutico digno recuperar os danos estabelecidos, fazendo com que o paciente em sua recuperação se aproxime ou retome totalmente as suas atividades de vida diária, melhorando e influenciando diretamente em sua saúde e qualidade de vida.

F6 - Dedicção muita psicologia, paciência, compreensão.

F7 - É você cuidar, reabilitar o paciente tanto a parte física como mental.

A respeito da participação do paciente no processo de Fisioterapia, todos responderam que o paciente faz parte do processo de tratamento. Destacamos algumas falas:

F1 - Sim, se for colocar em números 70 % da reabilitação, do sucesso do tratamento dependem do paciente.

F4 - O paciente atua de forma direta e é fundamental para sua recuperação, sendo indispensável sua colaboração, pois esse participa ativamente do processo de reabilitação e de todos os outros conflitos pessoais, familiares e sociais, que também contribuem no processo de reabilitação fisioterapêutico.

F6 - Depende da força de vontade do paciente ter melhoras no seu tratamento ou prolongar seu processo de recuperação, ou seja, ele tem total participação.

E ainda, segundo os sujeitos entrevistados, 5 afirmaram que as questões da vida pessoal do paciente fazem parte do trabalho do fisioterapeuta e 2 responderam que “às vezes” fazem parte deste trabalho.

Os sujeitos também acreditam que há fatos que podem impedir o paciente de melhorar ou se reabilitar. Todos os sujeitos disseram que a atitude do próprio paciente é um fator relevante para sua reabilitação ou não. Em destaque algumas das falas:

F3 - Condições financeiras podem prejudicar e atrasar a recuperação, limitações nos recursos prejudicam o atendimento. O ambiente familiar também é muito importante na recuperação, a família tem que estar totalmente envolvida na recuperação e aceitação da nova rotina em casa.

F4 - A colaboração do paciente, a interação entre paciente - fisioterapeuta e o empenho maior de conhecimento são recursos fundamentais ou mais importantes até mesmo do que os recursos físicos para a reabilitação/recuperação do paciente.

F5 – Autoestima e confiança são primordiais no tratamento. Essas condições interferem muito na melhora! Se alguém pode fazer algo por você, esse alguém é você mesmo.

A capacidade de o fisioterapeuta atuar entre o campo da saúde e da arte é que realmente pode possibilitar a esse profissional o nascer de ações criativas durante o processo de recuperação do “paciente”. As circunstâncias difíceis experimentadas pelo fisioterapeuta devem considerar que existe uma linha muito tênue entre o campo fisioterapêutico e o psicológico.

Neste sentido a visão da metapsicologia freudiana facilita-nos a compreensão da relevância da natureza inseparável dos processos e eventos psicossomáticos ao considerarmos que as condições externas e internas da vida do sujeito, influenciam e fazem parte da somatória de toda sua função e relação corporal em ação conjunta aos fatores de ordem psíquica. Assim podemos deduzir, pela fala dos entrevistados, que a psicossomática permeia toda a atuação da Fisioterapia dando-nos a noção da unidade funcional do organismo como um todo, onde a mente do sujeito e seu corpo se constituem numa totalidade e não tem lugar a visão unilateral de qualquer uma de “suas partes”; desta forma podemos afirmar que a história pessoal de cada paciente é essencial para o sucesso do seu tratamento.

Para os sujeitos da pesquisa o processo de recuperação e sua responsabilização estão relacionados a:

F1 - Nem sempre a "doença" do paciente vai estar relacionada simplesmente com seu estado físico, onde o fisioterapeuta atua.

F2 - O fisioterapeuta através de sua técnica direciona o corpo a encontrar a sua cura.

F3 - Às vezes o paciente necessita de orientação e estímulo para realizar tarefas que se considera incapaz. Mas o crédito sempre é do paciente, pois sem sua força de vontade, não há uma recuperação plena.

F4 - O fisioterapeuta participa, é responsável no processo de reabilitação/cura física do paciente, através da recuperação de suas funções físicas, visando qualidade de vida e bem estar físico e geral.

F5 - Não é responsável pela cura, mas sim, é responsável em mostrar todas as responsabilidades e deveres para ele (o paciente). Quando o paciente é completamente comprometido depende do profissional trazer à cura.

F5 - Depende do estado emocional do paciente.

Como profissional em exercício da Fisioterapia os sujeitos disseram que tem como objetivos junto aos seus pacientes:

*F1 - Ajudar o paciente, **buscar o que o paciente quer e precisa.***

*F2 - **Promover a melhora da qualidade de vida**, se possível, junto com a cura.*

*F3 - Sempre me preocupo com a queixa principal, pois só ele para informar **o que realmente está prejudicando a sua qualidade de vida**, e se observo algo que realmente é importante sem que ele relate aos poucos vou demonstrando as prioridades no tratamento sem deixar de ouvir suas queixas.*

*F4 - Aliviar ou suprimir os sintomas dolorosos de cada doença, tornando meus pacientes capazes **para voltar às atividades de vida diária, ao trabalho e a uma melhor qualidade de vida.***

F5 - Estabelecer confiança junto ao paciente durante o tratamento.

*F6 - **Proporcionar bem estar**, ajudá-lo a ter sua vida diária normal **dentro de suas limitações e condições.***

*F7 - Meu principal objetivo é **melhorar a qualidade de vida** do paciente.*

4.2.3 Categoria 3 - Prazer e sofrimento

Para compreendermos a formação deste profissional e sua relação com o paciente no exercício da profissão, cremos que seja relevante sabermos a respeito das preocupações dos sujeitos fisioterapeutas (F).

Os conteúdos das falas abaixo são os que melhores representam os anelos e as inquietações desses sujeitos.

F4 - É um dia ver nossa profissão reconhecida de maneira justa e digna perante a sociedade. Somos profissionais capacitados de técnicas, conhecimentos e grande dever social; mas para isso o fisioterapeuta precisa se valorizar primeiro, ter mais amor próprio perante a profissão e não se deixar submeter.

F7 – Interesse em crescimento profissional e reabilitar com condutas adequadas os pacientes. Preocupações com a desvalorização profissional e salarial da nossa área.

Os fisioterapeutas anseiam por serem valorizados em sua profissão, reconhecidos como profissionais da saúde e pertencentes a uma equipe multidisciplinar de saúde. As preocupações financeiras foram constantes em todas as falas, mas destacamos a fala do sujeito F7, o único em expressar seu interesse específico em reabilitar pacientes com condutas adequadas.

Todavia, após a emoção de contarem a respeito das primeiras lembranças como fisioterapeutas, quando complementamos a questão perguntando sobre dificuldades, êxitos e frustrações na profissão, 6 dos sujeitos entrevistados nos deram a mesma resposta, que representamos a partir da fala do sujeito F3

F3 - Salários incompatíveis com a profissão, a falta de estrutura para trabalhar na clínica, falta de estrutura para trabalhar no SUS, desgaste físico, estresse emocional. Curso de graduação não satisfatório em relação à realidade do Fisioterapeuta nos atendimentos.

Apenas o sujeito F6 respondeu que a “relação profissional com o paciente” estava presente como fato que levava a frustrações, êxitos e dificuldades na profissão.

Os sujeitos também deram pelo menos 2 exemplos de lembranças de atuações que tiveram no exercício da profissão. Dos 7 entrevistados, 6 mencionaram a desvalorização profissional e falta de recursos como uma de suas lembranças que levam a experiências mal sucedidas. O sujeito F1 coloca que as lembranças das experiências mal sucedidas foram com “os tratamentos em que não consegui recuperar 100% o paciente”. O sujeito F3 com lamento menciona:

F3 - Todos os profissionais bem sucedidos que conheci, não atuam diretamente com o paciente e sim conduzem cursos e palestras... Muitos colegas de graduação e da pós abriram mão da profissão por falta de campo de trabalho ou por má remuneração.

Vejamos as menções a outras experiências:

F1 - Os cursos ministrados (por ele mesmo) para transferir conhecimentos aos outros profissionais.

F2 - Tenho uma paciente que teve uma mielite transversa com 10 anos e que perdeu todo o movimento dos MMII e em menos de um ano esta paciente está reabilitada, com seqüelas, porém reabilitada.

F 4 - Acho que na área neurológica o procedimento é mais demorado. Seria investimento em longo prazo e, isso não me cativa. Gosto de resultados rápidos. Por isso optei pela dermatologia (área de dermatologia).

F6 - Encontrar pacientes que acreditaram em meu trabalho e obtiveram resultados.

Percebemos que na fala dos sujeitos a angústia é algo muito presente e que há sofrimento com questões relacionadas ao exercício da profissão. Para Freud são três as categorias de onde advém o sofrimento nos sujeitos, a saber: 1) poder superior da natureza; 2) fragilidade do corpo; 3) normas inadequadas que regem o ajustamento dos relacionamentos. As duas primeiras o ser humano não tem como

evitar, são da ordem do impossível. Já a terceira que gera o sofrimento na esfera social o autor diz que:

Não a admitimos de modo algum; não podemos perceber porque os regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam, ao contrário, proteção e benefício, [...] mas é em grande parte responsável por nossas desgraças [...] e que constituem fato incontroverso que todas as coisas que buscamos a fim de nos protegermos contra as ameaças oriundas das fontes de sofrimento, fazem parte da mesma civilização (FREUD, 1976, p. 105).

O sofrimento requer uma análise significativa do trabalho, de forma a averiguar as contradições para o prazer e como se organiza o trabalho desse profissional. Quanto mais austera e inflexível é a organização do trabalho, mais difíceis se mostram as possibilidades de transformá-lo e, portanto, mais distante se mostra o conteúdo significativo do mesmo para os profissionais. A angústia dos sujeitos da pesquisa é evidenciada em suas falas, pois na relação fisioterapeuta-paciente a impossibilidade de poderem executar seu trabalho como desejam, é afetada negativamente, causando-lhes sofrimento e desprazer na profissão. Esse panorama caótico acaba por diminuir o significado do trabalho para os fisioterapeutas de nossa pesquisa e, em muitos outros casos, muitos decidem deixar a profissão, pois já não infere mais sentido em suas vidas. Logo, o trabalho jamais está privado de sentido e significado.

São notórios os extremos “prazer e sofrimento” presentes nas falas dos sujeitos da pesquisa. Para Freud a atividade humana caminha sob duas direções: em busca de ausência de sofrimento e desprazer, e de vivências de prazer. Para o autor, “a vida, tal como encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar medidas paliativas” (FREUD, 1930/1996, p.83).

E ainda,

A atividade profissional constitui fonte de satisfação, se for livremente escolhida, isto é, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos (pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob pressão da necessidade, e esta aversão

humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 1974, p. 174).

4.2.3.1 Experiências junto ao SUS

Perguntamos aos entrevistados se eles tinham experiências junto ao atendimento de Fisioterapia nas bases do SUS e qual era a opinião sobre o trabalho do fisioterapeuta e sua relação com este paciente.

F1 - Não tenho propriedade em responder, pois nunca trabalhei com SUS, mas se o fisioterapeuta realizar sua função de forma correta não vejo diferença sobre a particular, a não ser o salário, que neste caso não deve influenciar no atendimento.

*F2 - Pra mim que trabalho no SUS e no privado vejo que a única diferença pelo menos da minha parte é que no privado atendo um por horário **no SUS pela demanda atendo mais**, porém faço o que tenho que fazer.*

*F3 - Trabalho num hospital do SUS. **Faltam profissionais** para a quantidade de pacientes hospitalizados, **tornando o atendimento precário** devido à demanda. **Faltam recursos e equipamentos apropriados**, equipamentos antigos e muitas vezes temos q priorizar atendimento conforme a gravidade e necessidade de cada paciente, pois **a demanda é muito alta**.*

*F4 - Existem diversos tipos de tratamento fisioterapêutico realizados pelo SUS, tanto no que diz respeito à prevenção quanto à cura. À medida que se ampliaram às áreas de intervenção fisioterapêutica, ocorreu um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. **O atendimento restrito, em especial, em centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, vem ocasionando uma demanda reprimida, levando á listas de espera** nas quais as pessoas aguardam até meses para atendimento. **Além disso**, há outro agravamento no que diz respeito, especialmente, a pacientes atendidos pelo SUS: **a dificuldade dos pacientes para se deslocar até esses serviços, tanto em função de limitações físicas, como também do ponto de vista econômico, já que o atendimento fisioterapêutico ocorre mais de uma vez na semana**.*

F5 - Independente de SUS / particular / convênio - a minha conduta sempre foi e será a mesma.

F6 - O atendimento tem que ser com mesmo carinho dedicação.

F7 – SUS ou particular o atendimento tem que ser o mesmo com carinho e dedicação.

Os sujeitos da F2, F3 e F4 demonstram conhecer as dificuldades nos atendimentos junto ao SUS. Todos reconhecem o sofrimento dos pacientes frente às imperfeições do sistema. Porém, mesmo manifestando essas frustrações desejam, trabalham e compreendem que o paciente deve ser atendido com a mesma dedicação pelo fisioterapeuta, independente da questão econômica ou pela falta de recursos.

Esse desejo de favorecer condições para a recuperação do outro (paciente) por meio da Fisioterapia, da busca de um modo de possibilitar a recuperação é o que move o fisioterapeuta. O desejo é o que dá movimento ao profissional e o prazer é o sentido, o significado em meio ao seu trabalho. Essa dinâmica precisa ser muito bem alicerçada na sua constituição para que os conflitos que emergem não se materializem ou afoguem seu desejo de trabalhar em prol da recuperação do outro. Pois é fato que os conflitos citados pelos sujeitos atingem muitos profissionais que acabam por desistir; acomodando-se na catástrofe do sistema, ou mesmo abandonando a profissão que um dia desejaram tanto exercer. Isso sufoca a paixão pelo exercício da profissão.

A última questão que fizemos aos sujeitos da pesquisa foi sobre onde está o prazer no exercício da profissão diante de tantas dificuldades e desafios e o que trazia paixão na profissão de fisioterapeuta.

*F1 - O fato de **poder ajudar pessoas a melhorarem sua qualidade de vida,** mas isso não está totalmente ligado a prazer, pois, em minha opinião, [prazer é fazer o que você gosta sem ter muitas responsabilidades], não sei se algum trabalho gera prazer, depende da concepção de prazer.*

*F2 - **Quando o paciente te fala “não tenho mais dor”** e vemos que trouxemos uma qualidade de vida pra ele, isto é **muito gratificante.***

*F3 - **Me apaixonei durante a graduação e aos poucos fui me decepcionando com a realidade** do Sistema de Saúde pela falta de reconhecimento e um Conselho (COFFITO e CREFITOs) que não apresenta nenhuma melhoria na classe e não fiscaliza clínicas e instituições que pagam de forma ridícula seus profissionais. **Busco conforto para seguir e não desistir** ao ver o sorriso do paciente que nunca teria condições de pagar um atendimento adequado de Fisioterapia, ao ver o paciente que chegou sem prognóstico, sair sorridente da Unidade Terapia Intensiva e voltar dias depois agradecendo pelo carinho e atendimento. É por isso que continuo na área, **amo o que faço apesar da falta de reconhecimento da***

importância do nosso trabalho pelas autoridades do nosso Sistema de Saúde.

F4 - Você recebe um paciente com dor e ensina um exercício, uma técnica, realizando seu **trabalho**, e vê que você conseguiu ajuda-lo, que ofereceu certo alívio, contribuiu para sua recuperação. **Isso motiva**. Além disso, como fisioterapeuta tenho a oportunidade de conviver com pessoas de diferentes níveis intelectuais, culturais e socioeconômicos, o que **me proporciona um grande crescimento pessoal**.

F5 - Meu prazer se encontra na adrenalina e **na vontade de ajudar os outros**.

F6 - Não encontrei meu prazer na área ainda

F7 - A profissão é maravilhosa, você cuida, reabilita o paciente, cada dia, **uma melhora é uma vitória**.

Neste mesmo sentido, o prazer no exercício da profissão é plenamente percebido nas falas da maioria dos sujeitos. São contundentes e emotivos ao dizerem que o prazer, a paixão existe no trabalho quando percebem a evolução no processo de recuperação de um paciente. Fica claro o quanto é importante para o fisioterapeuta alcançar a realidade de ver o outro (paciente) que estava sob sua atenção e cuidado se recuperar. Percebemos que o vínculo com o paciente sempre se estabelece na medida em que o fisioterapeuta se constitui, quando se supera, trabalha e se dedica acima do próprio atributo da profissão em benefício do outro (o paciente).

A dinâmica entre o prazer e o desprazer é uma constante na obra de Freud. Que segundo ele, nos leva a deduzir que “somos feitos de modo a só podermos derivar prazer intenso de um contraste, e muito pouco de um determinado estado de coisas” (FREUD, 1976b, p. 95).

Nas palavras de Silva (1994, p. 92) “ao prazer da modelagem, da escultura e da insuflação, conjuga-se o desejo de fazer um outro a partir de si mesmo, tirado da substância (da terra, da argila), ou um outro semelhante a si”.

4.2.4 Categoria 4 - A formação do fisioterapeuta

Após realizarmos as questões que incitam mais às lembranças deste profissional em exercício e o confronto com suas dificuldades, frustrações e alegrias, perguntamos quais eram as disciplinas consideradas essenciais para a formação do

fisioterapeuta. Como resposta obtivemos dos 7 entrevistados as seguintes disciplinas:

Quadro 3 - Disciplinas essenciais à formação

Disciplinas	Vezes citadas
Anatomia	5
Biomecânica	1
Cardiologia	2
Cinesiologia	3
Fisiologia	2
Neurologia	1
Patologia	1
Pneumologia	1

Perguntamos também que matérias consideravam como desnecessárias para a formação do Fisioterapeuta:

Quadro 4 - Disciplinas desnecessárias à formação

Disciplinas	Vezes citadas
Antropologia	2
Bioestatística	1
História da Fisioterapia	1
Psicologia	1
Sociologia	2
Nenhuma	1

Já o sujeito F4 se coloca diferente dos demais:

F4 - Não existem disciplinas que possam ser dispensadas, sendo cada uma de grande importância para áreas específicas de atuação profissional.

Ainda sobre a formação do Fisioterapeuta, perguntamos se eles gostariam de propor mais alguma disciplina que teriam sentido falta durante o curso. As respostas foram:

*F1 - **Primeiros socorros**, e disciplina sobre **metodologias de atendimento**. Ex: pilates, terapia manual, etc.*

*F2 - Além das específicas acho que teríamos que ter **matérias que ensinem a abordagem ao paciente**.*

*F3 - Acho que **as aulas de psicologia poderiam ser bem mais estruturadas**, nos prepararmos para conduzirmos o tratamento em pacientes com cuidados paliativos, ou seja, em fase terminal, sem envolvimento evitando o sofrimento e desgaste psíquico do profissional. Senti falta de mais aprofundamento e em detalhes importantes na anatomia e fisiologia de alguns sistemas. Discussão de artigos, como interpretar e criar conceito crítico diferenciando um artigo de peso científico de um artigo fraco que não acrescenta nada para nossos atendimentos.*

*F4 - **Hidroterapia** não fazia parte da grade curricular, porém hoje essa disciplina faz parte da grade curricular do curso de Fisioterapia daquela instituição. Aumentaria a carga horária do curso de Fisioterapia.*

*F5 - **Prática** de todos os aparelhos utilizados e principalmente na UTI.*

*F6 – **Psicologia mais intensa**.*

*F7 - Acho que aumentaria **carga horária de estágios**.*

Para nós o processo de formação do fisioterapeuta, na verdade, não se constitui a partir de uma ordem consciente pautada nas disciplinas do curso, no desenvolvimento de um processo lógico e intelectualizado. Embora o sujeito F3, que atua no tratamento de pacientes com cuidados paliativos, ou em fase terminal menciona “acho que as aulas de psicologia poderiam ser bem mais estruturadas, e F6 “uma psicologia mais intensa”. Todos os demais dão maior ênfase às disciplinas de aplicação prática, que, sem dúvidas, deveriam ser a base da formação

profissional do fisioterapeuta; porém, de modo geral, pouco preparam o profissional para uma compreensão mais ampla do sujeito como paciente.

Nesse sentido, fica evidente a relação fisioterapeuta-paciente, como algo que se constitui no cotidiano com o paciente. Não algo aprendido nas disciplinas específicas que formam o fisioterapeuta. Tampouco é algo que pode ser aprendido em qualquer outra disciplina na sala de aula. Aprender a se relacionar de forma saudável e respeitosa com o paciente se dá durante o intenso contato com o mesmo.

Contudo, seria mais simples para esse profissional se diálogos sobre a subjetividade humana e a compreensão do sujeito como ser singular fossem realizados durante seu curso de graduação nos estágios supervisionados realizados em hospitais, casas de repouso e centros de terapia especializada, para que desde o início do exercício profissional a doença não fosse o enfático a ser tratado, mas sim o bem estar pleno do paciente e a compreensão de que esse também atua como sujeito de seu próprio processo de recuperação. Não só porque faz o que o fisioterapeuta pede fundamentado em evidências científicas, mas porque como sujeito de seu processo de recuperação ele também deve ter autonomia para decidir sobre esse processo junto com o profissional a partir da não ocultação dos conhecimentos pertinentes sobre os procedimentos a serem realizados.

4.3 Categorias de análise – Pacientes de Fisioterapia

Levando-se em conta os objetivos da pesquisa expomos a seguir as categorias estabelecidas a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas com os pacientes de fisioterapeutas.

4.3.1 Categoria 1- Concepções sobre saúde e doença

Perguntamos aos sujeitos da pesquisa qual era o entendimento que tinham sobre saúde e doença.

P1 - Saúde é um bem-estar físico e espiritual. Doença é quando algo no organismo vai a desacordo a uma ordem estabelecida causando desconforto.

P2 - Saúde é uma questão de bem estar físico e emocional. Doença é algo que atinge nossa saúde. Pode ser passageira ou permanente, sem cura.

P3 - Saúde. Conjunto de elementos materiais e imateriais que encerram possível ideal de convivência e equilíbrio social (lato senso). Doença. Fatores próprios ou impróprios que imprimem desequilíbrios à saúde. Tais fatores surgem de forma isolada ou conjunta, seja por manifestação volitiva do homem ou por agentes externos.

P4 - Saúde é quando a pessoa está com o psique e o corpo bem. Doença é quando se está impossibilitado de exercer suas atividades cotidianas.

P5 - Considero saúde um estado de pleno funcionamento do organismo no âmbito físico e mental. A doença, portanto, é um estado de desequilíbrio desse sistema.

P6 - Saúde - Pessoa livre de enfermidades. Doença - Corpo enfermo.

P7 - Se o indivíduo tem capacidade física e mental para realizar suas atividades, tanto no campo do trabalho, como no campo afetivo, espiritual e social; sem se esquecer da diversão, ele é saudável. Se está incapacitado para qualquer item acima, ele está doente.

Todos os entrevistados acreditam haver uma relação entre saúde e doença embora não tragam conceitos claros ao respeito. No entanto, se comparadas às respostas dos sujeitos fisioterapeutas, percebemos que na visão dos sujeitos pacientes, o conceito de saúde e doença se mostra mais ampliado e próximo de um olhar mais humanizado onde o foco não está no biopoder.

4.3.2 Categoria 2 - Paciente

Sobre o entendimento que tinham sobre “paciente” os sujeitos da pesquisa responderam que:

P1 – É uma pessoa que está em tratamento.

P2 - Alguém que é atendido pelo fisioterapeuta ou outro profissional da saúde. Mas não gosto do termo paciente, é como se eu não pudesse ser ativa e tomar decisões.

P3 - Pessoa em possível, ou não, estado de carência de saúde.

P4 – É uma pessoa que está doente.

P5 - Paciente é aquele que está sob tratamento visando a melhora ou manutenção de sua saúde, dispondo-se a realizar as orientações dadas pelo profissional consultado.

P6 - Pessoa enferma que precisa de cuidados médicos e muitas vezes afetivos.

P7 - O paciente é aquela pessoa que sente que a sua integridade física e psicossocial não está bem e necessita de ajuda.

Segundo os sujeitos da pesquisa, não há dúvidas que o paciente exerce algum papel importante no processo fisioterapêutico. Igualmente, todos creem que questões da vida pessoal do paciente também podem fazer parte do trabalho do fisioterapeuta visando sua recuperação e/ou cura. No entanto, todos os sujeitos não demonstram o “desejo” pelo reconhecimento de sua autonomia nas decisões sobre seu processo de recuperação. Pensamos que pela cultura do paradigma médico e do biopoder estão institucionalizados na figura de paciente, do ser passivo diante daquele que tomara as melhores decisões por ele em razão do que é pressuposto como “verdade” e atestado com o conhecimento científico. Ou seja, “a velha potência da morte em que simboliza o poder soberano é agora cuidadosamente recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1988, p. 131).

Ao perguntarmos se algo poderia impedir ou atrapalhar o processo de cura, os sujeitos responderam:

P1 - Resistência ao tratamento

P2 - Seu eu não colaborar com o fisioterapeuta, então posso atrapalhar meu processo de cura. Mas se não houver sintonia com o fisioterapeuta, isso também pode atrapalhar o tratamento. A falta de humanização no tratamento também atrapalha.

P3 - Idealizar negativamente o procedimento terapêutico. Se ao iniciarmos o tratamento sem acreditarmos que algo de bom ocorrerá, impedimentos ocorrerão ao processo de cura. Claro que o termo cura é estabelecido caso a caso num vasto universo onde a palavra "cura" muitas vezes não é compreendida como cura (encerramento ideal de tratamento fim), mas sim como resultado de meio e não de fim como se espera. Assim, pode ocorrer a não conclusão da cura desejada.

P4 - Falta de dinheiro, convênio, vontade própria, falta de amor próprio.

P5 - Creio que a cura como um processo é passível de variáveis, dentre as quais: alterações fisiológicas por rejeição a tratamento medicamentoso ou não seguimento das orientações prescritas pelo profissional consultado, sendo este um fator de minha responsabilidade. Saliento também questões do âmbito psicológico, tais como falta de motivação, de dedicação ou ausência do estabelecimento de uma relação de confiança com o profissional com o qual sigo tratamento.

P6 - Auto confiança em si.

P7 - Não confiar no profissional. A ansiedade. Pessoas ansiosas não conseguem realizar as atividades propostas sem se estressarem e muitas vezes abandonam o tratamento.

Os pacientes, sujeitos da pesquisa, demonstram pelo menos dois aspectos presentes em suas falas que atrapalhariam seu processo de cura: 1) a falta de colaboração em seu processo de cura; 2) a desconfiança no profissional.

A colaboração não parece ser vista como ação de autonomia consciente nos pacientes entrevistados. Aparece mais como uma colaboração sujeita à prescrições do profissional que, pela nossa cultura do biopoder, domina e decide o que melhor para fazer. No entanto, é interessante e importante a percepção sobre a diferença presente em colaborar ou não durante o processo de cura.

Sobre a desconfiança no profissional, fica claro que esse aspecto paralisa o processo de cura/recuperação do paciente. Na relação fisioterapeuta-paciente a confiança é algo prioritário e esta é constituída no dia a dia, a cada sessão, a cada vez que o profissional demonstra paciência, conhecimento e delicadeza ao cuidar e tratar seu paciente, pois em sua maioria, esses pacientes estão repletos de “dores” (sofrimentos físicos e psíquicos) que precisam ser respeitadas e atendidas em prol de seu bem-estar.

Pode acontecer que um estímulo externo seja internalizado — corroendo e destruindo, por exemplo, algum órgão corpóreo —, de modo que surja uma nova fonte de excitação constante e de aumento de tensão. Assim, o estímulo adquire uma similaridade de longo alcance com um instinto. Sabemos que um caso desse tipo é experimentado por nós como dor. A finalidade desse pseudoinstinto, no entanto, consiste simplesmente na cessação da mudança no órgão e do desprazer que lhe é concomitante. Não há outro prazer direto a ser alcançado pela cessação da dor. Além disso, a dor é imperativa; as únicas coisas diante das quais ela pode ceder são a eliminação por algum agente tóxico ou a influência da distração mental (FREUD, 1915, p. 151).

Para Freud existe uma relação entre a força da dor e uma falsa pulsão. Daquilo que é produzido em constância pela dor, não se pode fugir. A dor exerce intensa pressão no psiquismo. A dor tal como a pulsão demanda trabalho ao psíquico em razão de sua relação intrinsecamente profunda com o corpo.

Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo (FREUD, 1915, p. 39).

E ainda,

Pois temos todos os motivos para acreditar que as sensações de dor, assim como outras sensações desagradáveis, beiram a excitação sexual e produzem uma condição agradável, em nome da qual o sujeito, inclusive, experimentará de boa vontade o desprazer da dor (FREUD, 1915, p. 134).

4.3.3 Categoria 3 - A Fisioterapia

Questionamos os sujeitos a respeito do sentimento que tinham em relação à Fisioterapia em seu processo de cura.

P1 - Achei cansativo, talvez por estar doente queria respostas rápidas e a fisio é um processo...

P2 - Quando o fisioterapeuta tem sintonia comigo, ouve o que preciso dizer sobre meu estado, o sentimento é de uma parceria em busca de minha cura. Mas quando é tudo mecânico no tratamento o sentimento é ruim, de pouca fé que ficarei curada ou melhor.

P3 - Trata-se de atividade da área da saúde extremamente relevante, é necessária ao seio social.

P4 - Confiança, segurança.

P5 - Como portadora de Esclerose Múltipla a Fisioterapia é fundamental para a manutenção de minha mobilidade e conseqüentemente melhora na qualidade de vida.

P6 - Por se tratar de uma doença de cura ainda desconhecida, o seguimento com sessões de Fisioterapia em longo prazo é fundamental... Sentimento de admiração, confiança e respeito pela cura ser feita por meio do toque.

P7 - A Fisioterapia me auxiliou muito no processo de cura de problemas tanto causados por doenças e ou acidentes. Confio muito na Fisioterapia.

Nas falas dos pacientes, sujeitos da pesquisa, também se mostra presente a díade prazer/desprazer. O sofrimento é algo presente no paciente da Fisioterapia, pois a grande maioria vem com um quadro sintomático onde a dor é a queixa principal.

Se os processos mentais são governados pelo princípio de prazer de modo tal que o seu primeiro objetivo é a evitação do despreazer e a obtenção do prazer, o masoquismo é incompreensível. Se o sofrimento e o despreazer podem não ser simplesmente advertências, mas em realidade, objetivos, o princípio de prazer é paralisado — é como se o vigia de nossa vida mental fosse colocado fora de ação por uma droga (FREUD, 1924/2004, p. 177).

A paciência em realizar todas as sessões de Fisioterapia previstas, a compreensão de que o cansaço faz parte do “estar doente”, o entendimento de que em certas ocasiões o tratamento é paliativo, pois (ainda) não há cura para determinadas doenças são ações em que o paciente, na verdade, não é sujeito passivo como o próprio substantivo anuncia. Na realidade é e deve ser sujeito ativo de seu processo de cura. Contudo, sem a confiança construída na relação fisioterapeuta-paciente fica insustentável para o paciente suportar a ação de “tratar-se” com o profissional.

Segundo os sujeitos os procedimentos mais utilizados pelo fisioterapeuta no tratamento para seu processo de cura foram:

Quadro 5 - Procedimentos de Fisioterapia

Procedimentos	Vezes citados
Eletroterapia	7
Terapia Manual	4
Pilates	4
Reeducação Postural Global (RPG)	3
Hidroterapia	4
Atendimento na UTI	1
Massagem	3
Atendimento domiciliar	2

4.3.4 Categoria 4 - Relação paciente-fisioterapeuta

De acordo com os sujeitos entrevistados 6 afirmam que o paciente cria um vínculo com o fisioterapeuta, enquanto 1 sujeito tem opinião contrária. Quanto ao sentimento emergido do vínculo entre o paciente com seu fisioterapeuta 1 sujeito menciona a ausência de qualquer tipo de sentimento. Os demais entrevistados se pautam em sentimentos de confiança, gratidão e amizade. Vejamos algumas falas:

P2 - No meu caso o vínculo é afetivo e de confiança. Mas nem sempre foi assim, depende do jeito do fisioterapeuta encarar o paciente e o tratar.

P5 - Empatia, confiança e estabelecimento de uma relação de trabalho conjunto, pois, o sucesso do tratamento depende da aplicação que o fisioterapeuta faz de seu conhecimento e de sua sensibilidade no conhecimento das necessidades do paciente tanto quanto da dedicação do paciente em realizar os exercícios e cuidados orientados.

O sentimento mais nomeado tanto pelos fisioterapeutas como pelos pacientes, sujeitos de nossa pesquisa, é o da “confiança”. A confiança aparece em diversas falas, nas mais diversas perguntas realizadas.

A “confiança” foi usada por Freud para nomear a “transferência”. Em seus escritos técnicos, Freud (1912) utiliza do termo “confiança no médico” com relação a seus pacientes com neurose (LACAN, 1986). Para ele esses pacientes tinham a capacidade de realizar a transferência, ou seja, de colocar confiança em alguém que lhes pareça ser confiável. Confiança e amizade são descritas por Freud em “A dinâmica da Transferência (1912)”.

Nos estudos de Freud encontramos a transferência negativa de sentimentos agressivos e a transferência positiva de sentimentos afetivos. A que nos interessa é a transferência positiva para a pessoa, neste caso, do fisioterapeuta. As transferências positivas e negativas estão sempre presentes numa pessoa, a esse fenômeno Freud nomeia de ambivalência. A transferência, segundo o autor, também é a arma da resistência (1912). Um mecanismo de proteção. Vejamos:

Transferência positiva é ainda divisível em transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos, que são admissíveis à consciência, e transferência de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente (FREUD, 1912, p.140).

E ainda,

Todo aquele que faça uma apreciação correta da maneira pela qual uma pessoa em análise, assim que entra sob o domínio de qualquer resistência transferencial considerável, é arremessada para fora de sua relação real com o médico, como se sente então em liberdade para desprezar a regra fundamental da Psicanálise, que estabelece que tudo que lhe venha à cabeça deve ser comunicado sem crítica, como esquece as intenções com que iniciou o tratamento, e como encara com indiferença argumentos e conclusões lógicas que, apenas pouco tempo antes, lhe haviam causado grande impressão (FREUD, 1912/sd, p. 118-9).

Para Freud a transferência é um instrumento importantíssimo para todo o tratamento analítico. Em razão de suas vivências, os pacientes sempre acabam por repetir aquilo que já tinham vivido com outras pessoas. E ele salienta que “cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem...” (FREUD, 1912, p. 115).

Quando os pacientes, sujeitos de nossa pesquisa nomeiam em suas falas a confiança, afetividade, empatia; eles estão, na verdade, demonstrando a relação de transferência com seu fisioterapeuta e nesse caso, o desejo do paciente é que seja positiva.

Quanto à responsabilidade da cura do paciente ser do fisioterapeuta os sujeitos responderam da seguinte forma:

P1 - Creio que a responsabilidade maior é do paciente.

P2 - Sim, ele é responsável. Mas acho que o paciente também faz parte.

P3 - A atuação alegre, feliz e positiva do fisioterapeuta produz, com certeza, franca somatória ao processo de cura. O paciente, por muitas e muitas vezes, deprimido, triste e sensível à sua condição, não precisa de um profissional negativo que o "arraste para mais baixo", que ratifique seu estado de instabilidade psicológica. O fisioterapeuta participa necessariamente do restabelecimento da saúde física, e principalmente mental do paciente.

P4 - Porque algumas patologias não possuem cura, mas o fisioterapeuta pode contribuir com a melhoria da qualidade de vida do paciente.

P5 - Por crer que o processo de cura envolve múltiplos fatores, não considero que o fisioterapeuta seja responsável pela cura, mas sim, elemento importante para alcançá-la.

P6 - O fisioterapeuta não trabalha sozinho, pois existe uma equipe que trabalha com este e além de tudo precisa da entrega do paciente.

P7 - Ele é coadjuvante no processo de cura. Ele é o responsável pela cura final.

Mais uma vez percebemos nas falas dos sujeitos que o paciente tem responsabilidade em seu processo de cura. Uma responsabilidade esta que ainda se prende às decisões do profissional em exercício. Ele deseja participar do processo, contudo, não percebe que poderia ser muito mais autônomo em todo o processo em conjunto com seu terapeuta. A dinâmica da transferência está totalmente presente nesse contexto. A dependência fixa no fisioterapeuta e de sua vontade de ser bem acolhido pelo profissional que os tratará é um elemento significativo para os pacientes, pois “é sempre possível unir um considerável número de pessoas no amor, enquanto sobram outras pessoas para receberem as manifestações de agressividade” (FREUD, 1974, p. 136).

4.3.5 Categoria 5 - Experiências com o SUS

Perguntamos aos sujeitos se eles já tinham sido atendidos por fisioterapeutas junto ao SUS e qual a opinião que tinham a respeito do trabalho deste profissional nesse contexto.

P1 - Independente de onde for atendido o respeito e a humanização no atendimento deve prevalecer.

P2 - Nunca fui atendida pelo SUS. Mas acho que deve ser complicado só para conseguir agendar e ter tempo nas sessões de dar a atenção necessária ao paciente.

P4 - Depende do perfil do profissional.

P5 - Devido à grande demanda de pacientes e poucos recursos oferecidos para o desenvolvimento do trabalho, os casos que já acompanhei de atendimento pelo SUS mostraram-se carentes de continuidade e de um tempo maior de atenção do profissional para o paciente, pois, este precisa se desdobrar no atendimento de várias pessoas ao mesmo tempo. Sendo

assim, fatores como o estabelecimento de uma relação de confiança acabam sendo comprometidos devido ao contato limitado entre fisioterapeuta e paciente.

P6 - Não sei como funciona no SUS.

P7 - Acho que o SUS só oferece serviço de reabilitação nos ambulatórios. Poderia oferecer também serviços de prevenção para evitar muitas sequelas deixadas pela doença. Muitas vezes, eles só se preocupam com a queixa física (devido a grande demanda), sem se preocupar em conhecer a vida do mesmo.

Muito semelhante a fala dos sujeitos fisioterapeutas, os pacientes em nossa pesquisa, também falam a respeito do desprazer existente no SUS, tanto pela falta de recursos, quanto a pressa recorrente nos atendimentos, bem como a frieza existente em muitos profissionais no atendimento do paciente. Prazer e sofrimento estão novamente postos aqui. A fala do sujeito P7 é clara:

P7 - Acho que o SUS só oferece serviço de reabilitação nos ambulatórios. Poderia oferecer também serviços de prevenção para evitar muitas sequelas deixadas pela doença. Muitas vezes, eles só se preocupam com a queixa física (devido a grande demanda), sem se preocupar em conhecer a vida do mesmo.

A questão nunca se esgota apenas na queixa física. A história de vida (aquilo que está no inconsciente) do paciente com certeza pode trazer muitos elementos importantes para o fisioterapeuta explorar, pois tal como já vimos, a dor também alcança o psiquismo e não somente o corpo.

É somente quando a sensibilidade à dor em alguma parte do corpo constitui o sintoma, que este está em condições de desempenhar duplo papel. O sintoma da dor surgirá com não menor regularidade, sempre que a parte do corpo em causa seja tocada de fora, do que quando a situação patogênica que representa seja associativamente ativada de dentro, e o ego tomará precaução a fim de impedir que o sintoma seja despertado através de percepções externas (FREUD, 1926/1976, p. 114).

E continua,

A transição da dor física para a mental corresponde a uma mudança da catexia narcísica para a catexia de objeto. Uma representação de objeto que esteja altamente catexizada pela necessidade instintual

desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo catexizada por um aumento de estímulo. A natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental (FREUD, 1926/1976, p. 166).

O fenômeno da dor emerge como experiência no corpo e no psiquismo em que não existindo outras formas de escape, geram sensações de desprazer e sofrimento. Ser atendido no SUS muitas vezes não gera apenas a dor da espera física pelo atendimento adequado, mas também uma dor moral despontada pelo descaso do órgão de saúde existente para a finalidade promotora do bem estar da pessoa, órgão esse constituído principalmente por profissionais da saúde que não deveriam agir dessa forma com aqueles que mais esperam auxílio. Por outro lado, profissionais esses que também trazem consigo a experiência da dor do descaso por sua profissão, por sua atuação e relevância para o bem estar do ser humano. Fato que gera, muitas vezes, em certos profissionais (subjetividade), um comportamento de indiferença por se acostumar àquela situação.

4.3.6 Categoria 6 - Formação profissional do Fisioterapeuta

Sobre a formação profissional do fisioterapeuta em cursos de ensino superior perguntamos aos pacientes se consideravam haver falta de algum tipo de preparação deste profissional para atuar com o paciente. A maioria dos sujeitos destacou a questão da humanização na profissão.

P1 - Humanizar o atendimento.

P2 - Uma formação mais humanizada. De saber escutar o paciente e não apenas tratar de forma mecânica, só com eletroterapia e deixar o paciente lá sozinho na sala até passar os minutos certos.

P3 - O fisioterapeuta na prática é o médico, o enfermeiro e psicólogo num só profissional. Deve possuir na sua formação capacidade bastante para avaliar, acima de tudo, o psicológico do paciente e, quem sabe, até o momento espiritual que está passando. Se o fisioterapeuta conseguir entender, mesmo que superficialmente, o paciente antes mesmo de manipulá-lo, a probabilidade do sucesso será valorada.

P4 - Aumentar a carga horária de estágios e vivências práticas da profissão.

P5 - Creio que falte em sua formação a observação para aspectos não físicos de seu paciente. Falta, em muitos casos, formação para conhecimento de fatores emocionais ou socioculturais que podem afetar o desenvolvimento do tratamento terapêutico.

P6 - Assim como em qualquer outra profissão, o profissional deve sempre buscar novos conhecimentos.

P7 - Seguir uma linha humanizadora, mas manter as especificidades da sua formação em Fisioterapia.

As falas dos sujeitos P4, P6 e P7 apresentam uma preocupação com a necessidade da busca de conhecimentos científicos e próprios da formação do fisioterapeuta. Já os sujeitos P1, P2, P3, P5 e P6 expressam como prioridade uma formação mais humanizada para esse profissional que considere, além das queixas físicas, aos aspectos psicossomáticos que podem atrapalhar como colaborar no processo de cura do paciente.

Tanto nas falas dos fisioterapeutas como dos pacientes é possível perceber que ambos expressam que falta nos cursos de formação o caráter humanizador do profissional da saúde. Essa percepção não é uma suposição, mas uma constatação, pois tanto os profissionais como os pacientes vivenciaram ou vivenciam essa realidade, principalmente no SUS, mas também em clínicas privadas. Na fala de P2 encontramos crítica expressa à experiência de ser deixado sozinho recebendo apenas tratamento por eletroterapia, sem ter a presença do fisioterapeuta junto a ele, sem a possibilidade da constituição do vínculo na relação fisioterapeuta-paciente.

P2 - Uma formação mais humanizada. De saber escutar o paciente e não apenas tratar de forma mecânica, só com eletroterapia e deixar o paciente lá sozinho na sala até passar os minutos certos.

A fala dos entrevistados nos mostra que é de suma importância desenvolver no fisioterapeuta uma escuta sensível que proponha formas de abordagens sobre uma abertura à compreensão da totalidade complexa da pessoa (FREUD, 1912/1914 ; BARBIER, 2002). A este respeito Barbier expressa que:

A escuta sensível em educação para a saúde coloca a questão do significado em três polos: 1) Direção: da cura, ou pelo menos do alívio do sofrimento. 2) Significação: Qual o significado da

enfermidade para o doente, qual é o significado de sua vida, quando ela se esvai? 3) Sensação: Qual é a relação do doente com seu próprio corpo, como vive ele o sofrimento? (2002, p. 5).

E considera que,

Em decorrência da mestiçagem generalizada nas sociedades modernas, cada vez mais os profissionais de saúde devem expandir seus conhecimentos antropológicos e abrir-se às abordagens de saúde em outras culturas do mundo, principalmente na África, na Ásia e nas regiões ameríndias (2002, p. 12).

Entendemos que a busca por novos conhecimentos, tal como é mencionado pelos sujeitos fisioterapeutas e agora pelos sujeitos pacientes, não se restringe ao conhecimento específico da Fisioterapia para melhor atendimento, cuidado e tratamento para o processo de reabilitação do paciente. Vai além disso! Pois, ao contatar a existência das manifestações de sentimentos experimentados pelo outro, fisioterapeutas e pacientes, aprendem os motivos de tais sentimentos se apresentarem no outro e, em decorrência disso, a conotação daquele sentimento para si próprio se amplia dando um novo enfoque no tratamento fisioterapêutico de sintomas e doenças a partir desta percepção psicanalítica (BOESCH, 1991).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa parte do trabalho são esperadas conclusões finais. Contudo, dada a complexidade dos temas abordados na pesquisa “Contribuições da Psicanálise para um novo enfoque na relação fisioterapeuta – paciente”, e a escassa literatura científica disponível acerca desses assuntos, não pretendemos buscar generalizações ou conclusões absolutas. No entanto, daremos lugar às considerações presentes, no intuito de deixar em aberto as discussões dos temas e a desejável continuidade dessa pesquisa.

Nosso objetivo foi discutir a partir do referencial freudiano, acerca do paralelismo da relação psicossomática e sua possível contribuição para uma formação/relação mais humanizada e apropriada da Fisioterapia com seu público alvo. Para tanto, realizamos uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório que nos permitiu não nos determos a priori em nenhum ponto do discurso dos entrevistados, mas sim, considerar todos os elementos da cadeia discursiva, o que, a posteriori, possibilitou-nos uma abertura na análise do conteúdo uma vez que nos colocamos com o objetivo de estudarmos o fenômeno por meio das vivências das pessoas, sujeitos da pesquisa, através de entrevistas contempladoras dos depoimentos aleatórios de sete pacientes e de sete fisioterapeutas, estes últimos, com mais de cinco anos de exercício profissional.

Após a revisão da literatura, o levantamento das categorias de análise qualitativa e a respectiva discussão dos resultados, verificamos que: a psique expressa a essência de cada sujeito, o estilo de vida e os determinantes sociais que influenciam diretamente sobre sua saúde, assim como, um *feedback* importante das doenças de maneira geral. Sendo assim, o reconhecimento da singularidade e subjetividade do paciente é essencial para o sucesso e resolução de todo tratamento, e as condições saúde-doença requerem do conhecimento de nossas próprias capacidades e limitações enquanto profissionais da saúde para negociar com a psicossomática implícita nesses processos.

Portanto, cremos que seja necessário repensar a constituição dos Cursos de Fisioterapia com valorização nos conhecimentos aplicados da psicologia na prática clínica para uma formação/relação mais humanizada e apropriada da Fisioterapia com seu objeto.

Neste sentido, constatamos que os estudos da metapsicologia não só serviram de base para a Psicanálise e a estruturação da medicina psicossomática, mas ainda hoje se mostram como instrumentos de integração para o conhecimento da dinâmica do psiquismo implícito nas relações humanas inter e intrapessoais que acontecem no *setting* da Fisioterapia, de modo que, desenvolver “a escuta sensível” do formando e um saber acerca desses pressupostos durante sua graduação poderá sim, aportar qualidade ao processo de ensino-aprendizagem e à identificação do Ser-fisioterapeuta com uma paixão auto-sustentável que consiga subsistir para além dos empecilhos circunstanciais que se possam encontrar no percurso profissional.

Em vista disso, consideramos que a formação do fisioterapeuta necessita ser repensada de forma a romper com “a visão mecanicista” do paradigma biomédico a partir de novas perspectivas teóricas que compreendam o sujeito, não apenas como mais “um paciente” a ser tratado com foco na doença. Mas, que para além dos sinais e sintomas, consiga lidar com a singularidade característica da subjetividade pulsante de todo sujeito. Até porque esse repensar da formação do fisioterapeuta constitui o perfil desejável que advém das próprias demandas do Sistema Único de Saúde - SUS e está previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para a formação deste profissional.

Consideramos também que ao se estabelecer a relação fisioterapeuta-paciente, o profissional deve procurar expressar o sentido de seu papel social: tratar, melhorar e/ou preservar a dignidade humana daqueles que se entregam aos seus cuidados; considerando e olhando para o “outro” como um ser social único e sujeito de percepções sensoriais próprias sobre o ambiente intra e extra-corporal; sensações essas que lhe são inerentes, que influenciam a sua subjetividade e que se consideradas, podem ser determinantes para o seu processo de recuperação cinésica e funcional.

A visão da metapsicologia freudiana nos facilita a compreensão da relevância da natureza inseparável dos processos e eventos psicossomáticos ao considerarmos que as condições externas e internas da vida do sujeito, influenciam e fazem parte da somatória de toda sua função e relação corporal em ação conjunta aos fatores de ordem psíquica. Assim podemos deduzir, pela fala dos entrevistados, que a psicossomática permeia toda a atuação da Fisioterapia nos dando a noção da unidade funcional do organismo como um todo, onde a mente do sujeito e seu corpo

se constituem numa totalidade e não tem lugar à visão unilateral de qualquer uma de “suas partes”. Dessa maneira podemos afirmar que a história pessoal de cada paciente é essencial para o sucesso do seu tratamento.

Para nós, o processo de formação do fisioterapeuta, na verdade não se constitui a partir de uma ordem consciente pautada nas disciplinas do curso, ou no desenvolvimento de um processo lógico e intelectualizado.

Nestes termos, tanto numa relação situacional entre professor-aluno na sala de aula, como fisioterapeuta-paciente durante uma terapia, o aprendizado é dependente íntimo da relação afetiva que se estabeleça entre os mesmos.

Em outras palavras, entendemos que na relação interpessoal cada sujeito envolvido procura estabelecer uma identificação com o outro, um vínculo que permita uma continuidade da mesma. Nesta perspectiva, por meio do vínculo afetivo criado na relação entre o profissional e seu paciente, se faz presente a clareza de que o paciente em ação conjunta com seu fisioterapeuta também faz parte do seu próprio processo de recuperação.

Acreditamos que um fisioterapeuta consciente desses processos descritos anteriormente possuirá um diferencial em sua formação profissional, o que evocaria um novo enfoque da relação fisioterapeuta-paciente, na qual não bastaria o conhecimento da utilização mecânica de instrumentos ou recursos técnico-científicos para tratar o paciente. Porém, poderiam ter lugar e fazerem-se presentes sem receios, as identificações e transferências que permitiriam o colocar-se um no lugar do outro.

As falas dos sujeitos entrevistados apresentaram uma preocupação com a necessidade da busca de uma abordagem fisioterapêutica que expressasse uma formação mais humanizada e que considerasse, além das queixas físicas, os aspectos psicossomáticos que podem atrapalhar como colaborar no processo de recuperação dos pacientes. Ambos expressam que falta nos Cursos de Fisioterapia o caráter humanizador do profissional da saúde. Essa percepção não é uma suposição, mas uma constatação, pois tanto os profissionais como os pacientes vivenciaram ou vivenciam essa realidade, principalmente no SUS, mas também em clínicas privadas.

Nesse sentido, fica evidente a relação fisioterapeuta-paciente como algo que se constitui no cotidiano com o paciente. Não como algo aprendido nas disciplinas específicas que formam o fisioterapeuta. Tampouco algo que pode ser aprendido em

qualquer outra disciplina da área de humanas. Aprender a se relacionar de forma saudável e respeitosa com o paciente se dá durante o intenso contato com o mesmo.

Contudo, seria mais simples para esse profissional se diálogos sobre a subjetividade humana e a compreensão do sujeito como Ser singular fossem realizados durante seu curso de graduação, para que, desde o início do exercício profissional, a doença não fosse o enfático a ser tratado, mas sim, o bem estar do paciente e a compreensão de que esse também atua como sujeito de seu próprio processo de recuperação.

Do mesmo modo, nossa produção aponta e de certa forma reafirma ser preciso uma formação humanizada que permeie todo ciclo de estudos e estágios do fisioterapeuta. Que seja preparado para saber escutar o outro (paciente) desde o início de sua formação. Não simplesmente em uma disciplina específica que por citar um exemplo se chame “humanização da saúde” ou coisa parecida. Mas que em cada disciplina específica como a cinesioterapia, a biomecânica, a neurologia, dentre todas as demais, esteja presente a necessidade de compreender que o outro (paciente), é o que dá o real sentido aos estudos realizados.

Que nesse “outro” estão muitas das respostas necessárias para o estabelecimento de um planejamento efetivo de seu próprio processo de recuperação e que por isso deve ser considerado como sujeito ativo desse processo, autônomo, para discutir questões relevantes sobre seu tratamento junto ao fisioterapeuta.

Portanto, partindo de nossa perspectiva de estudos sobre a metapsicologia freudiana, é necessário permear todas as disciplinas da matriz curricular da formação do fisioterapeuta com uma visão psicossomática. De modo que o tratamento das doenças, das queixas, diagnósticos e procedimentos científico-técnicos, não sejam simplesmente padronizados e/ou universalizados, mas sim compreendidos a partir de um olhar sobre a subjetividade singular do outro que se apresenta na história de vida de cada um.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu, **Revista Millenium**, RE - Número 25 - Janeiro de 2002.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2005/2006. (Obra original publicada em 1979)
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARATA, R. B. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.333-345. 2000.
- BARBIER, R. **Escuta sensível na formação de profissionais de saúde**. Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, 2002.
- BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Brasília: Líber Livro, 2004.
- BARROS, F.B.M de. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil**, Vila Velha/ES, n. 59, p. 20-31, 2003.
- BASTOS, Liana. **Corpo e Subjetividade na Medicina**: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- BERGERET, J. et AL. **Psicopatologia**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BISPO JUNIOR, J. P. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, Sept. 2009.
- BOESCH, E. E. **Symbolic action theory and cultural psychology**. Berlin: Springer – Verlag, 1991.
- BRABANT, G.P. **Chaves da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar ,1973.
- BRASIL. CNE/CES. Resolução 4, de 19 de fevereiro de 2002 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/

BRASIL. **Decreto nº 90.640** - Inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília, 10 de dezembro de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D90640.htm

BRASIL. **Decreto-lei 938 de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n.197, seção 1, p.3658. 16 out. 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm

BRASIL. **Lei n. 6.316** - de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6316.htm

BRASIL. **Lei nº 8.856** - fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília, 1º de março de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8856.htm

BRASIL. MEC. Educação Superior. **Parecer nº 1210**, Brasília, 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**: 1991-2004. Ana Estela Haddad et al. (Org.). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 388/63**. Câmara de Ensino Superior, 1963B.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

BRASIL. Ministério de Estado da Educação e Cultura. **Portaria Ministerial nº 511/64**, 1964.

BRASIL. **SUS registra volume recorde de ressarcimento**. Portal Brasil, 20/09/2013 Recuperado de: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/sus-registra-volume-recorde-de-ressarcimento-1>

BRASIL. **Decreto nº 7.508** - Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

BRASIL. **Lei nº 8.080** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais do SUS. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Focruz. p.1011-1035. 2008.

CAMPOS, G. Wagner de Souza. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12 supl, p. 1865-1874, 2007.

CANTO, Clóris Regina Elias de Moraes; SIMAO, Livia Mathias. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 29, n. 2, 2009 .

CENTURIÃO, C. C. H. **Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no Estado do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 1997.

CORDIÉ, A. **Mal-estar no docente** – a educação confrontada com a Psicanálise. Buenos Aires: Nueva Visión, 1998.

DAHLKE, Rüdger. **A doença como linguagem da alma**. São Paulo: Cultrix, 1992.

DESCARTES, René. **Discurso do Método & Regras para a Direção do Espírito**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

FACHINETTO, L. Direção psicanalítica, aprendizagens universitárias e autoria. **ALB Anais**, 16, 2008. Disponível em: http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais16/sem12pdf/sm12ss01_07.pdf

FERENCZI, S. O conhecimento do inconsciente. In **Psicanálise I** (pp. 233-237). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1991. (Trabalho original publicado em 1912)

FILHO, O. F. M. Profissional de Primeiro Contato. **Revista O COFFITO**, número. Brasília: Jun-2006.

FOUCAULT, M. **A história da Loucura**. Perspectiva, 1993.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 5 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 1979/2008.

FRANCO, Maria Paula P.B. **Análise de Conteúdo**. Séria Pesquisa. Brasília: Líber Livro, 2008.

FREITAS, M. S. **A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil:** as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, Sigmund. **Algumas reflexões sobre a Psicologia do Escolar.** S.E. XIII, 1914.

FREUD, Sigmund. **Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico.** p.1654-1660. OC, T. II, BN, Madrid, 1912c/1981.

FREUD, Sigmund. **Pulsiones y destinos de pulsión.** Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 14, 1915/2001.

FREUD, Sigmund. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud,** vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1925/1988.

FREUD, S. **Análise fragmentária de uma histeria.** In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1905/1995, v. 7.

FREUD, S. **O Problema Econômico do Masoquismo.** In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente:1923-1938, v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1924/2004.

FREUD, Sigmund. **Formulações sobre dois princípios do funcionamento mental.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, S. **Projeto para uma Psicologia Científica:** In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Vol. I, Rio de Janeiro: Imago, 1916/1996.

FREUD, S. **A Dinâmica da Transferência.** In: Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1912/1996

FREUD, S. **Obras Completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, S. **Repressão.** 1915, v.14.

FREUD, S. **Além do princípio de prazer.** Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1920/2006.

FREUD, S. **Esboço de Psicanálise.** Editora Imago. Rio de Janeiro: 2001.

FREUD, S. **Instinto e suas Vicissitudes.** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1916/1996.

FREUD, S. **O Futuro de uma Ilusão, o Mal-estar da Civilização e outros Trabalhos.** In: Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996

FREUD, S. **O Inconsciente**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996.

FREUD, S. **Pulsões e destinos da pulsão**. (L.A. Hanns, Trad.). Em Obras Psicológicas de Freud. (Vol. I, pp. 133-173) Rio de Janeiro: Imago, 1915/2004.

FREUD, S. Über Deckerinnerungen. In Sigm. Freud Gesammelte Werke, 1999, Vol. 1, p. 529-555. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Trabalho original publicado em 1899/1999). Tradução presente em BARRETA, J.P.F. O conceito de vivência em Freud e Husserl. **Psicologia USP**, São Paulo, janeiro/março, 2010, 21(1), 47-78.

FREUD, S. Das Unheimlich. In Sigm. Freud Gesammelte Werke. Vol. 1, 1999, p. 227-268. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Trabalho original publicado em 1919). Tradução presente em **Psicologia USP**, São Paulo, janeiro/março, 2010, 21(1), 47-78.

FREUD, S. **Linhas de progresso na terapia analítica**, v.XVII, 1918/1919.

FREUD, S. **Inibição, Sintoma e Angústia**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1926/1976.

_____. **O Eu e o Isso**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XIX.

FRITZEN, S. J. **Janela de Johari**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

GANTHERET, F. Remarques sur la place et le statut Du corps en psychanalyse. **Nouvelle Revue de Psychanalyse**, 3, 1971, p. 135- 146.

GARCIA- ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. 21 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

GOMES, G. Os dois conceitos freudianos de Trieb. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 17 n. 3. Brasília: 2001.

HABERMAS, J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HOLT, Robert **A fresh look at psychoanalytic theory**. New York & London, Guilford, 1989, p.67.

INEP/MEC, SIGRAS. **Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH**, 2012.

JORGE, M.A.C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan**. V.1: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2000.

K. KULL; J. HOFFMEYER. Thure von Uexküll 1908–2004. **Sign Systems Studies** 33(2), 2005, p. 487–494.

KEHL, M. R. **Sobre ética e Psicanálise**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

KUPFER, Maria Cristina M. **O desejo de saber: um estudo psicanalítico para educadores**. Tese de Doutorado. USP: São Paulo, 1982.

LACAN, J. MARIE-EMILIE. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 1998.

LACAN, J. **O seminário: Livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986) (Originalmente publicado 1953-1954).

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LARROSA, J. e LARA, N. P. (Org.). **Imagens do Outro**. Petrópolis: Vozes, 1998.

LAZZARINI, Eliana Rigotto; VIANA, Terezinha de Camargo. O corpo em Psicanálise. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 22, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200014

MACEDO, Arthur Roquete et al. Educação superior no século XXI e a reforma universitária brasileira. **Ensaio: Avaliação, Políticas Públicas e Educação**, Rio de Janeiro, v.13, n.47, 2005, p.127-148.

MANDET, E. S. C. La fascinación de los significados, una problemática acerca de la noción de cuerpo en psicoanálisis. **Psicoanálisis con niños y adolescentes**, 4, 1993, p. 114-124.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDONÇA FILHO, J.B. **Ensinar: do mal-entendido ao inesperado da transmissão**. In: LOPES, E. M. T. (org.). (p.73-106). A Psicanálise escuta a educação. Belo Horizonte: Autêntica, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

AURÉLIO B. H. F. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa** (2004) Editora: Positivo. Número de páginas: 2120. Livro em português. 3ed, 2004.

OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva – Escola de Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p.587-603.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.171-184.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 114, Nov. 2001, p. 179-195.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. São Paulo: Gradiva, 2008.

REBELATTO, José Rúbens; BOTOMÉ, Sílvio P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

ROZA, LUIZ ALFREDO GARCIA. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SANCHES, E. L. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.

SCHMIDT, L. A. **Os cursos de Fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, 2002.

SILVA, Maria Cecília Pereira. **A paixão de formar**: da Psicanálise à educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, Augusto R. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

VEIGA-NETO, A. Paradigmas? Cuidado com eles! In: COSTA, M. V. (Org). **Caminhos investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

VELANDIA, I.C. e SAYD, J. D. Alguns Elementos Teóricos Para a Análise da Reabilitação da Pessoa Portadora de Deficiência Física. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n.º171. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1998.

ZIMERMAN, DAVID E. **Fundamentos Psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado convidado a participar dessa pesquisa,

Sou fisioterapeuta e mestrando do Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília - UnB.

Estou realizando uma pesquisa sobre "CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA UM NOVO ENFOQUE NA RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA - PACIENTE" e o convido a participar como voluntário respondendo questões pertinentes desse estudo investigativo.

Esclareço que:

A pesquisa tem por objetivo: Investigar qual é a percepção do Fisioterapeuta, a partir de sua formação profissional e experiência, tem acerca da relação fisioterapeuta-paciente e o seu impacto nesta relação.

Método: a pesquisa se trata de uma abordagem qualitativa e como instrumentos para a produção das informações serão realizadas entrevistas semi-estruturadas sobre o tema da pesquisa.

Procedimentos: os sujeitos da pesquisa serão totalmente preservados em sua privacidade sem serem identificados em nenhum momento.

Não há nenhum benefício como também nenhum custo para sua participação na pesquisa. Nenhuma forma de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa.

Esclareço que sua participação é voluntária e a qualquer tempo este consentimento poderá ser retirado, sem nenhum prejuízo.

Como participante da pesquisa lhe garanto total confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade na pesquisa, sendo qualquer mencionamento na pesquisa realizado por pseudônimo.

Os resultados da pesquisa poderão ser publicados na forma de artigo científico, dissertação, livro, mídias em geral, sendo respeitada a privacidade dos participantes com a utilização de pseudônimo.

Nestes termos, desde já agradeço se puder colaborar como participante da pesquisa.

Respeitosamente,

Ricardo Alain Leyva Nápoles

Mestrando do Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília

Contato: confie.fisio@gmail.com

APÊNDICE B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas semi-estruturadas da presente pesquisa contemplaram os seguintes roteiros:

Roteiro da entrevista com Fisioterapeutas

Dados pessoais

- Idade
- Sexo
- Área de atuação
- Formação acadêmica além da graduação em Fisioterapia
- Quais são seus interesses e preocupações profissionais atuais

1) Concepções

- Qual é seu entendimento sobre saúde e doença?
- Existe relação entre saúde e doença?
- Como se deu a escolha profissional?
- Que disciplinas considerou essenciais para a formação do fisioterapeuta?
- Que disciplinas considerou desnecessárias para a formação?
- A seu ver, faltou alguma disciplina importante na sua formação... Qual?

2) Relação Fisioterapeuta-Paciente

- Que você entende por “paciente”?
- Como você concebe a relação fisioterapeuta-paciente?
- Em sua opinião, como acontece o vínculo da relação fisioterapeuta-paciente?
- Em sua opinião quem é responsável pela cura do paciente?
- O paciente participa no processo fisioterapêutico?

- Conhecer a pessoa do paciente auxilia o trabalho do fisioterapeuta?
- O que pode impedir a melhora ou a recuperação do paciente?

3) Prazer e sofrimento

- O que representa a Fisioterapia para você?
- O que o apaixona na profissão?
- Você tem prazer no exercício da profissão?
- Quais as dificuldades encontradas?
- O que seria uma atuação bem sucedida ou mal sucedida. Exemplifique?

Roteiro da entrevista com Pacientes de Fisioterapia

Dados pessoais

- Idade
- Sexo
- Nível escolar

a) Saúde e Doença

- Qual é seu entendimento sobre saúde e doença?
- Existe relação entre saúde e doença?

b) Fisioterapia

- Qual seu sentimento em relação à Fisioterapia em seu processo de cura?
- Quais os procedimentos utilizados pelo fisioterapeuta em seu tratamento?
- O Paciente participa do processo fisioterapêutico?
- Em sua opinião, que falta na formação do fisioterapeuta para uma melhor atuação junto ao paciente?

c) Relação Paciente – Fisioterapeuta

- Que você entende por "paciente"?
- Como você concebe a relação fisioterapeuta-paciente?
- Que tipo de vínculo acontece na relação fisioterapeuta-paciente?
- Em sua opinião quem é responsável pela cura do paciente?
- O paciente participa no processo fisioterapêutico?
- Conhecer a pessoa do paciente auxilia o trabalho do fisioterapeuta?
- O que pode impedir a melhora ou a recuperação do paciente?

d) Prazer e sofrimento

- Quais eram as suas expectativas antes de fazer a Fisioterapia?
- Qual sua opinião sobre o atendimento recebido pelo fisioterapeuta?
- Que tipo de sentimento ficou após as sessões de Fisioterapia?