



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ALBERTO SUMIYA

**O CORPO NA HISTÓRIA E O PARADIGMA BIOMÉDICO NA
MUDANÇA CURRICULAR DA FISIOTERAPIA**

Londrina
2007

ALBERTO SUMIYA

**O CORPO NA HISTÓRIA E O PARADIGMA BIOMÉDICO NA
MUDANÇA CURRICULAR DA FISIOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Sollberger Jeolás

Londrina
2007

ALBERTO SUMIYA

**O CORPO NA HISTÓRIA E O PARADIGMA BIOMÉDICO NA
MUDANÇA CURRICULAR DA FISIOTERAPIA**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Leila Sollberger Jeolás
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Villas Bôas Concone
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Dirce Shizuko Fujisawa
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 21 de maio de 2007.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai pelo bom homem que foi e que nesta vida pouco agradei meu infinito muito obrigado. Saudades.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dr^a. Orientadora Leila Sollberger Jeolás, pelo suporte intelectual, paciência e compreensão sem o qual esse trabalho seria impossível.

A Prof^a. Dr^a Dirce Shizuko Fujisawa por representar a Fisioterapia, e pela sensibilidade e apoio tanto ao tema da pesquisa como a minha escolha profissional.

A minha família, pois mesmo estando longe, será sempre a extensão de mim mesmo.

Ao amigo e companheiro Edson Antonio Britembach por ser simplesmente ele mesmo.

Aos meus amigos Márcio Koga, Eduardo Cortelassi (cosmologicamente sempre conectados), Thelma Yanagisawa (meu eu feminino), Marco Traldi, e Luciana Gonçalves (meu amor amigo), que carinhosamente não me deixaram desistir.

As amigas do mestrado Cibélia, Christiane, e principalmente Nilda pela disponibilidade de ajuda sempre que precisei.

Minha vida foi singularmente pobre em acontecimentos exteriores. Não posso dizer muito sobre eles porque me pareciam ociosos e insubstanciais. Intuí bem cedo que, quando a resposta para os problemas e complexidades da vida não vêm de dentro, é porque estes significam pouca coisa. Nenhuma circunstância exterior substitui a experiência interna. E é só à luz dos acontecimentos internos que entendo a mim mesmo. São eles que constituem a singularidade de minha vida.

Carl Gustav Jung

SUMIYA, Alberto. **O corpo na história e o paradigma biomédico na mudança curricular da fisioterapia**. 2007. 125f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

RESUMO

O século XX terminou com significativos avanços no setor saúde no Brasil a partir da implementação do SUS. A mudança no modelo de atenção, onde se assume uma concepção ampliada de saúde, trouxe como consequência, além da reforma dos serviços, a necessidade de se criar mecanismos que visem formar profissionais comprometidos com a realidade social e também com perfil e habilidades de operacionalização dessas transformações. O objetivo principal desse trabalho é analisar a construção histórico-antropológica do conhecimento sobre o corpo e a influência do modelo biomédico no âmbito da formação do fisioterapeuta da Universidade Estadual de Londrina. Busca-se avaliar quais modificações as mudanças curriculares realizadas visam alcançar, assim como identificar as ideologias subjacentes na busca do perfil profissional almejado de acordo com as diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Fisioterapia: generalista, reflexivo e humanista. O foco de análise serão os currículos de 1992 e o de 2006. Nesse sentido, necessidade de compreender o fenômeno social que perpassa o corpo, enquanto lugar da materialidade das ações de saúde faz-se presente, pois é por meio das representações corporais atreladas às de saúde que se pode observar as práticas hegemônicas da biomedicina, enquanto reducionismos e fragmentações dos saberes. Assim, o saber biomédico assume uma postura normativa, já que centrado na biologia individual, desvincula arbitrariamente o contexto sócio-cultural no qual a doença é elaborada e o corpo percebido. Esta dissertação pauta-se nas metodologias da pesquisa qualitativa, com recurso de entrevistas em profundidade, levantamento bibliográfico e documental e análise de conteúdo. Foi possível observar, através da análise das entrevistas, que existe uma preocupação por parte do corpo docente com uma abordagem que contemple o paciente na sua totalidade. Contudo, o discurso apresenta-se, muitas vezes, de forma contraditória, pois oscila entre dois pólos: de um lado, a realidade técnica e a exigência de um saber especializado imposto por essa realidade e pautado na pregnância de um modelo hegemônico de longa duração; e, por outro lado, a necessidade de práticas mais humanizadas frente à insatisfação da sociedade em geral devido a uma tendência à coisificação do ser nesse desenrolar histórico. Apesar das mudanças, ainda são tímidas as iniciativas que possam dar conta ou relativizar o conhecimento sobre o corpo em outras culturas e realidades sociais, tendo em vista que as disciplinas do eixo das Ciências Sociais e Humanas, pouco representadas na nova estrutura curricular e pouco articuladas às outras, talvez não consigam promover com efetividade a esperada mudança no sentido de formar um profissional de fisioterapia generalista, reflexivo e humanista.

Palavras-chave: Antropologia do Corpo e da Saúde. Fisioterapia. Currículo.

SUMIYA, Alberto. **The body in history and the biomedical paradigm of the curricular changes of Physical Therapy**. 2007. 125f. Dissertation (Masters in Social Sciences) – Londrina State University, Londrina, 2007.

ABSTRACT

The 20th century ended with significant advances in the Brazilian health sector with the implementation of the SUS. Changes in the attention model, where a broader conception of health was taken, brought not just a reform in the services but also the necessity to create mechanisms that consequently sought to qualify professionals committed to the social reality and with a profile and qualifications to deal with these transformations. The principal objective of this work is to analyze the historical-anthropological construction of knowledge about the body and the influence of the biomedical model in the range of qualification of physical therapist, of the Londrina State University. It is sought to evaluate what modifications the curricular changes done tried to attain, as well as identify the underlying ideologies in the search for the professional profile desired in accord with the national curricular directives for graduation in Physical Therapy: generalist, reflexive and humanist. The focus of the analysis will be the curricula from 1992 and those of de 2006. In this sense, the necessity of understanding the social phenomenon which the passes over the body, whilst in place of the materialism of the actions of health which was present, because it is by means of the bodily representations bound to those of health in which may be observed the hegemonic practices of biomedicine, whilst reductionist and fragmentations of the knowledge. Thus the biomedical knowledge assumes a normative posture, which, already centered on individual biology, disengages it arbitrarily from the social-cultural context in which the illness is prepared and the body perceived. This thesis is ruled by the methodologies of qualitative research with the use of in depth interviews, bibliographic and documental surveys and context analysis. It was possible to observe, by means of analyzing the interviews, that there is a preoccupation on the part of the teaching bodies with an approach that covers the patient as a whole. However, the discourse many times presents itself in a contradictory manner, because it oscillates between two poles: on one hand the technical reality and the requirement for a specialized knowledge imposed by this reality and ruled by the pregnancy of a long term political model; and on the other hand, the necessity for more human practices in the face of the dissatisfaction of society in general due to a tendency to shape the being in unrolling this history. In spite of the changes, the initiatives which may accomplish results or comparative knowledge about the body in other cultures and social realities, bearing in mind that disciplines in the Social and Human Science and axis are little represented in the new curricular structure and little spoken of in others, maybe not be able to promote the expected changes effectively in the feeling of qualifying a generalist, reflexive and humanist Physical Therapy professional.

Keywords: Body and Health Antropology. Phisical Therapy. Curriculum.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Histórico profissional dos professores entrevistados	25
Quadro 2 – Estrutura curricular do curso de fisioterapia em 1979.....	57
Quadro 3 – Ciclo de matérias do currículo de 1992	61
Quadro 4 – Eixo dos conhecimentos do currículo 2006	62
Quadro 5 – Categorias de análise das entrevistas	73

LISTA DE ABREVIÇÕES

RPG – Reeducação Postural Global

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

HURNP – Hospital Universitário Regional do Norte Paraná

IES – Instituição de Ensino Superior

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CCS – Centro de Ciências da Saúde

PBL – Problem Based Learning

CNE – Conselho Nacional de Educação

CES – Câmara de Educação Superior

PEEPIN – Projeto Especial de Ensino com Práticas Interdisciplinares

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PDI – Projeto Didático Institucional

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	22
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
CAPÍTULO II	27
3 O CORPO HISTÓRICO	28
3.1 DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA: A ORIGEM DA FRAGMENTAÇÃO DO CORPO NA VISÃO OCIDENTAL	28
3.2 DO RENASCIMENTO À MODERNIDADE: A CONSTRUÇÃO BIOMÉDICA DO CORPO	36
3.3 A CONSTRUÇÃO BIOMÉDICA DE UM CORPO MODERNO: A PRODUÇÃO DE SI	42
CAPÍTULO III	49
4 DO CURRÍCULO	50
4.1 A FISIOTERAPIA NO BRASIL: LINHAS GERAIS	50
4.2 O CURSO E O CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UEL	54
4.3 ENTRE O VELHO E O NOVO: ALGUMAS COMPARAÇÕES	59
CAPÍTULO IV	71
5 DAS ENTREVISTAS	72
5.1 SER FISIOTERAPEUTA	73
5.1.1 Habilidades e Competências: A Lógica das Necessidades Sociais	73
5.1.2 Generalista e Especialista: Uma Proposta de Coexistência	78
5.1.3 O Paradigma Fisioterapêutico: O Corpo Funcional	84
5.2 PERSPECTIVAS	86
5.2.1 Humanização da Técnica: Uma Perspectiva Positiva	86
5.2.2 Interdisciplinaridade	91
5.2.3 Resistências às Mudanças	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98

REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	109
ANEXO A – 1ª GRADE CURRICULAR/UEL/1979.....	110
ANEXO B – 2ª GRADE CURRICULAR/UEL/1985.....	112
ANEXO C – 3ª GRADE CURRICULAR/UEL/1992 (ADAPTAÇÃO AO SISTEMA SERIADO)	115
ANEXO D – ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE FISIOTERAPIA/UEL/2006	117
ANEXO E – ROTEIRO DA ENTREVISTA	124

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende responder as inquietações teórico-práticas de minha vivência como profissional. Quando estudante, tive várias oportunidades de discutir e questionar situações didáticas ante o compromisso social de formação de novos fisioterapeutas e as necessidades de saúde da população. Na época, vivenciei por diversas vezes o discurso que se pretendia holístico na intervenção sobre o paciente, que contemplaria a sua dimensão psicológica e sociocultural, porém a obsessão prática do saber e fazer sempre nos levava à simplificação do que era a base do nosso existir, ou seja, o corpo.

Depois de graduado optei por fazer uma especialização em uma área específica da profissão: a fisioterapia em ortopedia. Como a maioria dos recém-formados, imaginava que esse tipo de curso pudesse suprir as minhas necessidades imediatas de capacitação. Contudo, no decorrer do curso, fui reforçando a idéia de que havia uma enorme lacuna entre oferecer o melhor tratamento (técnico) e realmente atender às necessidades daquele que procura o profissional de fisioterapia. Percebi que várias demandas eram apresentadas não mais pelo *paciente*, mas sim pela *pessoa* portadora de algum mal, chamado mais amplamente de doença. A demanda advinha de sua história pessoal, de sua rede social, de sua experiência da doença e itinerário terapêutico, juntamente com suas representações de saúde e doença.

A partir desse momento, ainda na especialização, decidi começar a descentralizar meu olhar e realizar um trabalho de conclusão de curso resgatando, ainda que superficialmente, conceitos de corpo e de saúde, na tentativa de amenizar as minhas insatisfações e contribuir com um estudo que ampliasse o debate sobre o corpo na área da fisioterapia, ainda que não fosse inédito. Nesse sentido, iniciei a trajetória com leituras direcionadas para a saúde coletiva, com assuntos que sempre resvalavam na questão da educação profissional em saúde, tema que posteriormente me influenciou e foi agregado a esta dissertação. Também busquei, em cursos de atualização e conceitos “alternativos”, técnicas com perspectivas mais globalizadas, como a Reeducação Postural Global (RPG)¹, o Isostretching² e a

¹ Método criado por Françoise Mézière na França e patentado no Brasil por Philippe Souhard. Visa tratar alterações da coluna vertebral por meio de posturas que envolvem as cadeias musculares do

Ginástica Holística³, a fim de complementar os recursos aprendidos na formação básica; na maior parte do tempo, segmentados.

No exercício da profissão, o percurso seguiu e ratificou os preceitos construídos até então. O primeiro trabalho foi em uma unidade de terapia intensiva (UTI), com pessoas dependentes para quase todas as atividades, nas quais promover a qualidade de vida era mais que um objetivo comum, era buscar significado à existência. Com o segundo emprego, entrei em contato com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que me proporcionou ouvir diferentes discursos sobre saúde e corporalidade, na medida em que o atendimento era feito simultaneamente com um número elevado de pacientes por horário. Incomodavam-me a planificação de suas queixas e a utilização excessiva de aparelhos, porque a singularidade de cada pessoa era negligenciada.

Em função desse percurso, e já no terceiro emprego, agora desempenhando as funções de professor e supervisor de estágio, tentei alinhar e dar continuidade às questões que se fizeram presentes desde a graduação. Daí a busca no Mestrado em Ciências Sociais para poder respondê-las. Elas poderiam ser resumidas ao fato de a medicina ocidental ter desenvolvido um saber rigoroso sobre o corpo, mas um saber fisiológico e anatômico, indiferente ao sujeito que o encarna. Como tal, não constituiu um conhecimento sobre o homem, mas sobre o seu corpo percebido como receptáculo da doença. Tal autonomia do corpo se sustentou, e se sustenta, no dualismo mente–corpo, que impera no pensamento ocidental e toma, atualmente, novas formas, mas continua a reproduzir uma relação de negligência do profissional ante o paciente, no sentido de que o primeiro não leva em consideração o sujeito e a sua história, o contexto sociocultural no qual vive, seus desejos e angústias. Nesse sentido, pretendo desenvolver um estudo que possa esquadrihar a centralidade do corpo na atividade biomédica, nos seus fundamentos, com base

corpo humano como um todo. Podem-se associar técnicas de respiração e relaxamento muscular. Hoje, no Brasil, já existem variações da técnica.

² Método criado por Bernard Redondo na França, que tem por princípio a ginástica postural, na qual os exercícios proporcionam ao praticante a consciência do movimento e o domínio do equilíbrio entre tensão e relaxamento e ainda entre a capacidade de contração e alongamento (REDONDO, 2001).

³ Método criado na França no século XIX por François Delsarte e sem um nome definido originalmente. Baseia-se em movimentos conscientes e atentos a todo o corpo, e não exercícios repetitivos e automáticos. Foi difundido na América do Norte por James Steele Mackaye, na Alemanha por Elza Gindler e L. Ehrenfried. Na França tomou vulto com Thérèse Bertherat, aluna de L. Ehrenfried, que desenvolveu seu próprio trabalho chamado de “Antiginástica”. Nos anos 1970 os alunos de L. Ehrenfried decidiram dar ao método o nome de “Ginástica Holística” (CENTRO DE SÃO PAULO, 2007).

na visão histórico-social, a fim de garantir a contextualização e a compreensão da produção conceitual de uma técnica corporal – a arte de curar.

Assim, o objeto desta dissertação é estudar as concepções sobre o corpo presente entre os professores do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e nas ementas das disciplinas que compõem o antigo e o novo currículo em fase de implantação, ou seja, o de 1992 e o de 2006, respectivamente. O conteúdo será analisado por intermédio das contribuições teóricas da antropologia do corpo, a fim de buscar a compreensão da relação existente entre corpo, natureza e cultura, com suas interações com a saúde. Por meio de referências disciplinares que teçam, direta ou indiretamente, diálogo entre perspectivas que possam se complementar, buscarei observar como os significados e concepções biomédicas sobre o corpo são elaborados ao longo do tempo na cultura ocidental e conseqüentemente incorporados aos currículos da fisioterapia.

Os objetivos deste trabalho são: historiar os significados construídos sobre o corpo na cultura ocidental relacionados com a biomedicina em sua continuidade de longa duração; explicitar a(s) noção(ões) de corpo com a(s) qual(is) trabalha a fisioterapia e a sua relação com o paradigma biomédico; compreender o que se busca alcançar com a reformulação curricular proposta; evidenciar as estratégias curriculares existentes na nova mudança curricular que pretendam dar conta de uma visão mais integralizada do corpo humano.

A antropologia da saúde e algumas áreas das ciências biomédicas, em especial a saúde coletiva, têm problematizado esse saber hegemônico, que por sua secularidade reforça uma absolutização da vida física. Por não conceituar o corpo explicitamente, admitindo, de fato, sua natureza histórica constituída no interior de sua existência social concreta, tal saber toma-o como um objeto homogêneo e, assim, perde de vista a possibilidade de alcance do bem-estar proveniente de sua permanente elaboração e reelaboração no mundo. Dessa forma, a saúde é transformada em um paralelo da capacidade objetivável de rendimento, minimizando a dimensão existencial do ser, como afirma Silva (2001). Não se permite que a pessoa enferma pense seu mal a partir de uma visão mais integradora, negada pelas técnicas e tecnologias, fazendo a teoria da dualidade se perpetuar. Como crítica a tal visão, outras abordagens, como a de Morin (1984), buscam na complementaridade dos conhecimentos respostas que não se quebrem em barreiras de pensamento aparentemente opostas, porque o que se espera é um

entendimento de um fenômeno complexo e transdimensional, que contribua para a edificação de uma perspectiva múltipla e relativizada da realidade.

A preeminência que o corpo assume nas sociedades contemporâneas justifica a escolha do tema deste trabalho. Nota-se que a palavra corpo, apesar de ser usada em diferentes contextos, se insere no senso comum com um significado singularizado, o que oferece a pretensa condição de que todos o entendem de forma homogênea. O corpo como substância material e finita do humano parece não requerer processos mais sofisticados de reflexão, e a reconstrução, no pensamento, da realidade vivenciada pelas pessoas com e em seus corpos parece extremamente facilitada, o que faz com que essa temática seja banalizada no contexto das relações sociais.

A atualidade da temática faz-se presente em vários estudos sobre as transformações pelas quais o corpo vem passando, bem como sobre a construção de seu conhecimento. A literatura sobre o tema ressalta que o corpo não deve ser considerado apenas como objeto de análise da cultura, mas também como sujeito da cultura; não apenas como receptáculo de símbolos culturais, mas como produtor de sentidos. Le Breton (2003), por exemplo, indica que o corpo, em nossas sociedades atuais, não é mais apenas a determinação de um eu intocável, a incorporação irreduzível de um sujeito, o apenas estar e ser-no-mundo, mas uma elaboração, uma instância de interconexão, um objeto transitório, suscetível de muitos emparelhamentos.

Nesse sentido, a abordagem do corpo, biologizante e funcionalista, a abordagem biomédica do corpo, transforma-se facilmente em objeto de estudo. Buscar compreender a noção de corpo que possui a fisioterapia, foco da presente pesquisa, pode ajudar a revelar um modelo de convivência forçadamente simbiótica entre tratar e ser tratado. A articulação maior da análise é tentar mostrar como o conceito de corpo se estrutura no pensamento biomédico da fisioterapia, por meio das concepções sobre o corpo atuantes nos currículos de 1992 e 2006 e na fala dos atores envolvidos em sua formulação e aplicação. A idéia da existência de um modelo de ensino biomédico centrado na funcionalidade orgânica nos leva a essa discussão, na medida em que ações pedagógicas específicas influenciam sobremaneira o pensar de uma corporalidade e as práticas profissionais delas decorrentes.

Pensar na formação profissional da fisioterapia por meio de sua estrutura curricular implica acessar uma realidade que define práticas ora hegemônicas, ora contraditórias, ora em estado de evolução, mas, sobretudo, percebidas como insuficientes, já que as tentativas de compreensão do patológico⁴, como fenômeno exclusivamente biológico e individual, estão fadadas a um sucesso bastante relativo.

Quanto ao referencial teórico do trabalho, autores como Mauss (2003), Le Breton (1992; 2003; 2004; 2006), Rodrigues (1975; 1999), Balandier (1997) e Foucault (1987a; 1987b; 1988; 2004), darão o substrato para pensar a construção histórica das práticas e representações sobre o corpo, sobretudo no contexto do saber biomédico. Corpo dicotomizado, vigiado por uma moralidade coercitiva que definirá vários tipos de controles corporais por meio de costumes e técnicas específicas. Se a tradição hipocrática conformava o corpo atrelado às forças naturais, dentro de uma cosmologia de equilíbrio, na qual a manutenção dos estados humorais gerava uma interdependência positiva entre o corpo e a natureza circunscrita, essa visão totalizadora da existência física na antiguidade vai sendo gradualmente substituída no decorrer da história.

Além da tendência à dicotomização, outro ponto fundamental analisado na história dos saberes e práticas sobre o corpo, principalmente por Foucault, é a relação entre saber e poder como dispositivo de dominação nas ciências biológicas e da saúde que tem o corpo como objeto de estudo. Pelo menos desde a Renascença, como mostra Novaes (2003), o corpo do homem vem sendo objetivamente desvelado. Primeiro foi a pele, em seguida outras camadas, chegando-se aos músculos e tendões. O crânio foi aberto, pondo o chamado órgão da alma e regulador central do corpo à mostra. Posteriormente a muitas experiências na anatomia, os séculos XIX e XX foram marcados pela teoria celular na biologia e na patologia médica. Por fim, a ciência decifrará o código genético, e o século XXI entrará de maneira irreversível nas biotecnologias.

⁴ Para lidar com a pluralidade de significados da doença com ênfase na construção sociocultural, Kleinman (1986) propôs três conceitos analíticos para distinguir entre os enfoques: enfermidade, doença e mal-estar ou distúrbio. Utilizando as distinções sutis entre as palavras *disease*, *illness* e *sickness*, ele define *disease* como a anormalidade na estrutura e/ou no funcionamento dos órgãos e seus sistemas. *Illness* refere-se às percepções e às experiências pessoais do indivíduo em relação a sua doença. Finalmente, *sickness* é proposto como um termo utilizado mais abrangentemente que engloba *disease* e *illness* (KLEINMAN, 1986). Nesse sentido, o termo doença tem sido criticado por autores como Duarte (2003b), que vê nessa palavra também uma redução ao modelo biomédico, propondo assim o termo *perturbações físico-morais* em substituição à categorização proposta por ele.

As novas tecnologias médicas e científicas, aliadas a objetos cada vez menores e mais eficazes, serão capazes de explorar o corpo sem nenhum pudor. Espaço antes cheio de segredos, e agora não tão enigmático, o corpo é perscrutado na sua mais ínfima intimidade. Tudo isso tem um preço, e as conseqüências da pregnância deste modelo têm suscitado críticas, pois se cobra cada vez mais dos profissionais da área da saúde uma sensibilidade maior em relação às nuances que a realidade impõe aos que estão experienciando um sofrimento físico.

Outro aspecto ressaltado pelos autores referenciados é o corpo permeado pelo olhar racional. Não se pode esquecer que a centralidade do corpo, além de suporte de identidades e papéis sociais, é também instrumento que articula sentidos e significados cosmológicos, é matriz de símbolos e objeto do pensamento. Como algo que evidencia e acompanha todos os seres humanos, está tendo seu valor permeado pela racionalidade que objetiva o imediato, o utilitário e a eficácia das coisas e das ações.

Esse olhar que invade o corpo e se especializa pode ser acompanhado historicamente e hoje se manifesta por meio da fragmentação técnica dos saberes. A biomedicina representa a máxima desse saber-fazer e pretende determinar o que é normal e patológico, independentemente do contexto das expressões culturais.

Entretanto não se pode dizer que a área da saúde, como um todo, faz vistas cegas a tais constatações. Pelo contrário, ela as enfrenta na busca do diálogo com outras áreas do conhecimento e de tentativas de redefinição de habilidades e de competências profissionais, que tentam contemplar a vida inserida numa dimensão humana mais reflexiva. Porém, como todo processo, confronta-se com períodos de amadurecimento e experimentações, com avanços e recuos, visto que a efetividade das propostas vigentes, mesmo que em uma análise antecipatória, hoje não representa a expectativa dos profissionais e estudiosos críticos da visão fragmentada do corpo e, por isso, tende a cair sob o rótulo de ser somente mais um discurso.

A saúde tornou-se como uma religião na cultura ocidental, na qual o anseio por um corpo perfeito esteticamente e livre de doenças se mostra obrigatoriamente como uma trajetória de vida a ser seguida, que beira ocasionalmente, em algumas situações extremas, à obsessão. Fato que hoje já não

nos sensibiliza inteiramente, pois o corpo, como centro de desafios culturais e políticos, transforma-se em mais um fator de aposta. Assim, como bem aponta Le Breton (2003), o corpo, como medida do mundo, retém aos olhos das multidões somente o que lhes parece mais significativo.

Mauss (2003), em seu livro *Sociologia e Antropologia*, inaugura o que talvez seja umas das primeiras tentativas de realizar uma descrição das técnicas do corpo. Técnicas que podiam variar de sociedade para sociedade e que dependiam de certa permanência e continuidade, mas que estavam sujeitas a adaptações ao longo do tempo, já que os saberes e as formas possuem dinâmicas próprias. A relevância dessas constatações diz respeito às especificidades corporais, o que implica pensá-las heterogeneamente, e não como elemento dado e universal. Portanto, trata-se de ensino técnico, de uma aprendizagem, de fatos da educação, que na opinião do autor devem levar em consideração, enfim, o ponto de vista do “homem total”⁵ em perspectiva sistêmica e sempre em um devir em processo.

Outro autor, referência teórica para este trabalho, Le Breton (1992; 2003; 2004; 2006), coloca o corpo moderno em perspectiva, mostrando que, no discurso científico contemporâneo, ele é tomado como simples suporte da pessoa, algo que pode e deve ser aprimorado, uma matéria-prima na qual se dilui a identidade pessoal. Dessa forma, a tecnociência vem socorrer esse corpo que deve ser reparado, rearranjado, o qual a biomedicina assiste em todas as suas instâncias. Da criação do ser perfeito ao adiamento da morte, tudo é possível a esse corpo: ele se coloca em posição de risco, testa seus limites, numa experimentação obsessiva de si, em que a sensação de liberdade é ilusória e subjacente a condições previamente estabelecidas de poder e existência. Nesse imaginário, diz o autor, até o corpo é passível de desaparecimento, como se faz no mundo cibernético.

Rodrigues (1975; 1999), outra referência teórica para os estudos sobre o corpo, traz importantes contribuições para a antropologia do corpo. Seus trabalhos oferecem uma visão relativizada do corpo, pois mostram que os movimentos que constituíram a subjetividade contemporânea não obedecem às amarras dos pontos de vista e fronteiras disciplinares. Assim, a “história das sensibilidades” diferencia-se da “história das mentalidades”. O que os homens

⁵ Para haver um entendimento mais claro das técnicas corporais, é necessária uma tríplice consideração que integre as dimensões físicas/mecânicas/fisiológicas com os aspectos sociológicos e os psicológicos, pois estes nos levariam a compreender a realidade do que é o “homem total”.

pensam, suas idéias, nem sempre coincidem com o que sentem, apesar de haver uma interdependência entre ambos. Nossas formas de sentir, aparentemente naturais, têm uma história. Os detalhes e as variações que configuraram o passado ainda permanecem presentes. Para Rodrigues (1975; 1999), o ser humano já foi definido pelo controle da técnica; o avanço da tecnologia é incontestável e é um componente importante para a humanidade. Alguns homens utilizam a tecnologia para controlar o mundo, mas há aquelas que passam a exercer controle sobre o homem. O papel que a biomedicina tem representado, analogamente, é o de exigir alguma forma de subalternização do homem em relação ao saber técnico.

As representações históricas sobre o corpo seguem o dinamismo descrito por Balandier (1997) para explicar o trabalho do imaginário ocidental sobre as permanências e as mudanças como processo histórico de produção contínua. De um lado, as permanências na forma como o corpo é concebido na biomedicina; de outro, um aceleração no conhecimento técnico-científico que promove mudanças, juntamente com um movimento de revalorização dos saberes e práticas populares, alternativos e de outros ligados às experimentações pessoais referentes à corporalidade na produção de si. Entretanto, são mudanças que interagem, ao mesmo tempo, com as continuidades na forma como o corpo é pensado e tratado na área da saúde, principalmente por meio da dissociação do corpo com o sujeito.

Já os trabalhos de Foucault (1987a; 1987b; 1988; 2004) sobre a disciplinarização dos corpos constatam que a história e a sociedade têm por base a realidade corpórea, sempre heterogênea e complexa dos seres humanos. O autor realiza uma reflexão acerca do corpo como espaço do sofrimento e da doença, do corpo doente ou do morto, a ser estudado ou dissecado pelo saber médico. Pensa também o corpo como alvo das práticas penais, corpo marcado e mutilado para servir de exemplo para os demais, ou do corpo a ser disciplinado e tornado dócil. Corpo como fonte do prazer ou do sofrimento sexual, corpo como sede do pecado ou como possibilidade de novas práticas de subjetivação.

Não é difícil, portanto, perceber, conforme ressalta Almeida (2003), que o fenômeno corpo como parte constituinte da diversidade cultural e elemento significativo da natureza desvela uma determinada noção de corpo produzida, manipulada e disseminada pela racionalidade científica vigente.

Tal noção, porém, atinge sentido real somente quando pode ser integrada aos sistemas sociais existentes. Isso não significa que a mera junção de

características descontínuas possa garantir a percepção da totalidade, uma vez que ela depende ainda de uma dimensão histórica, psicológica e corporal (MAUSS, 2003). As relações entre evolução orgânica e cultural são análogas e complementares, pois não há aptidões inatas. O corpo possui historicidade tanto na estrutura orgânica quanto nas interações com a cultura. E por possuir espacialidades e temporalidades próprias, cada corpo vai adquirindo percepções de acordo com o mundo que lhe é específico (LÉVI-STRAUSS, 1983).

É evidente que uma das dificuldades das Ciências da Saúde, com base nessas colocações, é trabalhar uma perspectiva de mudança paradigmática menos centrada em um único espectro de interpretação. Permeada pela objetividade, não permite entender os meios que a cultura lança mão para interagir com os fatores e as estruturas biológicas, fornecendo os elementos fundamentais – sentimentos e pensamentos – que deveriam orientar cada situação terapêutica.

Trabalha-se, portanto, com o pressuposto de que a hegemonia de um conhecimento, dissociado de outros conhecimentos e provedor de dualidades, está na base das práticas e representações da fisioterapia. E que, portanto, buscar apreender os aspectos socioculturais que determinam nossa relação com o corpo pode delinear uma possível direção onde se encontre uma práxis mais humanizada por meio de um profissional apto a seguir os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e que se baseia na integralidade, equidade e universalidade das ações em saúde.

A possibilidade de aproximação do conhecimento da antropologia do corpo e da saúde justifica-se pela necessidade de se questionar o reducionismo e, ao mesmo tempo, o aumento da especialização a que se chegou na área da saúde em relação ao conhecimento sobre o corpo humano, instrumentalizado e compartimentalizado pelo avanço dos conhecimentos tecnológicos e científicos. Espero, assim, poder contribuir com este estudo para a discussão desses conceitos e concepções de corpo presentes no curso de fisioterapia. Explorar a construção do conhecimento sobre o corpo, no âmbito da formação do fisioterapeuta, esse profissional que, de um modo geral, passa em média mais tempo com os pacientes do que os médicos e lida diretamente com o toque, pode, conseqüentemente, trazer contribuições para a história por detrás da história inscrita em corpos.

O desenvolvimento do trabalho será dividido em seis partes:

- Introdução;
- Capítulo 1 – Procedimentos Metodológicos;
- Capítulo 2 – O Corpo Histórico;
- Capítulo 3 – Do Currículo;
- Capítulo 4 – Das Entrevistas;
- Considerações Finais.

A introdução apresenta o objeto de estudo desta pesquisa, os objetivos e o marco teórico-metodológico que referencia a discussão.

O capítulo 1 apresenta os procedimentos metodológicos da pesquisa qualitativa utilizados no estudo. Além da revisão bibliográfica, lançou-se mão das entrevistas em profundidade com roteiro semi-estruturado, buscando observar na escolha dos participantes a heterogeneidade do corpo docente a fim de alcançar posicionamentos diferenciados.

O capítulo 2 traz uma breve análise do corpo na história e suas representações no imaginário social, sobretudo a partir do campo biomédico, fazendo um caminho que retraça os passos fundantes do pensamento ocidental sobre o corpo até seus reflexos no pensamento contemporâneo.

No capítulo 3 há a análise documental do currículo vigente (2006) e anterior (1992). Buscou-se captar possíveis nuances que mostrem transformações ou permanências no entendimento sobre o corpo e nos conceitos produzidos a partir desses elementos para a formação profissional do fisioterapeuta.

O capítulo 4 traz a análise das entrevistas com os professores do curso de fisioterapia da UEL, na qual, por meio de unidades temáticas, se aprofundou a discussão com base na visão de quem experimenta as mudanças, visto que eles são os produtores diretos dessas transformações.

Finalmente, nas considerações finais, estabeleço uma análise geral dos dados coletados, reforçando as idéias expostas durante o trabalho, na tentativa de contribuir para uma visão cultural acerca da formação biomédica do fisioterapeuta.

CAPÍTULO I

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A compreensão dos fenômenos corporais, como se expressam e assumem significados em diferentes sociedades, requer metodologias de pesquisa com abordagem qualitativa, pois elas permitem a apreensão da realidade como uma construção social. Segundo Víctora et al. (2000, p. 11), a realidade assim entendida “só existe a partir da ordem simbólica, isto é, só existe se naquela sociedade ela for passível de ser pensada como tal”, não podendo, portanto, estar contida em variáveis fechadas e ser apreendida apenas através de metodologias quantitativas.

A cientificidade esperada nas abordagens qualitativas deve ser inferida como uma idéia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas rígidas. Elas não objetivam traçar uniformidades e regularidades para a compreensão dos fenômenos pesquisados (MINAYO; SANCHES, 1993), mas buscam a compreensão em profundidade dos fenômenos analisados em seus múltiplos aspectos.

A pesquisa aqui apresentada realizou uma análise documental comparativa dos currículos de 1992 (Anexo C) e de 2006 (Anexo D), esse último ainda em fase de implantação. O levantamento bibliográfico apoiou-se em literatura tanto das ciências sociais como das ciências da saúde, que lidavam direta ou indiretamente com a perspectiva histórica sobre o conhecimento do corpo e formação biomédica. Não foram definidos um intervalo de tempo específico para a busca de artigos ou livros nem bases de dados específicos.

Além da pesquisa documental, optou-se neste estudo pela realização de entrevistas em profundidade, com roteiro semi-estruturado de 13 questões (Anexo E), que partem de questionamentos básicos, apoiados em teorias e pressupostos desenvolvidos na pesquisa. Tais questões, formuladas de maneira a deixar que o entrevistado se expressasse de maneira livre, possibilitaram novas interrogações que foram surgindo à medida que a entrevista se desenrolava. O entrevistador, autor deste trabalho, tomou o cuidado de não se restringir ao roteiro de questões previamente formuladas, aproveitando a fala dos entrevistados e incitando-os a falarem livremente sobre os assuntos levantados. Foram selecionados cinco professores formados em fisioterapia com base nos seguintes critérios: o envolvimento direto com a reforma curricular em andamento, seja na

forma de participação do processo de discussão da reforma do currículo, seja na forma de participação da disciplina de habilidades⁶; e o pertencimento de cada professor entrevistado a uma área diferente de atuação, ou seja, fisioterapia em traumatologia e desportiva, pediatria, neurologia, ginecologia e obstetrícia, pulmonar, para assim respeitar a questão das diversidades de discursos e captar e englobar as múltiplas dimensões do processo.

As entrevistas foram precedidas de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Elas ocorreram individualmente, sem tempo de duração predefinido de término, nas dependências do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), e foram gravadas em fitas cassete e equipamento eletrônico do tipo *pen drive*.

De acordo com a metodologia da pesquisa qualitativa, é necessário caracterizar o perfil ou história profissional dos entrevistados (ver quadro 1), para melhor compreender não só sua trajetória profissional até o presente, como também revelar o sentido de outras conexões que pudessem levar ao acesso de suas idéias atuais sobre o assunto pesquisado (VÍCTORA et al., 2000).

O tratamento dos dados contidos nos currículos e nas entrevistas seguiu a metodologia da análise de conteúdo, que, por intermédio de uma leitura de primeiro plano, possibilita atingir um nível de interpretação mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos, de acordo com Minayo e Sanches (1993, p. 246):

O ensinamento fundamental da Antropologia é o cotejamento da fala, com a observação das condutas e dos costumes e com a análise das instituições. Checar o que é dito, com o que é feito, com o que é celebrado e/ou está cristalizado. Desta forma, uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, foi escolhida a análise temática, pois ela permite revelar as unidades de significação ou os núcleos de

⁶ Essa disciplina está inserida nos três primeiros anos do curso. Foi caracterizada pelos professores como aquela que permite introduzir e integralizar conhecimentos, como se fosse um eixo norteador de tudo o que poderá ser desenvolvido e trabalhado nas outras matérias. Seus objetivos estão focados na comunicação entre terapeuta-paciente, nas técnicas de percepção corporal, no pensamento reflexivo, nos métodos de avaliação física contato com a comunidade.

sentido das falas dos entrevistados a serem analisados pelo pesquisador de acordo com os objetivos, pressupostos e referencial teórico do estudo (MINAYO, 1993).

	Área de Atuação	Observações
Professor A	Fisioterapia Pulmonar	Possui outro vínculo empregatício e experiência com o ensino fundamental e médio. Atualmente é membro de várias comissões, como projeto educativo do curso, e coordenador do colegiado. Participou da discussão de reformulação curricular.
Professor B	Fisioterapia em Ortopedia, Traumatologia e Desportiva	Tem outros vínculos em cursos de especialização; formação em técnicas de manipulações articulares e musculares. Participou da discussão de reformulação curricular.
Professor C	Fisioterapia em Pediatria	Participa ativamente das discussões nacionais sobre educação em fisioterapia; tem formação em técnicas que privilegiam os padrões de movimentos normais. Participou da discussão de reformulação curricular.
Professor D	Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia	Tem formação em técnicas de visão mais global; privilegia as questões relacionadas à percepção corporal e qualidade/harmonia do movimento. É um dos professores mais antigos do curso e trabalha com questões interdisciplinares. Participou da discussão de reformulação curricular.
Professor E	Fisioterapia em Neurologia	Possui outro vínculo empregatício, no qual atua como coordenador, e também tem formação em técnicas que privilegiam a busca de padrões movimentos normais em pacientes afetados neurologicamente. Participou da discussão de reformulação curricular.

Quadro 1 – Histórico profissional dos professores entrevistados

Portanto, as unidades de significação apreendidas da leitura do material e a serem analisadas foram agrupadas em duas grandes categorias temáticas com subcategorias internas a cada uma, como se segue:

1 Ser fisioterapeuta

- 1.1 Habilidades e competências: a lógica das necessidades sociais;
- 1.2 Generalista e especialista: uma proposta de coexistência;
- 1.3 O paradigma fisioterapêutico: o corpo funcional.

2 Perspectivas

- 2.1 Humanização da técnica: uma perspectiva positiva;
- 2.2 Interdisciplinaridade;
- 2.3 Resistências às mudanças.

As entrevistas realizadas foram analisadas a partir dessas categorias temáticas, cuja discussão será apresentada no capítulo 4 dessa dissertação.

CAPÍTULO II

3 O CORPO HISTÓRICO

*“Antigamente havia homens que enxergavam o rosto de Deus.
Por que não os há mais?”. Respondeu o rabi:
“Porque hoje em dia ninguém se inclina tão baixo”*

C. G. Jung

3.1 DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA: A ORIGEM DA FRAGMENTAÇÃO DO CORPO NA VISÃO OCIDENTAL

Falar do corpo é falar do homem e de suas interações estabelecidas com a cultura ao longo da história; é pensar os valores e as normas sociais vigentes e caracterizar as suas peculiaridades. Pois, o corpo, ao navegar por tempos e lugares diferentes, passa a revelar não apenas aquilo que se mostra material, ou, mais especificamente, o que se revela biológico no homem (ALMEIDA, 2003).

As racionalidades construídas pelas tensões históricas culminam com a necessidade de entender a corporalidade medicalizada como parte da estrutura social. Englobadas por uma rede tradicional de poder, as pessoas portadoras desses corpos ficam muitas vezes com identidades flutuantes e referências diversas (AUGÉ, 1994). Essa condição moderna obscurece o pertencimento de si, facilitando as práticas biomédicas fragmentadoras, porque os padrões de normalidade aceitos, ou inconscientemente praticados, admitem experimentações cujo limite varia de acordo com os riscos previstos (LE BRETON, 2003). Portanto, a planificação das individualidades pela biomedicina tem uma via de acesso com poucos bloqueios, porque, aliada aos fatores supracitados, utiliza o poder do conhecimento para hierarquizar as necessidades e desqualificar as valorações pessoais (FOUCAULT, 1987a).

O processo da existência corporal conseqüente a tais fatos tem gerado preocupações reais, na medida em que se vem encarando com desconfianças as verdades facilitadas e as certezas imediatas acerca da falta de relativização das culturas corporais contemporâneas (ALMEIDA, 2003). Assim, o desvelar de um processo histórico, alicerçado em um dualismo com predomínio, ora

das atividades mentais, ora corporais – alterna-se a valorização ora da razão ora do corpo –, é intrigante do ponto de vista da explicitação da constituição de uma trama, de uma urdidura, capaz de fornecer algumas luzes sobre a construção do indivíduo e da sociedade que assim se apresentam.

O ponto de partida para o entrelaçamento do resgate histórico é a Antiguidade, porque é nessa época, principalmente, que temos como referência as origens do pensamento ocidental. Portanto, foi entre os gregos antigos que os aspectos mais importantes para a formulação do conceito de saúde tiveram embasamento.

As representações iniciais desse período relacionavam-se com os mitos de Hygéia⁷ e Asclépius⁸. Para os adeptos de Hygéia, a saúde dependia primordialmente de como os homens governavam as suas vidas. Isso se referia principalmente à forma de adaptação ao meio físico e social, por intermédio de restrições de comportamento e de nutrição, em que a doença significava um desvio da norma e continha o sentido de culpa e constrangimento. Para os seguidores de Asclépius, a relevância estava em retificar as imperfeições, portanto o essencial estava no tratamento sintomático e curativo da doença.

O corpo foi tornando-se, com o tempo, foco de intervenções e preocupações, pelo equilíbrio orgânico e pela manutenção ecológica de fatores essenciais à vida social e, de uma forma mais ampla, às condições de bem-estar e suas conexões com a natureza. O corpo era considerado um microcosmo vivendo no seio do macrocosmo, como previa os preceitos da medicina hipocrática:

O controle do corpo exigia muito mais o esforço em mantê-lo harmoniosamente relacionado com o meio ambiente e o cosmo do que a sua liberação em relação às forças naturais. [...] Nele, o paciente deveria fornecer ao médico uma série de detalhes sobre sua vida pessoal, incluindo o regime alimentar, a qualidade do sono e das tarefas cotidianas. Estas informações eram contempladas pelo médico à luz das características cosmológicas típicas do cotidiano do paciente (SANT'ANNA, 2001, p. 6).

A função do médico não era propriamente a de curar, e sim ajudar a natureza a fazer aquilo que lhe convinha:

⁷ Deusa da saúde (BRANDÃO, 1993; 1996).

⁸ Deus da medicina (BRANDÃO, 1993; 1996).

É a natureza que cura as doenças. Ela encontra por ela mesma as vias convenientes sem ter necessidade de ser dirigida por nossa inteligência. É ela que nos ensina a abrir e a fechar os olhos, a mover a língua e outras coisas parecidas, sem a ajuda de um mestre (HIPOCRATES, 1954, apud SANT'ANNA, 2001, p. 6).

Decorrentes dessa visão vieram os tratados hipocráticos, que faziam analogias entre as estruturas orgânicas internas e os elementos da natureza – o fogo, a água, o ar e a terra –, e que culminariam com a teoria dos humores nas qualidades primordiais do frio, do quente, do seco e do úmido. (SANT'ANNA, 2001). A doença era uma exceção natural, um desequilíbrio.

Sob influência de Platão, o corpo começa a assumir uma posição contrária ao da mente ou da espiritualidade, como entidades distintas e hierarquizadas, com a superioridade das segundas (PINTO; JESUS, 2000). Superioridade porque, a despeito das concepções antigas, ele assinalaria a existência de três almas: duas mortais, que se localizam no ventre/abdômen e coração/tronco, e uma imortal, alojada na inteligência/cabeça. Apesar de separadas, mantinham comunicação entre si, sendo o centro de comando a cabeça, a sede da alma racional. (SANT'ANNA, 2001). A perfeição e o equilíbrio eram buscados por meio do exercício do conhecer, da contemplação e do teórico. O intelecto tinha a primazia sobre o operar. Não que o corpo fosse negligenciado, havia a ginástica, as olimpíadas e as guerras, contudo ele era considerado apenas um elemento intermediário, por meio do qual a mente exercitava a filosofia (PINTO; JESUS, 2000).

Além disso, Platão fazia ainda uma relação entre a matemática pitagórica e os elementos que, supostamente, formavam o corpo humano e que, analogamente, representavam as mesmas funções que os humores na medicina hipocrática:

Corpo e alma – assim como tudo que existe no cosmo – são constituídos por quatro elementos: fogo, água, ar e terra. Estes, em última instância, podem ser decompostos em figuras geométricas: o fogo em tetraedros, a terra em cubos hexagonais, o ar em octaedros e a água em icosaedros. Estas formas podem ser ainda reduzidas a triângulos retângulos isósceles e retângulos escalenos. Pelo rearranjo dos triângulos seriam compreendidas as transformações dos corpos, com grandes implicações sobre sua durabilidade e desagregação (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004, p. 625).

Portanto, uma visão numérica de uma realidade física que poderia ser possivelmente tratada, pois se baseava em um desequilíbrio de proporção, na qual Platão acrescenta o desequilíbrio entre a alma imortal e o corpo (SANT'ANNA, 2001).

Nesse sentido, as origens da distinção entre matéria e espírito são historicamente antigas, fizeram com que o corpo carregasse gradativamente até os nossos dias, mesmo que com ênfases diversas ao longo da história, o peso depreciativo de obstáculo, prisão e túmulo da alma – um mero participante secundário do real (PINTO; JESUS, 2000).

A herança desses fatos é a prevalência de longa duração, na ciência moderna, do enaltecimento da razão pela operacionalização da matéria. Postura utilitarista que posicionou o corpo como mero objeto de escrutinação. Problema que também marca a separação entre natureza e cultura e, por fim, os limites entre as ciências biológicas e exatas, por um lado, e humanas, por outro. Processo de desligamento crescente que corresponderá a um tipo muito específico de dominação e sujeição do corpo, tal como se busca realizar com toda a natureza.

Continuando na mesma linha de pensamento, chega-se à Idade Média (século XV), período da história no qual a cultura oficial nos transmitiu uma imagem estereotipada e lúgubre, características que marcaram apenas sua fase final – como sendo dos mosteiros, das catedrais, dos castelos e do alto clero. Ou seja,

a Idade Média não é homogênea e que sob este rótulo abrigamos, para dela fazer abstração, uma imensa multiplicidade de regiões, de povos, de grupos e também de classes sociais. Há ainda, sob o termo, uma pluralidade de tempos, pois esses mil anos que constituem a história medieval não se limitaram absolutamente a reeditar de maneira monótona o mesmo texto (RODRIGUES, 1999, p. 19).

Assim, a sua importância dessa compreensão está em pensar que a Idade Média caracterizou o *outro* específico de nossa civilização, pois diz respeito aos “séculos em que germinaram – ainda que paradoxalmente e em muitos casos para parasitá-la e corroê-la – coisas absolutamente fundamentais no que diz

respeito à edificação da modernidade” (GIMPBEL, 1976, apud RODRIGUES, 1999, p. 31).

O corpo na Idade Média abrigava uma outra lógica, que nossa sensibilidade hoje tenta obscurecer. Na descrição de Rodrigues (1999, p. 85):

Não se tratava somente do corpo singularizado e individualizado do burguês. Não era um corpo circunscrito em si. Não era um corpo contido. Não era um corpo fechado, pronto, acabado. Não transmitia a idéia de ser completo em si ou por si mesmo. Não era um território rigorosamente delimitado. Não era um corpo visível apenas do exterior e que mostrava somente uma superfície, uma fachada lisa e quase sem fendas, ao contrário do nosso, em que quase todos os orifícios estão escrupulosamente vedados.

A Idade Média, era por outro lado, o lugar no qual

a corporalidade medieval era valorizada em si, até porque continha o que hoje chamamos de ‘espiritual’. Conhecer os mistérios da vida era antes de tudo perscrutar os desígnios de Deus, supondo-se que animassem simultaneamente corpo e alma, espírito e matéria, natureza e sociedade (RODRIGUES, 1999, p. 55).

Pois a relação corporal com seu entorno era intensa, na medida em que

a cosmovisão medieval postulava uma integridade absoluta do universo. Isto significa que era uma espécie de amálgama o que se encontrava nuclearmente naqueles tempos, em que o macrocosmos e o microcosmos se fundiam, se indiferenciavam e não se contrapunham (RODRIGUES, 1999, p. 41).

Partindo dessa idéia cosmológica do homem, é que Foucault afirma que, com base em diferentes idéias subjetivadoras, o homem não existia antes do século XVIII, surgindo para as atuais concepções sociais, como problema, somente depois do estabelecimento das ciências naturais.

[...] Sem dúvida, as ciências naturais trataram do homem como de uma espécie ou de um gênero [...] Mas não havia consciência epistemológica do homem como tal. A epistémê clássica se articula segundo linhas que de modo algum isolam um domínio próprio e específico do homem (FOUCAULT, 1966, apud SILVEIRA, 2001, p.20).

O desenrolar da lógica proposta por Foucault (1966) antes passa, conforme proposta deste trabalho, pelo resgate histórico da constituição cotidiana da cosmovisão medieval, que podemos iniciar pela demonstração do ambiente das casas rurais que existiam em grande quantidade na época (RODRIGUES, 1999).

Rodrigues (1999) analisa as casas rurais que apresentavam apenas um cômodo, no qual conviviam um número variável de pessoas, animais e acessórios materiais, além de ratos, moscas e pulgas. O ambiente familiar interno (microcosmo) continha todos os elementos externos (macrocosmo) representativos do mundo real. Essa imagem conjura, fortemente, as interações e as percepções corporais de uma mundaneidade – de ser/estar no mundo – conectada à totalidade e ainda livre de pretensas lógicas segregacionistas.

A indissociabilidade fazia parte também do modo de encarar os fatos relativos à dor e à morte (RODRIGUES, 1999). A tortura, por exemplo, é um dos traços atribuídos aos tempos medievais que mais nos chocam, em virtude da lembrança dos calabouços sujos, úmidos e escuros, das mais variadas e criativas máquinas de sofrimento e da figura do carrasco, corpulento e encapuzado, e não era um ato despropositado como pensamos hoje, porque era um ato de sofrimento e se incorporava aos sistemas simbólicos da época: poderia ser uma ação direta sobre o espírito ou a garantia de salvação antecipada pelo pagamento de uma dívida. Conseqüentemente, os sentidos da vida e da morte também eram outros. Não havia muralhas a separá-los, porque na sua convivência não existia nada de extraordinário. A vida era circular e ela deveria continuar depois da morte, e a morte já existia mesmo antes da vida. Morrer era um sono, era dormir na espera do grande despertar, para um dia ressurgir, uma vez mais, e integralmente de corpo e alma. A putrefação era apenas uma idéia da expressão fertilizadora e, portanto, geradora de vida. Uma das representações mais significativas, seguindo o estudo de Rodrigues (1999) e que sintetizam a relação entre vida e morte, eram as chamadas danças macabras, nas quais o falecimento de alguém não era exatamente um pesar, e sim um momento de celebração, em que homens literalmente dançavam com cadáveres. Talvez o equivalente, menos extremo atualmente, do nosso “beber com o morto”.

Essa vida aparentemente ritualizada dessa maneira em um paganismo que soava como bárbaro, era interpretada como uma ofensa desafiadora aos olhos da igreja. Na época, sua influência sobre a vida das pessoas estava em

franca expansão, e como instituição normatizadora começava a incutir a idéia de que o espírito tinha precedência sobre o corpo, este considerado apenas como a morada da alma. Assim, gradualmente a proposição grega de dicotomização do homem em partes distintas é retomada. Tal anseio aliado à formação de uma crescente elite burguesa vai por fim compactuar no sentido de romper com essa visão de mundo, segundo a qual tudo se ligava a tudo (RODRIGUES, 1999).

Autores como Júlia Paula M. de Souza Pinto e Adilson Nascimento de Jesus (2000) mostram que a igreja passou a considerar e a conceituar o corpo apenas pela sua formação material. Era imperativo discriminar o corpo como carne que deveria manter-se intacta às tentações demoníacas da degradação. O corpo deveria procurar a purificação e a transcendência, pelo domínio da própria carne. Esse ímpeto poderia ser alcançado com as obrigações religiosas, os flagelos, as autopunições, e as renúncias, nos quais os desejos e os prazeres terrenos não poderiam encontrar espaço. Expor os desígnios de Deus dessa forma fez com que o povo passasse a temer a tão propalada periculosidade do corpo, que passou a ser tratado de maneira discreta, com respeito e moderação, de acordo com as regras do decoro e da moral, pois tudo que escapasse desse contorno ameaçaria a vida neste mundo e no outro também.

Portanto, as atividades corporais, no medievo, eram consideradas condenáveis, porque, para a nova política que se erguia, era fundamental negar parte da cultura anterior, extremamente ligada ao corpo e a seus usos. O entendimento da realidade começava a adquirir sentido cada vez maior mediante as oposições, conforme mostra Rodrigues (1999, p. 63):

Aquele amálgama, aquela integridade do universo medieval, será contínua e cada vez mais profundamente fracionada, para dar lugar a lógica do cada coisa em seu lugar. Ponto fundamental para nosso raciocínio, é essa lógica de segregações que doravante atribuirá sentido ao mundo, ditará os princípios que vão presidir as mentalidades e sensibilidades posteriores e que deverão resultar na nossa ciência, na nossa etiqueta, no nosso ambiente, nossa resistência, nossa postura corporal.

Contudo vale ressaltar neste momento que o padrão de comportamento humano muda muito gradualmente em uma direção específica, de acordo com a análise de Elias (1994a). Por isso, o condicionamento dos costumes

manifesta-se de diferentes formas. Além da questão religiosa, existem também as questões de conduta, o modo de realizar as refeições, a utilização da língua falada, o vestir-se adequadamente, o jeito de dormir, os rituais para procriar etc. Elementos que, apesar de gerar diferenciação e afastamento, se conectam com as outras esferas da realidade, influenciando, por conseguinte, o rumo dos acontecimentos.

Em termos científicos, a Idade Média também abriu espaço para o mundo das experimentações, segundo Rodrigues (1999). Para o autor, o corpo nessa perspectiva começava a receber um olhar mais objetificante, que dizia respeito às primeiras práticas de dissecações públicas e oficiais, com finalidades de estudo, que aconteciam principalmente em universidades. Silva (1999, p.13) fala de um desencantamento crescente do corpo, que o levará a perder definitivamente a sua condição de microcosmos.

O corpo individual que surge da dissecação anatômica, com seus detalhes que vão sendo expostos como em uma vitrine, vai abrir caminho para o médico iluminista, primeiro, separar órgão por órgão, depois, tecido por tecido, para mais tarde, ver-se dividido o corpo humano em células, partículas e átomos.

Segundo Silva (2001), esse desencantamento também teria a ver com a redescoberta, ainda na Idade Média, do pensamento de Platão sobre a importância da matemática como essência de todas as coisas. Contudo, apesar desse filósofo nunca ter admitido que a exatidão matemática fosse aplicável à realidade física, os pensadores da época, e os subsequentes, viriam a interpretar tal redescoberta como um pressuposto quantificador de tudo que fosse possível medir ou calcular.

Além de medir e calcular, é na transição da Idade Média para o Renascimento que começará a se estabelecer uma linguagem voltada para a ordenação dos diversos seres vivos da natureza, com o objetivo taxionômico de classificação. Foucault (1966) mostra, portanto, que a sistematização discriminatória por meio de nomenclaturas articuladas faz do conhecimento um elaborador de representações sobre o mundo em sua multiplicidade de formas e seres.

O resultado prático desse poder discursivo seria, na interpretação de Silveira (2001, p. 17),

a conseqüente constatação de que o homem, enquanto estudioso da natureza, pode exercer seu poder imaginativo discriminador da realidade circundante, estabelecendo um reconhecimento do mundo natural sobre uma epistemologia ainda ímpar. Ou seja, há uma correlação direta entre uma densificação do poder do discurso associada a um implemento da imaginação ordenadora do pesquisador diante da seqüência de percepções, despertadas pelo mundo, atravessando seus próprios sentidos.

Portanto, o corpo acaba, depois desse momento, tornando-se, no interior da cultura ocidental, uma importante fonte de experimentações. Entretanto ele é, ao mesmo tempo, desqualificado e desvalorizado, na medida em que se pode mexer nele e alterá-lo. É talvez, a partir desse marco, que se pode localizar o início do corpo como construção humana.

3.2 DO RENASCIMENTO À MODERNIDADE: A CONSTRUÇÃO BIOMÉDICA DO CORPO

No sentido de construção de uma categoria de análise, inaugurada por Descartes no século XVII, o racionalismo moderno estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como máquina. Assim como Galileu tinha mostrado que o método científico era capaz de providenciar uma interpretação mecânica do mundo físico, Descartes não via empecilhos para os mesmos princípios serem aplicados ao mundo das criaturas vivas. Seguindo a lógica de criar dicotomias, Descartes aproveitou os subsídios do platonismo para postular que a visão da natureza derivava de uma divisão fundamental entre dois reinos independentes: o da mente (*res cogitans*) e o da matéria (*res extensa*).

Para Rodrigues (1999, p. 60), a visão de Descartes dessa dicotomia implicava que a materialidade da existência humana fosse descartável. E sobre isso Rodrigues salienta:

Tal dicotomia foi premissa indispensável para se chegar a conceber que alguma coisa do humano ou mesmo qualquer fração do mundo pudesse ser considerada como resíduo, sobra. Na visão cartesiana, o corpo não passava de um cadáver e o próprio Descartes, em suas *Méditations*, foi bem explícito nesta comparação ao afirmar que o corpo não é senão aquilo que sobra da vida de uma alma.

Professando a cientificidade, Descartes entregava-se a inúmeras dissecações e vivissecações, porque tais meios eram em sua opinião o melhor para compreender a máquina humana, já que esta possuía partes. O corpo humano tornou-se do domínio da natureza. O corpo é puramente corpo, assim como a alma é puramente alma. A instauração da ciência como instituição e mediadora da razão começava a instaurar toda uma postura utilitarista e reducionista de lidar com o corpo. Dessa forma, além de conhecido, dessacralizado, mensurável, o corpo se transformaria em algo que poderia ser dominado (RODRIGUES, 1999).

Descartes reconhecia a existência de um corpo, mas pensava-o, portanto, sob o ponto de vista de máquina que seria capaz de captar do exterior o material de trabalho da *res cogitans*. Contudo, as informações que necessitariam passar pelos órgãos dos sentidos e serem interpretadas pela alma pensante, instigava-o a duvidar sistematicamente da veracidade contida nelas. Instaurava-se, conseqüentemente, a questão de como obter conhecimento real por meio da imparcialidade do sujeito que se diz cognoscente. Essa idéia fez emergir, a partir da visão cartesiana, a dupla visão de si mesmo, na medida em que o ser humano se percebia como sujeito e objeto da racionalidade (ELIAS, 1994). A problemática pode ser resumida com o seguinte exemplo:

“Sou uma pessoa”, reza esse esquema básico numa forma simples, “e tenho um corpo. Meu corpo é feito de matéria, tem extensão espacial e, portanto, certa posição no espaço. Mas minha razão, minha mente, minha consciência ou meu eu não é feito de matéria nem se estende no espaço. A razão e a inteligência, a mente e a consciência têm sede *em* meu corpo, mas são diferentes do meu corpo” (ELIAS, 1994, p. 95) [aspas e grifo do autor].

Elias (2004) fazendo uma analogia com a parábola das estátuas pensantes, acrescenta que o controle comportamental, advindo dessa visão dicotomizada, gerou sobre o indivíduo uma espécie de autocontrole intensivo, complexo e difundido, que se inicia na infância e invade a idade adulta, como uma forma de uniformização profunda e abrangente. Imunização que acontece por meio de exemplos verbais e nos atos, como uma segunda natureza que se deve adquirir, conforme as experiências particulares.

Instaurava-se assim, uma maior necessidade de observar e pensar antes de agir como condição para a inserção do indivíduo ao modo de vida e trabalho na sociedade capitalista. Ao impor essas restrições à educação e ao estilo de vida das pessoas reforçou-se a máxima cartesiana do indivíduo isolado de todas as pessoas e coisas, cindido por um muro invisível que separa interior e exterior. E assim:

o corpo, tal como aparece ao sentimento, separa uma pessoa da outra como uma parede, ainda que tenhamos perfeita consciência de que é também ele que as une. Parece um continente que isola o “exterior” e “contém” a própria pessoa, ou conforme o caso, a “consciência”, os “sentimentos”, a “razão” e a “consciência moral”, como um receptáculo (ELIAS, 1994, p. 99) [aspas do autor].

Com a crescente supressão dos movimentos corporais, aumenta a importância do ver, elemento de aprendizado que assumirá importância para a educação biomédica, na medida em que é, principalmente, pela observação no ambiente hospitalar, que o processo de ensino-aprendizagem se fundamentará na modernidade, e no quais os novos modelos que pensam a integralidade ou visão sistêmica, tentarão hoje, se opor. Elias (1994, p. 100) ainda fazendo referência a parábola das estátuas pensantes critica:

Os prazeres do olhar e da audição tornam-se mais ricos, mais intensos, mais sutis e mais gerais. Os dos membros são cada vez mais confinados a algumas áreas da vida. Percebemos muito e nos movimentamos pouco. Pensamos e observamos sem sair do lugar [...] As estátuas pensantes vêem o mundo e formam concepções dele, mas lhes é negado o movimento dos membros. São feitas de mármore. São feitas de mármore. Seus olhos vêem e elas são capazes de pensar no que vêem, mas não podem ir até lá. Suas pernas não podem andar nem suas mãos, segurar. Elas olham de fora para o interior de um mundo, ou de dentro para um mundo lá fora – como quer que prefira formulá-lo -, um mundo sempre separado delas.

Com a Revolução Industrial (XVIII), o corpo, conceitualizado anteriormente, começa a ser utilizado na expectativa de oferecer o retorno de sua capacidade inventiva e produtiva. Não que fosse fato inédito, mas o homem, a partir desse momento, pôde explorar o próprio homem pela sistematização da força de

seu trabalho, objetivando capitalização, e pelo poder de seu conhecimento potencializar as ações sobre o rendimento físico de cada pessoa. O corpo que provém desse processo, como veremos a seguir, será perscrutado nos mais diversos âmbitos sociais para assim atingir as metas propostas (RODRIGUES, 1999).

Portanto, o corpo-controle terá de suportar longos turnos de serviço, e o esgotamento físico provocado pelas desumanas jornadas forçará a elaboração de programas de saúde visando à prevenção de afastamentos do trabalho. Proteger o corpo das doenças e afastá-los desse modo de atividades que fossem danosas significava edificar uma estrutura ideológica capaz de ensinar ao corpo-ferramenta bons costumes e métodos que garantiriam não só uma vida saudável, como também rendimentos seguros.

De uma forma ampla, a busca da eficácia plena teria de ultrapassar o ambiente de trabalho e invadir incisivamente a sociedade como um todo, em diferentes níveis. Processo em andamento contínuo, como demonstrado anteriormente e, de acordo com Silveira (2001, p. 26), doravante

o homem passa a se destacar dos demais seres da natureza enquanto um domínio diferenciado e específico a ser estudado, servindo, portanto, como novo ponto de apoio a renovadas conformações de saberes em produção e, a quem, todos os outros reinos da natureza deveriam se reportar. E é justamente esta definição do homem, como medida de todos os reinos da natureza, que se tornou um dos deslocamentos mais marcantes empreendidos pelo efeito de conjunto provocado pela Modernidade. Ela é promotora de uma reviravolta na articulação epistemológica, de forma que o homem, antes excluído do quadro clássico, passa a ser o elemento central da coordenação tanto das pesquisas dos seres vivos como dos saberes científicos em geral.

Assim sendo, tal métrica humanista dos saberes emerge de maneira que o “homem aparece com sua posição ambígua de objeto para um saber e de sujeito que conhece” (FOUCAULT, 1966, p. 328), o que era inconcebível na Renascença, em virtude da significação residual proferida ao homem e às disposições discursivas a ele referentes (SILVEIRA, 2001).

A corporalidade individual terá de, cada vez mais, se identificar, voluntária ou involuntariamente, com os padrões de determinada coletividade. A

biografia individual, já empobrecida, será vigiada ainda mais de perto e atentamente, para não constituir dano à dinâmica dos interesses correntes.

Seguindo a tendência, a biomedicina buscará na objetivação da doença estabelecer os fundamentos de sua cientificidade, na medida em que a pessoa enferma não é mais do que o epifenômeno de um evento fisiológico. Para melhor compreendê-la,

[...] a medicina despersonaliza[rá] a doença. Esta não é mais percebida como herança da aventura individual de um homem num momento específico, mas como a falha anônima de uma função ou de um órgão. O homem é atacado por uma alteração que apenas se reflete em seu organismo. A doença é colocada como uma intrusa, nascida de uma série de causalidades mecânicas. Dentro da elaboração gradual de seu saber e de seu “savoir-faire”, a medicina negligenciou o sujeito e sua história, seu meio social, sua relação com o desejo, a angústia, a morte, o sentido da doença, por não considerá-lo mais que um “mecanismo corporal” (LE BRETON, 1992, p. 187).

Conseqüentemente,

esta visão da doença pode apenas conduzir o doente a uma posição passiva entre as mãos do médico e a espera que o tratamento recebido faça seu efeito. A doença é algo diferente dele e seu esforço para curar-se e sua colaboração ativa não são considerados como essenciais. O paciente não é encorajado a se perguntar sobre o sentido íntimo de seu mal, nem a tomar isso como sua responsabilidade. Deve-se preocupar apenas como paciente, de tomar sua medicação e esperar os efeitos (LE BRETON, 1992, p. 188).

A biomedicina buscará, gradualmente, objetivar a separação entre sujeito e objeto de seu conhecimento, separando o doente da doença. Esses fatos representaram para a saúde um avanço no determinismo, primeiro material e depois físico-moral. Finalmente, a ordem do mundo começa a obedecer à ordem biológica (LE BRETON, 2006), na qual

a Modernidade começa com a incrível e finalmente aproveitável idéia de um ser que é soberano precisamente pela virtude de ser escravizado, um ser cuja finitude permite tomar o lugar de Deus (RABINOW; DREYFUS, 1995, apud SILVEIRA, 2001, p. 28).

A Modernidade, enfim, “descobre” a centralidade do corpo de uma forma que

o corpo se avoluma, e contém dimensões espaciais, a serem claramente discriminadas; possui disposições funcionais (respiração, circulação, digestão, dentre outras), as quais passam a ocupar um lugar privilegiado nas pesquisas; possui uma série de sentidos e percepções que precisam ser enumeradas e analisadas, as quais, por sua vez, provocam uma série distinta de estimulações a todos os sentidos do pesquisador; está sujeito aos processos desenvolvimentistas advindos do transpassar do tempo e das transmutações e peculiaridades da cultura, da história e da sociedade; passa a ser um corpo, que na somatória com outros corpos, produz a concretude fundamentadora da noção de população e de suas implicações demográficas; se tornará a fonte intrigante de inúmeras pulsões e forças instintuais ancestrais; se configurará como o ponto de apoio de diversos diagnósticos que elencarão uma série constantemente renovável de patologias, desvios comportamentais e a imanência de vários padrões de normalidade (SILVEIRA, 2001, p. 33-34).

Dessa forma, o corpo transformou-se em um desafio para a biomedicina, na medida em que, como um imperativo categórico, a saúde se erigiu fundamentalmente como uma aposta. Portanto, se há uma utopia na área da saúde, ela implicará também uma utopia do corpo, já que a saúde perfeita solicita um corpo perfeito, mote pelo qual Le Breton (2003, p. 190) rebate, concluindo:

O homem, porém, não está diante do mundo como diante de uma série de parâmetros que armazenaria. Os limites de seu universo são os fornecidos pelos sistemas simbólicos dos quais é tributário. Como a língua, o corpo é uma medida do mundo, uma rede jogada sobre a multidão de estímulos que assaltam o indivíduo ao longo de sua vida cotidiana e que só retém em suas malhas os que lhe parecem mais significativos. A cada instante, o indivíduo interpreta seu meio por intermédio de seu corpo e age sobre ele de acordo com as orientações provenientes de sua educação ou de seus hábitos. A condição humana é corporal. Há uma conceituação do corpo, da mesma maneira que há um arraigamento carnal do pensamento. Qualquer dualismo é eliminado diante dessa constatação fundamentada na experiência cotidiana da vida.

3.3 A CONSTRUÇÃO BIOMÉDICA DE UM CORPO MODERNO: A PRODUÇÃO DE SI

Juntamente com esse processo de construção de dicotomias, fragmentações, especializações caracterizadas ao longo do tempo, o corpo, hoje, assume de forma implícita ou explícita a máxima centralidade. No contexto da clínica médica, a centralidade está afirmada e reafirmada pelo poder manipulativo que o conhecimento exerce sobre a materialidade do homem. Suprimido, o corpo, no âmbito da inter-relação entre sujeitos, perde muito da sua riqueza biográfica individual, pois os sintomas se transformam em dados objetivos de registros que esmaecem a percepção dos sentimentos e das sensações subjetivas presentes nesse encontro. A necessidade de expressar o mal para dar sentido à vida não é levada em conta para estabelecer o esperado vínculo terapêutico e alcançar a cura (QUEIROZ, 1986).

A importância do corpo, na consulta, está na visibilidade técnica que ele pode alcançar enquanto fonte de informações biomédicas. Quase que como uma obrigatoriedade, esse corpo-texto se desdobra constantemente em novas descobertas e, conseqüentemente, em novas especialidades. Um desvendamento praticamente sem fim, que nos orienta a novas técnicas do corpo ou, pelo menos, a reinvenção de algumas delas. Nesse intuito, a interferência medicalizante pode ser percebida de forma ampla e em contextos variados, como, por exemplo, na captura interna de imagens por aparelhos sofisticados que buscam uma transparência ainda maior da vida biológica; nas questões referentes ao retardo do envelhecimento para aumentar o tempo de vida produtiva, melhorando e potencializando as funções orgânicas e mesmo estéticas, mostrando a morte como um obstáculo até certo ponto contornável. A medicalização invade o humor por meio da “produção farmacológica de si”, invade a sexualidade, estabelece regras nas relações entre gêneros e domina a criação da vida pela genética (LE BRETON, 2003).

As tecnologias de imagem trouxeram para o tratamento de doentes muitos benefícios. Quando os raios X surgiram, no século XIX, houve um misto de encantamento e desconforto, pois os cientistas vislumbravam as inúmeras aplicações que poderiam fazer desse instrumento. Em contrapartida, a sociedade tradicional sentiu-se ultrajada por pensar que imagens de seu interior corporal, consideradas íntimas, poderiam se tornar de conhecimento público. Os raios X

provocariam nos indivíduos uma mudança na imagem que os indivíduos tinham de si mesmos, era um novo ideal de transparência que dissolvia a opacidade e a densidade do corpo (ORTEGA, 2006).

Os recursos de imagem na biomedicina oferecem exclusividade quase que absoluta do sentido da visão, o que fez com que a audição e o tato fossem relegados a um segundo plano (ORTEGA, 2006). O encontro terapêutico baseado em práticas de contato físico por meio de palpitações perdeu significativamente valor, e a espacialização do mal encontrada no exame substituiu parcialmente a narrativa da pessoa enferma, oferecendo continuidade à tradição anatômica.

A pseudo-autonomia de uma imagem isolada gera a idéia errônea de uma imagem com vida própria e com nenhum vínculo contextual. Assim, a supervalorização das partes em detrimento do todo evidencia sobremaneira o movimento especialista da biomedicina que se define por um órgão, como, por exemplo, pulmão, rim e estômago (ORTEGA, 2006). Ortega (2006, p. 253) coloca que o corpo é um elemento em ação e somente encontra a concepção fragmentadora na passividade imposta pela biomedicina:

Apesar de a biomedicina nos fornecer modelos de corpos como divisíveis e fragmentados, o percipiente ativo não experiencia seu corpo dessa maneira, mas como uma unidade orgânica. Apenas quando apreendido exclusivamente de forma visual e passiva – como acontece na visualização médica e na visualização espetacular, o corpo aparece como uma soma de partes, uma série de membros encaixados uns nos outros [...] o corpo que somos e temos não é apenas um objeto de controle e vigilância, nem uma construção discursiva, midiática ou espetacular, mas o sujeito da experiência e da ação.

No que diz respeito à influência da biomedicina sobre o processo de envelhecimento, o esforço, aparentemente, está concentrado na alteração dos limites classificatórios de degeneração orgânica na busca da “idade real” de cada um, que pode em um mesmo indivíduo expressar-se de forma desigual em diferentes tecidos. Assim, o critério puramente cronológico seria falho e arbitrário, na medida em que o envelhecimento seria mais bem definido, em termos biológicos, pelos efeitos da idade sobre determinado organismo. Portanto, saúde é comumente

confundida com juventude e doença com velhice; a velhice é um defeito (GROISMAN, 2002). De acordo com Motta (2002, p. 41),

No imaginário social, o envelhecimento é um processo que concerne a marcação da 'idade' como algo que se refere à natureza, e que se desenrola como desgaste, limitações crescentes e perdas, físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte. Não se costuma pensar em nenhum bem; quando muito, alguma experiência. Nenhum ganho, nessa 'viagem ladeira abaixo'. As perdas são tratadas principalmente como problemas de saúde, expressas em grande parte na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece: enrugamento, encolhimento, descoloramento dos cabelos, 'enfeimento', reflexos mais lentos, menos agilidade... Mas são expressas muito mais pelos outros do que pelos próprios velhos.

Na tentativa de conter os efeitos deletérios do envelhecimento impõem-se condutas de vida saudável – técnicas de como envelhecer melhor. Sugere-se de tudo: desde ginásticas específicas, *check-up* anual, alimentação hipocalórica, reposições hormonais, atividade sexual ativa, vida social ampla e atividades que exercitem a mente. Nesse sentido, o acompanhamento dos hábitos de vida pode começar já ao nascimento, ou até mesmo antes dele pela análise da bagagem genética individual, como meio de prevenir o envelhecimento.

As medidas que visam ao melhoramento estético para a atenuação dos anos sobre a estrutura física foram as que ganharam maior vulto entre todas as camadas sociais, na medida em que se criou uma forte aversão à gordura e ao desleixo. O que justificaria, em partes, a busca intensa por recursos como a musculação, as cirurgias plásticas e os regimes. Na verdade, tudo aquilo que se pretende saudável e prescrito e deveria ser seguido, com a pretensão de que pelo menos traria certo conforto emocional e qualidade de vida subjetiva para quem submete seu corpo à instrumentalização.

A não hesitação na produção de si, que caracteriza o homem modernidade, não é um comportamento que simplesmente segue a tendência do momento, mas revela projetos de vida que estão em processo de desenvolvimento, e negligenciá-los caracterizaria um atentado contra si mesmo ou ainda um delito para o senso comum passível de estigmatização. Nesse sentido, Le Breton (2003) fala de uma transitoriedade da configuração corporal, em que o corpo deixa de ser

visto na sua inteireza e se torna algo composto por partes descartáveis sempre passíveis de melhoras, alterações, trocas; enfim, torna-se acessório. Na urgência de resultados Le Breton (2003, p. 47) fala da cirurgia estética como

uma medicina destinada a clientes que não estão doentes, mas que querem mudar sua aparência e modificar, dessa maneira, sua identidade, provocar uma reviravolta em sua relação com o mundo, não se dando um tempo para se transformar, porém recorrendo a uma operação simbólica imediata que modifica uma característica do corpo percebida como obstáculo a metamorfose. Medicina pós-moderna por excelência – por sua preocupação de retificação pura do corpo –, baseia-se em uma fantasia de domínio de si do cliente e na urgência do resultado.

Outro exemplo contundente de produção de si é o uso de anabolizantes pelos *body builders*, que têm a identidade modelada e resgatada pela aparência dos músculos modelados, que são considerados objetos de desejo, beleza e masculinidade (LE BRETON, 2003).

A prática do *body building* é um paradoxo atual, já que as atividades de força manual tendem a desaparecer por serem substituídas por máquinas e por culturas cibernéticas que consideram o corpo obsoleto. Contudo o efeito cosmético dos músculos inflados incuti e simula uma impressão de corpo saudável; de “um corpo máquina com acabamento cinzelado, cujo vigor é rematado pelos esteróides e pela dietética, um corpo pacientemente fabricado, trabalhando sucessivamente feixes de músculos seguindo uma analítica meticulosa da carne” (LE BRETON, 2003, p. 42-43).

Outro elemento de destaque na produção de si é a busca de um controle do humor por meio da ação medicamentosa, em que se procura uma regulação desse humor como forma de obter uma maior adaptação social ao se eliminar o risco de conflitos para aliviar o esforço de viver, visto que melhora o poder de ação da pessoa sobre o mundo (LE BRETON, 2003).

A regulação dá-se conforme é possível ou desejável ingerir um remédio para cada atividade ou sensação conveniente ou inconveniente ao momento. Nem a sexualidade escapa de ser regida por tal lógica, e o sucesso do Viagra⁹ e correlatos comprova isso. Originalmente sintetizado para auxiliar no

⁹ Nome científico:citrato de sildenafila. Medicamento usado para impotência sexual.

tratamento de pessoas portadoras de disfunções sexuais, virou mania entre homens de meia idade que não possuem desempenho adequado e entre jovens, em busca de atuações performáticas além da atividade normal (LE BRETON, 2003).

Sobre as descobertas genéticas, Le Breton (2004) diz que nos dias atuais existe certo fetichismo que elimina a vida concreta, pois as informações sobre o DNA humano tendem a colocar a existência em um nível planejado, que esvazia as coisas de sua substância, de seu valor e de seu significado, na medida em que busca a comparação – o indivíduo, do ponto de vista biológico, não existiria, já que o corpo seria um mecanismo impessoal, que em última instância seria o resultado de interações moleculares. O reducionismo epistemológico é legitimado, portanto, como parte natural do progresso do conhecimento. Contudo Le Breton (2004, p. 13) afirma que

O DNA não nos conta nada sobre a história individual, valores e modos de vida. Ele, dentro das preocupações em saúde, somente explica um punhado de características físicas ou a suscetibilidade particular de cada sujeito. Não deveria ser esquecido nesse contexto – que homens e chimpanzés compartilham 99% de seus genes.

De modo prático, a biomedicina beneficia-se pouco desse conhecimento, já que somente uma pequena parte das anormalidades genéticas que são detectáveis pode ser controlada por intervenção médica ou por mudanças no estilo de vida. Nesses moldes, a idéia de uma medicina preditiva e que tenha uma ação intervencionista eficaz significa somente uma projeção futurística, pois, mesmo estando aparentemente em boas condições de saúde, qualquer pessoa é ao mesmo tempo potencialmente sujeito ao desenvolvimento de uma doença de cunho genético (LE BRETON, 2004).

Por outro lado, mesmo que distante da realidade, essas discussões alteram o comportamento coletivo e determinam modificações éticas. O discurso biológico pode não ser socialmente ameaçador, mas se torna perigoso quando as noções a ele associadas crescem em importância e se tornam caminhos de legitimização da exclusão ou do desprezo para com o ser humano – como pode ser a idéia de “aborto terapêutico” em casos de identificação de anormalidades hereditárias do tipo distrofias musculares (LE BRETON, 2004).

Toda a manipulação corporal discutida até aqui diz respeito, em todos os sentidos, à expectativa de uma vida ideal, que tem no seu extremo oposto a presença indelével da morte. Tema difícil de ser abordado sem alguma polêmica e resistência, pois a idéia de finitude e do incognoscível se transforma em tabu sem grandes esforços, na medida em que a cultura, a biologia e até as religiões conspiram para que as pessoas jamais estejam prontas para morrer.

A tecnociência biomédica agrava esse fato, visto que busca somente realizar a manutenção da vida ou, em momentos críticos, prolongar a sobrevivência. Faz-se do processo de morrer um adversário que deve ser combatido e se possível vencido. Entretanto, nesse embate, raramente os aspectos relacionados ao sofrimento subjetivo e ao bem-estar têm relevância (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

A medicina moderna é capaz de prolongar a vida de um paciente terminal por diversas semanas, por meio de aparelhos que reproduzem as funções orgânicas humanas, dando a falsa impressão de que a morte é opcional e que o uso de todo aparato tecnológico disponível é uma obrigatoriedade. Desse entendimento é que surgem idéias extremistas, como a do congelamento do corpo ou do cérebro em nitrogênio líquido para pessoas que têm esperança de serem ressuscitadas em uma nova era de uma sociedade tão avançada que possa resolver o problema de males incuráveis atualmente (SOUZA; ZAKABI, 2005).

Com o advento da unidade de terapia intensiva (UTI) nos 1970, que tinha como intenção inicial somente abrigar pessoas que pudessem alcançar a cura, criou-se a idéia atual de um lugar de última esperança, no qual os limites entre a vida e a morte são muitos tênues (SOUZA; ZAKABI, 2005). Como última esperança remete a últimos desejos e, portanto, qualidade na assistência, o conceito de humanização em saúde invadiu também o espaço físico da UTI. Pensa-se na cor das paredes, em janelas que permitam a entrada de luz solar, em climatização e tratamento acústico, na presença de plantas etc. Tudo isso, entretanto, revela um mascaramento que reforça a obstinação terapêutica, na medida em que tenta reproduzir a realidade externa de pessoas ditas saudáveis. Cabe lembrar ainda que é na UTI que a maioria da parafernália tecnológica ganha maior vulto diante da fragilidade humana. Segundo Le Breton (2003), são tecnologias avançadas que se articulam com as funções corporais interativamente, como companheiros sinceros e amigáveis e que não hesitam em dizer a verdade.

Assim, as fragmentações que a modernidade provoca e as perdas de sentido que carrega fazem com que aceleremos o progresso científico por assegurar o conhecimento da matéria na pluralidade de seus elementos, o que, nas palavras de Balandier (1997, p. 227), significa que

nada parece escapar a essa apropriação científica do mundo, das coisas, dos seres, a esse cadastramento minucioso do real. As aplicações do saber, ou seja, as técnicas, estão submetidas a um só movimento e mais imediatamente manifestos. Diversificam-se e se sucedem em ciclos curtos [...] Estão onipresentes acompanhando o homem moderno nos recônditos de sua vida privada [...] Introduzem uma visão instrumental do mundo; tudo tende a ser avaliado em termos de funcionamento, de operação técnica e de eficácia, de ajustamentos sucessivos aos novos imperativos tecnológicos.

Em geral a modernidade condensa convergências, divergências e incertezas fundamentais como em um quebra-cabeça, e apesar dessas características as mudanças provocadas carregam um valor que na maioria do tempo tende a ser positivo:

Está em todos os lugares como geradora de contradições. De um lado, impõe sua lógica, sua racionalidade; produz as representações de um mundo mais transparente pelo progresso científico acelerado, de uma natureza melhor dominada, porque mais submetida em razão dos desenvolvimentos técnicos cumulativos e rápidos, de uma sociedade mais programável pelo fato da tecnicidade dos agentes de gestão e das organizações (BALANDIER, 1997, p. 231).

A despeito de todas as constatações reducionistas, fragmentárias e especialistas, de acordo com Le Breton (2003), seria impossível nos dissociarmos por completo do sensível, porque abandonar a densidade da carne seria perder assim o sabor das coisas.

CAPÍTULO III

4 DO CURRÍCULO

*Não há ensino sem pesquisa e pesquisa
sem ensino. Esses quefazerem que se
encontram um no corpo do outro.
Enquanto ensino continuo buscando,
reprocurando.
Ensino porque busco, porque indaguei,
porque indago e me indago.
Pesquisa para constatar, constatando
intervenho, intervindo educo e me educo.
Pesquisa para conhecer o que ainda não
conheço e comunicar ou anunciar a verdade.*

Paulo Freire

4.1 A FISIOTERAPIA NO BRASIL: LINHAS GERAIS

A história da fisioterapia mostra que a criação da profissão se deu principalmente em virtude da demanda que no contexto mundial se referia às grandes guerras e, no Brasil, aos acidentes de trabalho e epidemias, como a poliomielite. Antes de fundamentar bases sólidas como área de conhecimento, esteve sob a coordenação de departamentos médicos, tanto em serviços público/privados quanto em universidades. Sempre ligada à medicina, com características de subárea, seu corpo de conhecimentos acabou por acompanhar, de forma dependente e estreita, as mesmas áreas de estudo e campos de atuação profissional (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Perceber as concepções teóricas que nortearam o saber fisioterapêutico como uma cultura específica, porém em interação com outras realidades, pode encaminhar para uma reflexão mais crítica. Apesar de a fisioterapia e de a medicina serem áreas de conhecimento diferentes, ambas se apóiam e são baseadas em um paradigma mecanicista, no qual a perspectiva unicausal, não obstante ser percebida como insuficiente, não possibilitou a incorporação do contexto social como fundamental para a análise dos fenômenos de doença e saúde.

Essa condição definiu para a fisioterapia as formas de assistência que poderia oferecer, ou seja:

[...] as formas de assistência às condições de saúde novamente ficaram reduzidas ao atendimento de uma população já lesada, já acometida de males que necessitavam ser “controlados”, não no sentido de “não ocorrência”, mas de “mantê-los em níveis” que não perturbassem o sistema social. Partindo do pressuposto de não perturbação do sistema social vigente e predominante, o desenvolvimento das profissões no campo da Saúde, por muitas vezes, parece ter sido orientado a trilhar caminhos sem mesmo levar em conta os conhecimentos científicos já produzidos e disponíveis (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 46).

A re-inserção social dependia muito mais de uma habilidade adaptativa do paciente do que a realidade de suas redes sociais ou do seu itinerário terapêutico. A saúde como um todo se restringia somente ao ato curativo, abandonando de uma forma incisiva a iniciativa de uma possibilidade de medicina social, na qual a relação saúde–doença e as condições econômico-sociais deveriam ser submetidas à investigação científica (KOIFMAN, 2001).

A perspectiva de uma medicina social remonta ao século XIX, onde na França e na Alemanha já se concebia a medicina como uma ciência social. Contudo, em oposição a essa perspectiva, Bering, médico alemão, pontuou que tais concepções mereciam restrições, porque, de acordo com a teoria das doenças infecciosas de Pasteur, o médico poderia trabalhar na sua “especificidade sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais” (ROSEN, 1980, *apud* KOIFMAN, 2001, p. 55).

Várias teorias sobre a doença surgiram posteriormente, e uma negava a outra; o que as unia era somente a negação da medicina como ciência da sociedade, pois

a medicina como ciência social implicava compromisso e redirecionamento econômico do Estado; as novas concepções, por sua vez, além de desonerar o Estado, responsabilizando o indivíduo por suas doenças, necessitavam do desenvolvimento de equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis com a lógica capitalista de desenvolvimento (KOIFMAN, 2001, p. 56).

De acordo com tal lógica, em 1910, nos Estados Unidos, foi realizado um estudo sobre a educação médica, liderado pelo médico Abraham Flexner. Tinha como objetivo geral dar ao ensino médico e à medicina uma base científica sólida. Para isso, buscava contemplar um grande número de temas, que variavam desde os aspectos mais específicos da educação, passando pela questão da participação feminina no trabalho médico, até a discussão sobre a inclusão de minorias na assistência médica (LAMPERT, 2002; KOIFMAN, 2001).

A enorme força que teve esse relatório fez com que ele, além de disciplinar o aparato formador dentro dos Estados Unidos, incluindo a redução do número de instituições de ensino existente na época, influenciasse não apenas a formação, mas também a prática médica, tanto naquele país com em todo o mundo. Embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele foram descritas características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas. Consolidou-se, então, o paradigma da medicina científica que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX.

Assim, as características ainda hoje tão marcantes da educação superior nessa área, quais sejam a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado predominantemente no hospital, têm origens no relatório Flexner, que assume, segundo Lampert (2002), as seguintes características:

1. Predominância de aulas teóricas, expositivas/demonstrativas, nas quais o processo de ensino–aprendizagem está centrado no professor;
2. Prática desenvolvida predominantemente no hospital;
3. Capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica;
4. Mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, no qual o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros.

A prática empírica, já suprimida, é praticamente diluída em especializações e subespecializações e dá lugar à prática indissociável da

investigação científica. A profissão médica, pelo avanço técnico alcançado, diferenciou-se pelo processo contínuo de obtenção de informação, reforçou a idéia de poder, constantemente, definir e redefinir os limites entre o normal e o anormal fisiológico. Conseqüentemente, para garantir esse domínio, desenvolveu-se a necessidade de divisão técnica do trabalho no interior do corpo profissional (LAMPERT, 2002).

No Brasil, segundo Rebelatto e Botomé (1999), o primeiro serviço de fisioterapia propriamente dito foi instalado em 1929, dentro do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pelo médico Waldo Rolim de Moraes, que, posteriormente, também organizou o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo, iniciando o primeiro curso para a formação de técnicos em fisioterapia em 1951 até 1956, o qual possuía a duração de 2 anos.

O primeiro Parecer Oficial (n.º 388/63) sobre a profissão no Brasil apresentou limitações em relação à construção de uma identidade com bases sólidas. O que atrasou a definição do objeto de trabalho e as discussões sobre a busca de autonomia profissional. O texto do Parecer (BRASIL, 1963) é significativo:

A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e responsabilidade do médico. A este cabe dirigir, chefiar e liderar a equipe de reabilitação, dentro da qual são elementos básicos: o médico, o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional. [grifo nosso]

[...]

Não compete aos dois últimos o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigido. Cabe-lhe executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí haver a Comissão preferido que os novos profissionais paramédicos se chamassem Técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e atribuições. [grifo nosso]

Segundo uma visão mais atual, percebe-se que o problema não foi solucionado completamente. Um estudo realizado por Rebelatto e Botomé (1999) sobre a grade curricular de 15 universidades de fisioterapia no Brasil acabou por revelar as seguintes perspectivas profissionais. Observa-se que não existe uma

homogeneidade das disciplinas e que os objetivos apresentados não definem claramente o que o aluno deverá absorver como essencial no exercício da profissão. Há uma ausência de graus ideais de unificação [interação] das matérias, o que remete a uma identidade profissional influenciada por campos profissionais já existentes e mais ‘consolidados’ e decorrentes de definições estabelecidas em outras realidades sociais.

Até 1969, ano de regulamentação da profissão, existiam seis escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas no país. Nos 12 anos seguintes, entre 1969 a 1981, foram registrados aproximadamente 14 novos cursos de fisioterapia. Em 1984 subiu para 22 escolas, em 1998 para 115, em 2002 estava em torno de 141 cursos (SCHMIDT, 2002).

Em 1975, por intermédio da Lei 6.316, foram criados os Conselhos Federal (COFFITO) e Regionais (CREFITOS) de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Em decorrência do número insuficiente de fisioterapeutas na época da criação dos conselhos, e considerando os vínculos anteriores mantidos, a união com os terapeutas ocupacionais foi necessária para que a criação dos Conselhos fosse aprovada. Assim, a profissão se fortalecia por meio de um órgão de classe que assumia a função de legislar, estabelecendo o Código de Ética Profissional, normatizando a profissão e a atuação do fisioterapeuta (SCHMIDT, 2002).

4.2 O CURSO E O CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UEL

O primeiro curso implantado no Paraná foi o da UEL, em 1979, por meio da Portaria n.º 11.365. Nessa época, o curso tinha duração de três anos, com carga horária total de 2.655 h, em sistema de matrícula por crédito e um currículo composto por disciplinas básicas, aplicadas e estágio (Ver quadro 2 e anexo A).

Em 1985, com a mudança do Currículo Mínimo por meio da Resolução n.º 4/83, ocorreu a primeira reforma curricular (ver anexo B), passando de três para quatro anos letivos, com disciplinas divididas em ciclos básico, clínico e profissionalizante. O número de alunos subiu de 180 para 240, e um número maior de docentes foi necessário, pois a carga horária subiu de 2.655 h para 4.038 h.

O currículo de 1985 do curso de fisioterapia da UEL permaneceu sem modificações até 1992, quando a instituição mudou o sistema de matrícula por crédito semestral para o sistema seriado anual. Esse fato levou a uma segunda reforma curricular, que teve um caráter essencialmente adaptativo ao novo sistema de matrícula (SCHMIDT, 2002).

Ano	Disciplinas acadêmicas	Carga horária	% do total do curso
1° ano (1.º e 2.º períodos) 1979	Anatomia História da Reabilitação Citologia Iniciação filosófico-científica Estudos de Problemas Brasileiros I Bioquímica I Embriologia I Física Biológica Fisiologia I Histologia I Psicologia do Inter-relacionamento Humano Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Física na Fisioterapia	90 30 60 45 30 90 30 75 120 90 75 120 60	34,50
2° ano (3.º e 4.º períodos) 1979	Fisioterapia Geral I Noções de Enfermagem Cinesiologia I Imunologia Geral Anatomia do Sistema Nervoso Fisioterapia Geral II Cinesiologia II Fundamentos Médicos e Cirúrgicos Aplicados à Fisioterapia Processos Patológicos Gerais	210 60 45 60 60 120 75 150 60	31,60
3° ano (5.º e 6.º períodos) 1979	Fisioterapia Aplicada I Cinesioterapia Fisioterapia em Traumatologia-ortopedia Fisioterapia Neurológica Fisioterapia em Reumatologia Introdução a Administração Hospitalar Fisioterapia Aplicada II Deontologia e Ética Profissional Estudos de Problemas Brasileiros II	120 60 90 90 60 60 360 30 30	33,90

Fonte: UEL/CCS/Fisioterapia

Quadro 2 – Estrutura curricular do curso de fisioterapia em 1979

As mudanças curriculares foram conseqüências, principalmente, das transformações que estavam acontecendo no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UEL, em virtude de sua adesão ao Programa UNI¹⁰, em 1991. Todos os cursos do CCS passaram por processos de discussão e reformulações curriculares, incentivados e financiados por esse projeto que tinha como propósito:

- a) Estimular e apoiar os projetos de progresso sincrônico na educação dos profissionais de saúde, na prestação de serviços de saúde e na comunidade, estreitando o relacionamento entre esses três componentes;
- b) Criar modelos passíveis de replicação referentes a esses três campos, compartilhando, por meio de um mecanismo de rede, os projetos que o compusessem;
- c) Criar mecanismos de apoio aos projetos, desde sua formulação, incluída sua avaliação contínua e disseminação de experiências e resultados (SCHMIDT, 2002).

É nesse contexto que começam a aflorar também as metodologias de ensino e aprendizado baseadas em problematizações, originalmente chamadas de Problem Based Learning¹¹ (PBL), nas quais se tentavam dar conta principalmente das questões relacionadas ao distanciamento entre o saber e o fazer, ou em outras palavras, resolver a dicotomia entre educação e trabalho por meio da relação pedagógica centrada no aluno, do envolvimento com a realidade e o ambiente clínico que ele preconiza e da construção significativa dessas relações (REGO, 1998). Introduziu-se na graduação em medicina da UEL, porém não se expandiu para os demais cursos. Talvez em virtude dos obstáculos de implantação, como, por exemplo, disputas internas entre docentes, mudanças de comportamento de alunos e professores, aumento da carga horária, necessidade de mais docentes e treinamentos.

Seguindo a trajetória de transformações, as discussões que levariam à terceira reforma iniciaram-se em 1994, com o intuito de contemplar hoje o perfil

¹⁰ Um movimento estratégico que direciona mudanças no campo da educação dos profissionais de saúde e procura para isso desenvolver a parceria entre serviço de saúde, academia e comunidade, para a construção e implementação de formas consensuadas de organização e prestação de assistência à saúde de indivíduos e comunidades (FRACOLLY; EGRY, 2000, p. 15).

¹¹ O PBL pode ser entendido também como um método que possibilita ao aluno a experiência de aprender fazendo. E esse fazer não está apenas relacionado à pesquisa por informações que auxiliem na compreensão dos problemas apresentados nos grupos de estudo, mas um fazer que não

profissional, proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002). Espera-se que o profissional formado, nessas linhas, tenha uma visão generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, além de respeitar os princípios bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade.

Segundo Schmidt (2002), o trabalho que vem sendo desenvolvido busca integrar a teoria e a prática, pela relação estreita, em eixos comuns, das diversas disciplinas, com base no ciclo da vida, caminhando do contexto geral para o específico. De uma forma contínua, evolutiva, que se inicie na prevenção e possa incluir novos cenários de aprendizagem.

Esses novos cenários culminam com a proposta de um paradigma da integralidade, que, segundo Lampert (2002), contempla:

1. O processo saúde–doença deve enfatizar mais a saúde do que a doença;
2. O processo ensino–aprendizagem deve estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação;
3. O ensino da prática deve se dar no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, voltado para as necessidades básicas de saúde, de acordo com uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção;
4. A capacitação docente deve voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde.

Por essa razão, a fisioterapia, enquanto área de conhecimento, trabalha para formar profissionais integrados à realidade e às necessidades do sistema de saúde vigente. De acordo com o novo currículo (2006), os profissionais devem adquirir uma base geral sólida, além de uma visão ampla e global do indivíduo e da realidade em que vive, compreendendo o contexto e o processo em que se desenvolve a doença, para melhor poder tratá-la.

Penso que esses objetivos almejados pela mudança curricular estão respaldados por uma visão mais abrangente do processo saúde–doença que implica as reflexões da área da antropologia voltada para os fenômenos do adoecimento.

se restrinja apenas ao desenvolvimento do hábito e da capacidade da pesquisa. Refere-se, também,

Ela contribui, juntamente com outras abordagens de diversas áreas do conhecimento, para a relativização de premissas que naturalizam a fragmentação do objeto no que tange à transmissão e à perpetuação das abordagens biomédicas sobre o corpo, a saúde e a doença. Nesse sentido, permite uma visão contextualizada, multidimensional e, até mesmo, diacrônica desse objeto, oferecendo assim as possibilidades de uma redefinição teórica. São essas possibilidades que podem favorecer o descortinamento da prática biomédica e que, somadas a outras iniciativas também importantes, podem constituir a ponte de transição para um novo modelo pedagógico que demonstre como a cultura atua e interage com os fatores e a estrutura biológica.

Portanto, buscar na análise da estrutura curricular do curso de fisioterapia os traços que indiquem a pregnância histórica de um pensamento específico como o da biomedicina é confrontar evidências que direcionam a forma de pensar determinada corporalidade. Ao tratar do currículo, além das questões de procedimentos, técnicas e métodos, é muito importante incluir uma concepção crítica da realidade, guiada por abordagens sociológicas, políticas e epistemológicas, já que o currículo pode ser considerado

[...] um artefato social e cultural, isto é, localizado no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto.[...] 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).

4.3 ENTRE O VELHO E O NOVO: ALGUMAS COMPARAÇÕES

Apresentado o panorama geral, chega-se à terceira reforma curricular, que foi efetivada em 2006, depois de um longo processo de amadurecimento teórico que se iniciou em 1994. Transcorrido apenas um ano da implantação, torna-se precoce uma análise que consiga avaliar integralmente e em

profundidade os seus resultados, contudo é possível apresentar uma análise que pontue algumas questões e que contribua para a continuidade de novas pesquisas.

No currículo de 1992, as disciplinas eram divididas em quatro ciclos (ver quadro 3): matérias biológicas; formação geral; pré-profissionalizantes; e matérias profissionalizantes com prática supervisionada. No currículo de 2006, os conhecimentos foram divididos em quatro eixos (ver quadro 4): Ciências sociais e humanas; Conhecimentos biotecnológicos; Ciências Biológicas e da Saúde; e Conhecimentos fisioterapêuticos.

Ciclo/1992	Disciplinas acadêmicas	Carga Horária	% do total do curso
Biológicas	Histologia F Bioquímica Biofísica e Fisiologia Anatomia F Patologia Geral C Microbiologia Geral A Imunologia Geral E	102 68 170 136 68 34 34	15,8
Formação Geral	Fundamentos de Ciências Sociais História e Fundamentos da Fisioterapia Bioestatística e Pesquisa Científica Noções Gerais de Física Noções de Administração Psicologia Aplicada à Reabilitação Noções de Enfermagem Deontologia e Ética Profissional Farmacologia Ortopedia e Traumatologia Neurologia e Neuropediatria Fundamentos de Clínica Cirúrgica Reumatologia Endocrinologia e Dermatologia Cardiologia e Pneumologia Pediatria Ginecologia e Obstetrícia	34 136 34 34 68 102 68 34 68 68 68 34 68 68 34 68 34 34 34	25,44
Pré Profissionalizante	Fisioterapia Geral Cinesioterapia Recursos Terapêuticos Manuais Fisioterapia Preventiva e Saúde Pública Métodos de Avaliação Cinesiológica Fisioterapia Aplicada à Prótese e Órtese Fisioterapia Aplicada a Reumatologia Fisioterapia Aplicada a Traumato-Ortopedia Fisioterapia Aplicada a Neurologia Fisioterapia Aplicada a Pneumologia Fisioterapia Aplicada a Cardiovascular Fisioterapia Aplicada a Ginecologia e Obstetrícia Fisioterapia Aplicada a Pediatria Fisioterapia Aplicada	136 102 68 136 136 102 68 102 136 136 136 102 136 102	41,23
Profissionalizante	Estágio S. nas Condições Cardiopulmonares Estágio S. nas Condições Musculoesqueléticas Estágio S. nas Condições Neurológicas Estágio S. nas Condições Pediátricas Estágio S. nas Condições Gineco-obstétricas	136 136 136 136 136	17,53

Fonte: UEL/CCS/Fisioterapia

Quadro 3 – Ciclo de matérias do currículo de 1992

Eixo/2006	Disciplinas acadêmicas	C.H.	%
Ciências Biológicas e da Saúde	Histologia	102	18,5
	Fundamentos de Biologia	68	
	Bioquímica	68	
	Biofísica e Fisiologia	136	
	Anatomia I	102	
	Anatomia II	68	
	Patologia	68	
	Microbiologia	34	
	Imunologia	34	
	F. Clínicos de Endócrino/Dermatologia	34	
	Fisiologia do Esforço	34	
	Farmacologia	51	
	F. de Enfermagem e Clínica Cirúrgica	51	
Conhecimentos Biotecnológicos	Pesquisa Científica I	34	5,2
	Pesquisa Científica II	68	
	Pesquisa Científica III	34	
	Pesquisa Científica IV	34	
	Trabalho de Conclusão de Curso	68	
Ciências Sociais e Humanas	Fundamentos de Ciências Sociais	34	7,7
	Deontologia e Ética Profissional	34	
	Administração em Fisioterapia	34	
	Saúde Coletiva I	34	
	Saúde Coletiva II	68	
	Saúde Coletiva III	68	
	Filosofia	34	
	Psicologia	51	
Conhecimentos Fisioterapêuticos	Habilidades I	136	68,6
	Habilidades II	153	
	Habilidades III	34	
	Fisioterapia: História, Conceito e Evolução	68	
	Estudo e Análise da Postura e Movimento Humano I	51	
	Estudo e Análise da Postura e Movimento Humano II	102	
	Recursos Terapêuticos Manuais	68	
	Recursos Fisioterapêuticos em Eletrotermofototerapia	85	
	Fisioterapia Dermato-funcional	34	
	Ergonomia	34	
	Cinesioterapia	170	
	Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva	170	
	Fisioterapia Reumatológica	68	
	Fisioterapia Cardiovascular	136	
	Fisioterapia Aquática	34	
	Fisioterapia Ginecológica e Obstétrica	102	
	Fisioterapia Neurofuncional	153	
	Fisioterapia Pediátrica	153	
	Fisioterapia Pneumofuncional	136	
	Internato Hospitalar I	285	
	Internato Hospitalar II	285	
	Internato Clínico I	285	
	Internato Clínico II	285	
Internato Comunidade	130		

Fonte: UEL/CCS/Fisioterapia

Quadro 4 – Eixos de conhecimentos do currículo de 2006

Cabe lembrar que a carga horária total do currículo de 1992 era de 4.038 horas; desse total, 162 horas eram para atividades acadêmicas complementares. Já para o currículo de 2006 a carga horária passou para 4.832 horas; 5% destas são também destinados às atividades acadêmicas complementares. Segue abaixo, de forma ilustrativa, a evolução da carga horária em relação aos diferentes anos de implantação dos currículos (Ver gráfico 1).

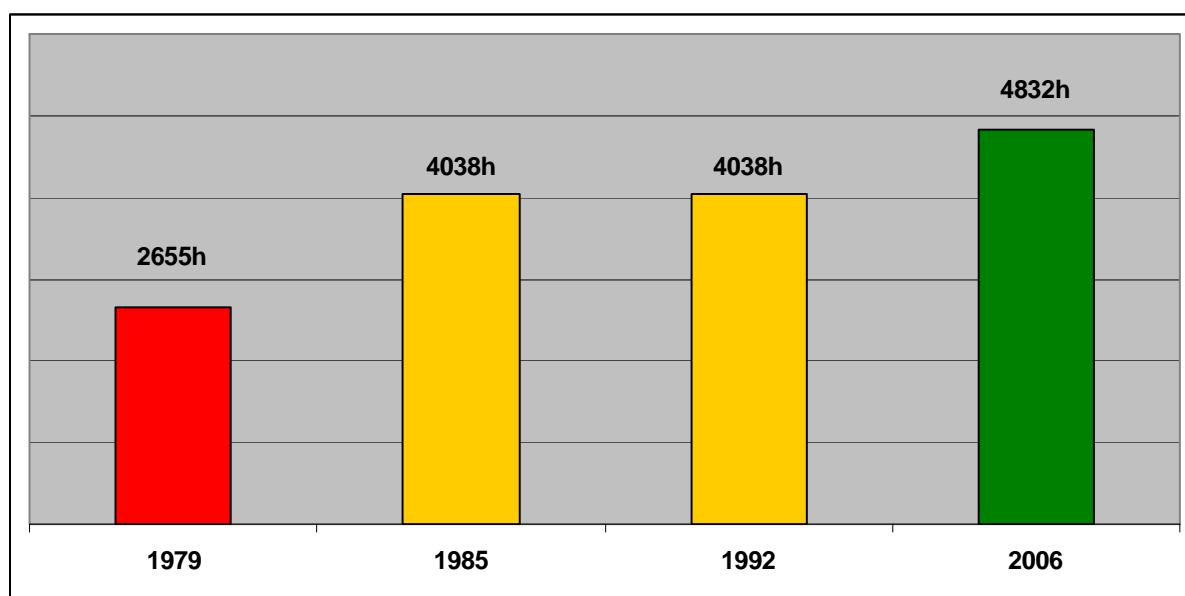


Gráfico 01 – Evolução da Carga Horária Total do Curso de Fisioterapia

Para fins da pesquisa aqui proposta, todas as ementas, de 1992 e 2006, foram lidas e analisadas, porém este foi um material que, por si só, não possibilitou a apreensão das mudanças objetivadas, já que pouco foi alterado na maneira de definir as disciplinas e seus objetivos. As mudanças almejadas na passagem do antigo para o novo currículo foram assim mais perceptíveis quando se observou os *ciclos* e os *eixos* propostos.

O *Eixo das Ciências Biológicas e da Saúde* do novo currículo aglomera as disciplinas que objetivam a compreensão dos processos normais e alterados da estrutura e da função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos no desenvolvimento do processo de saúde e doença. As principais diferenças encontradas nesse eixo foram o desdobramento da disciplina de anatomia em duas

fases, a junção das noções de clínica cirúrgica com os fundamentos de enfermagem e a criação das disciplinas de fundamentos de biologia e fisiologia do esforço. No geral, a constatação é que a ênfase maior desse eixo fica sobre sistemas e estruturas fisiológicas, que objetivam conhecer o máximo da função e da forma. Distinguir, descrever, identificar, nomear, citar e localizar representam sua maior força.

Em relação ao *Ciclo das Matérias Biológicas* do antigo currículo, que foi definido como básico, este procurava fornecer conhecimentos sobre a constituição, estrutura e o funcionamento do organismo humano, assim como as alterações que nele podem se processar, evidenciando a conexão dos sistemas orgânicos humanos.

A comparação entre o *eixo das Ciências Biológicas e da Saúde* do novo currículo e o *Ciclo das Matérias Biológicas* do antigo permitiu constatar que houve um aumento no número de disciplinas: subiu de sete em 1992 para treze em 2006, com conseqüente aumento da carga horária total, que representou uma diferença em porcentagem de 3,35%.

No *Eixo dos Conhecimentos Biotecnológicos* do novo currículo existe uma preocupação evidente pela busca da excelência na pesquisa científica. Em todos os quatro anos da graduação há uma abordagem específica que tenta delimitar claramente o papel formador dessa cientificidade, como consolidador de uma área (nova) que ainda trilha o caminho do reconhecimento diante da sociedade e das outras classes profissionais.

Essa premissa de acompanhar, quase que obrigatoriamente, os avanços tecnológicos nas pesquisas é uma constante na área da saúde e deve ser então uma prática incutida rotineiramente, como parâmetro de eficácia operacional. O que se dá, aparentemente, à custa de um traço histórico, que não nos caracterizava como profissão autônoma. O aluno é sequencialmente introduzido na identificação de possíveis campos de pesquisa e levado a entender a necessidade deles, por meio das linhas e grupos de estudos já existentes na universidade. Ele tem, inclusive, a possibilidade de aprender a trabalhar com os recursos da informática, o que antes era feito de forma autodidata.

A abordagem predominante é quantitativa, na qual a ênfase está em demonstrar a importância da epidemiologia clínica para as decisões e práticas

fisioterapêuticas. As pesquisas qualitativas são citadas, porém, pelas análises realizadas, apenas como contraponto da perspectiva quantitativa.

No último período do curso a questão da pesquisa científica se concentra na obrigação da elaboração de um trabalho para a conclusão de curso, atividade que não fazia, de modo oficial, parte do currículo anterior. Como a maior parte dos estudos, nesse campo, envolve serem humanos, é importante notar a presença sutil, nesse *eixo*, da bioética separada da discussão deontológica e ética profissional do curso. Anteriormente, a ênfase toda era sobre a legislação da profissão e o comportamento interdisciplinar, sem introduzir assuntos de cunho mais humanístico. Isso nos leva a pensar na presença de um traço mais sofisticado de crítica à racionalidade desmedida, já que possibilita levantar discussões que se aproximem de campos de pensamento diversos, principalmente antropológicos.

O *Ciclo de Formação Geral* do antigo currículo tinha como objetivo melhorar a compreensão do ser humano, desenvolvendo as atitudes fundamentais para o exercício profissional, além de orientar o aluno na metodologia científica. Um pouco amplo, estava incorporado nesse ciclo tudo que não pertencesse à área específica ou biológica, ou seja, as disciplinas clínicas, lecionadas por médicos e as disciplinas das áreas de humanas e exatas.

Importante lembrar que as disciplinas clínicas, que estavam segregadas no segundo e terceiro ano do currículo antigo, dificultavam o aprendizado do aluno, pois, quando este entrava em contato com o conhecimento específico da fisioterapia, não conseguia fazer a ponte entre os saberes, o que gerava a necessidade regular de resgatar o conteúdo dado pelos professores médicos. A atual proposta de articulação entre disciplinas, na busca pela integralidade das ações, fez com que a parte clínica fosse lecionada, na medida do possível, em parceria. Contudo existem posições dentro do departamento que consideram desnecessária a presença do médico, já que professores da fisioterapia poderiam substituí-lo sem prejuízo teórico algum. Seguindo essa tendência, as disciplinas clínicas foram englobadas aos conhecimentos fisioterapêuticos correlatos.

A única comparação possível entre o *eixo dos conhecimentos biotecnológicos* do novo currículo e o *ciclo de formação geral* do antigo é mostrar que a metodologia científica ganhou grande relevância no novo currículo, pois de

apenas uma disciplina com carga horária de 34 horas que incluía bioestatística, foi para um total de 238 horas, divididas em cinco etapas.

Para o *Eixo das Ciências Sociais e Humanas* do novo currículo é esperado um estudo do homem e de suas relações sociais, com compreensão do processo saúde–doença, contemplando a integração dos aspectos psicológicos, socioculturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, norteados pelos princípios éticos. Contempla ainda conhecimentos relativos às políticas de saúde, trabalho, educação e administração. As novidades estão a cargo da inclusão da disciplina de Filosofia, antes eliminada em detrimento dos Fundamentos de Ciências Sociais e agora restituída, permanecendo para o currículo de 2006 as duas disciplinas. Há o desdobramento da antiga disciplina de Fisioterapia Preventiva e Saúde Coletiva em Ergonomia (que está no eixo do novo currículo dos *conhecimentos fisioterapêuticos*) e Saúde Coletiva I, II e III que está no eixo *Ciências Sociais e Humanas*.

Pelas leituras e análises realizadas, não fica muito bem esclarecida a razão da inserção da saúde coletiva no *eixo das ciências sociais e humanas*. Porém, no que tange à comparação das ementas, a evolução conceitual é bem marcada, visto que a ementa de 1992 concentrava sua ação sobre a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde no país, enquanto a ementa de 2006 acrescenta à discussão a conceituação do processo saúde–doença e a idéia de promoção de saúde pela fisioterapia, por meio da elaboração de programas no nível de atenção primária. Portanto, essa disciplina é considerada importante no novo currículo, na medida em que insere o aluno dentro da realidade social, na qual pode contextualizar *a doença*.

Isso retoma, parcialmente, o objetivo que tinha o Projeto Especial de Ensino com Práticas Interdisciplinares (PEEPIN), do qual a fisioterapia participou até 2001 e que se afastou em virtude das reestruturações curriculares dos cursos da área da saúde na UEL. A carga horária da disciplina de Saúde Coletiva cresceu e o seu conteúdo passou a abranger aspectos da saúde relacionados às questões socioculturais da doença. Isso se deve à necessidade de mudanças no currículo para a formação de um profissional com um outro perfil, como esse trabalho vem discutindo, mas também de uma necessidade governamental de ter profissionais da saúde atuando nos diferentes níveis de assistência. A Saúde Coletiva tenta, portanto, pensar em diferentes âmbitos sua inserção na sociedade, com questões

sobre o trabalho, envelhecimento, saúde da mulher e da criança. Reconhecendo os problemas, criando programas de saúde e intervindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas em geral.

A disciplina de Fundamentos de Ciências Sociais, constante também do *eixo de Ciências Sociais e Humanas* do novo currículo manteve sua ementa e carga horária (34 h) sem alterações, apesar de ter acrescentado em seu objetivo geral a intenção de fazer o aluno de fisioterapia entender a profissão escolhida diante da sociedade, levando-o a refletir sobre seu compromisso e responsabilidade profissional. A partir dessa definição, observa-se uma preocupação da sociologia em contribuir com a formação do fisioterapeuta de forma mais efetiva.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que mesmo havendo a inclusão da filosofia no eixo das *Ciências Sociais e Humanas* do novo currículo, houve uma perda 51 horas da carga horária total, quando se comparam com a soma das disciplinas antigas (Fundamentos de Ciências Sociais, Noções de Administração, Psicologia Aplicada a Reabilitação, Deontologia e Ética Profissional) em relação as atuais (Fundamentos de Ciências Sociais, Deontologia e Ética Profissional, Administração em Fisioterapia, Filosofia, Psicologia), sem a inclusão da matéria de Saúde Coletiva (Ver gráfico 2).

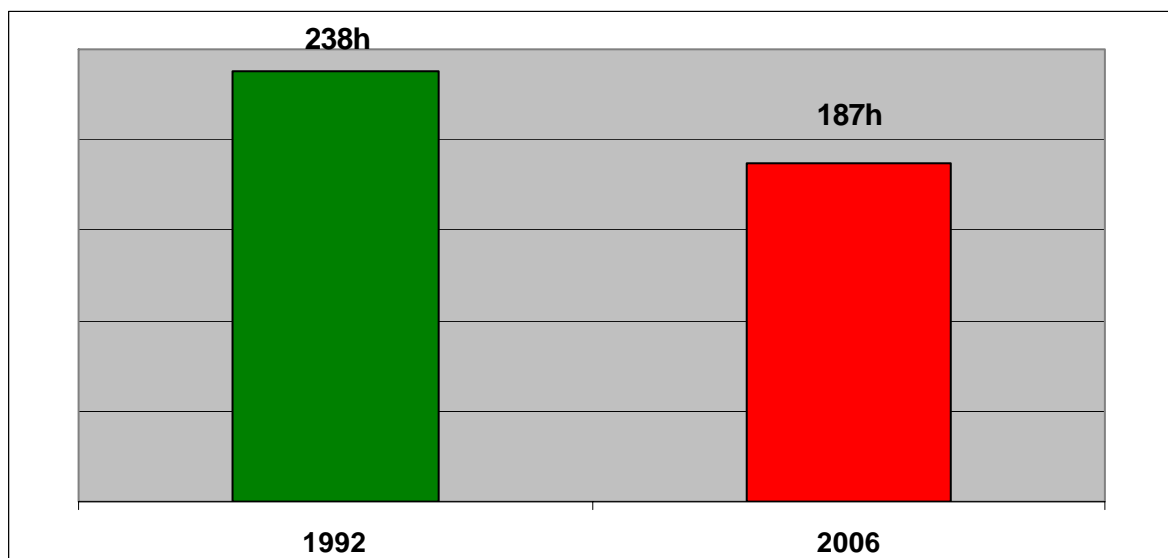


Gráfico 02 – Carga Horária das Ciências Sociais e Humanas

O Ciclo Pré-profissionalizante do antigo currículo destinava-se a preparar o discente para desenvolver as habilidades específicas do fisioterapeuta, de uma forma progressiva, em graus diferentes de complexidade, para que ele alcançasse o ciclo profissionalizante, no qual todo seu conhecimento estaria colocado à prova em situações reais.

As matérias do *ciclo pré-profissionalizante* do antigo currículo estavam relacionadas com o conhecimento aplicado (geralmente no terceiro ano do curso), por isso estavam, de acordo com o modelo antigo, muito compartimentalizadas. Elas eram treinadas em duplas de alunos e, principalmente, pela observação quando a *prática* envolvia pacientes. Na maior parte do tempo, mais em ambiente hospitalar do que ambulatorial, e quase nunca na comunidade. Caso houvesse o desejo pessoal do aluno de complementar esse conhecimento, ele teria de buscá-lo em estágios de observação ou na participação em pesquisas e projetos científicos.

Em certa medida, as disciplinas permanecem compartimentalizadas, pois, em virtude da dificuldade de elaborar um currículo baseado puramente em problemas, sem disciplinas, montou-se um currículo intermediário, no qual, para dar conta das novas diretrizes curriculares nacionais para a graduação em fisioterapia, criaram-se disciplinas-chave dentro dos atuais eixos, que são a Saúde Coletiva I, II, III, Habilidades I, II, III e Estudo e Análise do Movimento Humano I, II.

O Eixo dos Conhecimentos Fisioterapêuticos do novo currículo 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. As novas disciplinas – Ergonomia, Recursos Fisioterapêuticos em Eletrotermofototerapia, Fisioterapia Dermato-funcional e Fisioterapia Aquática – já eram lecionadas e faziam parte da disciplina Fisioterapia Geral e Aplicada e agora ganharam espaço individual. As estreates nesse eixo são as disciplinas Habilidades Interpessoais I, II e III, Estudo e Análise da Postura e do Movimento Humano I e II e Internatos Hospitalar, Clínico e Comunidade.

Por meio da disciplina Habilidades Interpessoais, tenta-se, gradualmente, nos três primeiros anos, formar o aluno pela integração de competências. No primeiro ano a tônica recai sobre a comunicação e o pensamento reflexivo, abordando também a questão da percepção corporal. No segundo, a

ênfase está na avaliação funcional e interpretação dos achados clínicos e fisioterapêuticos. E, já no terceiro ano, os olhares recaem sobre a utilização de recursos que estão diretamente ligados ao tratamento fisioterápico.

Nesse ponto, vale lembrar novamente que tal disciplina foi lembrada por todos os professores entrevistados como a que norteia ou permeia todo o curso, integralizando os saberes. Ela inicialmente parece levar o aluno a vivenciar sua corporalidade, o que facilita pensar, posteriormente, no tratamento do paciente a partir de um referencial comparativo entre o normal e o patológico. Além disso, o aluno é formado não só na comunicação verbal como na comunicação não-verbal; no encontro entre terapeuta e paciente, ele deve buscar a linguagem corporal do paciente e o máximo de informações a respeito de sua vida. Dados que analisados devem compor um conjunto de ações que visam não atrapalhar o desenvolvimento da reabilitação.

A disciplina de habilidades é percebida como *técnica*, e como técnica tem que ser treinada e repetida até alcançar a condição de hábito durante a formação. Por ser um processo lento, que não se pode, ainda, prever desfechos, na maior parte do tempo. O aluno continua a ser orientado para conhecer bem os sistemas fisiológicos e as funções. Ver o paciente como um todo, a partir desse prisma, é aprender a dominar esse saber e reconhecer rapidamente a deficiência, para escolher a competência adequada ao momento.

A disciplina intitulada Estudo e Análise da Postura e do Movimento Humano, apesar de ser considerada importante, por fazer pensar o desenvolvimento humano em diferentes fases da vida, nada acrescentou em termos conceituais para uma mudança de perspectiva, já que permanece mecanicista. A matéria diz respeito à compreensão de como as leis e as grandezas físicas influenciam o movimento humano e como estes podem direcionar o diagnóstico cinético-funcional e a conduta fisioterapêutica. Assim, o aluno é introduzido à biomecânica normal e patológica, na qual se incluem situações de análise da marcha, atividades de vida diária e aspectos morfológicos e fisiológicos de situações de adaptação orgânica ante esses comportamentos/ movimentos.

Relevante também salientar que a criação da disciplina Dermato-funcional, relacionada à estética corporal, evidencia as expectativas de mercado em relação à demanda de tratamentos que visam melhorar a forma do corpo, dentro de mais uma expectativa de produção de si. Interessante perceber que essa disciplina

ganhou mais espaço no novo currículo que as terapias complementares, que são técnicas difundidas de forma indireta na instituição por profissionais convidados, no intuito de *mostrar que existem* outras abordagens.

Por fim, o Estágio Supervisionado (680 horas), inserido no Ciclo Profissionalizante do antigo currículo, era feito em meio período, na parte da manhã, em ambiente ambulatorial e hospitalar. Agora o estágio passou a ser internato (1270 horas), que mantém as características anteriores, mas inclui como parte da formação o atendimento direto à comunidade. A mudança estabelece um esforço maior e dirigido na ampliação de conhecimentos, e consequentemente na preparação do aluno para lidar com problemas emergentes contextualizados. Esse trabalho busca também trabalhar com a perspectiva da humanização da saúde, na medida em que é possível estar em contato com as pessoas durante as suas atividades de vida diária, de outra forma, contempla assim, a sociedade como um todo com novas competências a partir da integração ou de uma visão diferenciada da aplicação das habilidades.

CAPÍTULO IV

5 DAS ENTREVISTAS

*Já lhe dei meu corpo, minha alegria;
já estanquei meu sangue quando fervia;
olha a voz que me resta; olha a veia que salta;
olha a gota que falta pro desfecho da festa;
por favor; deixe em paz meu coração;
que ele é um pote até aqui de mágoa;
e qualquer desatenção, faça não;
pode ser a gota d'água"*

Chico Buarque

Nos capítulos anteriores desenvolveu-se a idéia de como o corpo foi gradualmente inserido na racionalidade biomédica como objeto de conhecimento, e como essa mentalidade influenciou a percepção da corporalidade como um todo. O resgate histórico permitiu retrair as continuidades e rupturas presentes na construção do saber biomédico, assim como apreender algumas representações da fisioterapia.

Cabe ressaltar, que o eixo fundamental de todo esse raciocínio é insistir sobre o fato de que uma sociedade só encontra existência nos corpos que a constituem. São as pessoas com seus corpos na sociedade que movimentam a história, e são as pessoas com seus corpos e sua história na sociedade que nos oferecem uma compreensão mais adequada da saúde e da doença.

Sendo assim, não se pode perder de vista, que esta investigação tem como objetivo principal explicitar com qual noção de corpo lida a fisioterapia, e por meio desta compreender, ainda que parcialmente, se as estratégias propostas na reforma curricular de 2006 oferecem alternativas viáveis que possam gradativamente promover uma formação mais generalista, reflexiva e humanista conforme orientações das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação de Fisioterapia.

Para isso foram analisados os currículos elaborados nos anos de 1992 e 2006, que mostraram, no geral, a busca pela formação mais generalista e humanista, além da articulação de conteúdos, que refletem como as legislações

educacionais pensam a relação do ser humano, do seu corpo, e de sua saúde, com a perspectiva do trabalho.

Dessa forma, nesse capítulo, analisam-se as entrevistas de cinco professores fisioterapeutas, que participaram das discussões que culminaram com a implantação do novo currículo. Buscou-se, na maneira particular de cada um, a luz dos dados empíricos levantados, a forma de ver, sentir e reagir às transformações, reconhecendo a importância explicativa da atual reestruturação, para dar corpo e sentido a este trabalho. Os entrevistados são de cinco diferentes áreas de atuação, conforme explicitado no capítulo 1 desse trabalho: cárdio-respiratória, traumatologia, ortopedia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e neurologia adulto, nomeados respectivamente pelas letras A, B, C, D, E. Os temas levantados foram agrupados em duas categorias temáticas (ver quadro 05), denominadas 1 e 2, para facilitar a análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Categoria 1 – Ser Fisioterapeuta	Categoria 2 – Perspectivas
Habilidades e Competências: a lógica das necessidades sociais	Humanização da Técnica: uma perspectiva positiva
Generalista e Especialista: a proposta de coexistência	Interdisciplinaridade
O Paradigma Fisioterapêutico: o corpo funcional	Resistências às Mudanças

Quadro 5 – Categorias da análise das entrevistas.

5.1 SER FISIOTERAPEUTA

5.1.1 Habilidades e Competências: a Lógica das Necessidades Sociais

Organizar a formação a partir de habilidades e competências implica em um desafio relacionado à representação sobre a realidade da profissão e de uma análise concreta de suas práticas em relação às necessidades da sociedade. Desta

forma, a busca pelas ferramentas que instrumentalizem as mudanças ocorre a partir da identificação das insatisfações sociais em relação ao conjunto das habilidades, que direcionam as ações terapêuticas. Segundo Lima (2005) orientar a ação do currículo nesse sentido implica inserir precocemente os estudantes, em cenários da prática profissional que promovam o desenvolvimento do “saber fazer bem”, e sintonizados com as demandas sociais, portanto, conhecendo, desde o início da formação, a realidade com a qual se vai trabalhar/na qual se vai atuar. Assim, o sucesso do processo ensino-aprendizagem, sob a égide das situações práticas, depende da estreita relação entre universidade e os serviços de saúde.

Partindo desse princípio, seguem analisadas inicialmente, as idéias dos professores sobre a relação entre, de um lado, a realidade e as expectativas sociais e, de outro, a estrutura curricular, na qual a prática atrelada à legislação passada oferece tentativas de mudança muito tímidas. Vejamos algumas falas:

“[...] Eu penso que da mesma forma que a gente evoluiu dentro da fisioterapia para as especialidades com base no modelo biomédico, a gente, de certa forma, está agora perseguindo novos modelos, modelos da OMS, do próprio SUS, dentro das diretrizes, da atenção generalista, então eu creio que está sendo estimulado a isso, as diretrizes vieram praticamente empurrar a gente nessa direção” (Professor A).

“[...] A gente tem que formar um profissional, formá-lo para se incluir no mercado, para ele conseguir vaga de trabalho [...] qual é o campo que a política do Brasil está direcionando hoje? Saúde pública, saúde coletiva. [...] Era nosso grande déficit, então nos precisamos mudar pra incluir e dar para o nosso aluno e abrir esse campo de mercado para ele [...]” (Professor B).

“[...] Nesses anos, por exemplo, não era importante, nem se falava em formação generalista, e depois que você começou a falar, e nos últimos anos novamente, essa revolução que aconteceu na medicina, com a saúde pública e depois vem de novo, vem o pensamento para você voltar a trabalhar de uma forma mais generalista” (Professor C).

“[...] o que realmente nos levou a fazer essa grande reforma curricular foi realmente ver o nosso produto, que é o aluno que chega no quarto ano. [...] A gente viu que a gente era muito mais especialista, e hoje, a nossa sociedade dentro de uma dialética, ela está querendo um profissional mais ativo, mais geral, mais interdisciplinar” (Professor, D).

“[...] as pessoas do departamento foram se capacitando [...] Hoje a maioria do departamento é mestre e doutor, então coisas que há poucos anos atrás a gente não tinha, então acho que isso tudo gerou

essas mudanças, que eram assim prementes, urgentes no curso, e elas foram acontecendo [...]” (Professor E).

Analisando-se os depoimentos acima, de modo geral, observa-se que a reforma curricular veio de um desconforto em relação à atuação que se realizava até aquele momento, um desconforto em relação às práticas que eram percebidas como ineficientes, e que não estavam acompanhando as mudanças propostas nos novos modelos de assistência então vigentes, voltados para a realidade da população brasileira, segundo os formuladores das políticas de saúde, o que acabou por redefinir o mercado de trabalho para o profissional da fisioterapia.

No caso da UEL, nota-se que a busca por um novo currículo, que satisfizesse as necessidades desse novo mercado de trabalho, foi antecedida pela capacitação do professorado, acontecimento que colaborou com a operacionalização da mudança, no sentido de que as titulações obtidas eram um fator positivo de agregação de valor ao currículo novo. O que fez com que as discussões se alongassem por um longo período até a sua implantação recente.

As mudanças almeçadas levaram à criação de três disciplinas que foram consideradas como norteadoras do processo de mudança: Saúde Coletiva, Estudo e Análise do Movimento Humano, e Habilidades Interpessoais. Elas foram citadas nas entrevistas como inovações importantes porque formariam os elos na integração de conteúdos e o caminho para a renovação. Dentre estas, a última foi a que mais se destacou entre os professores, por melhor representar, segundo eles, a mudança almejada:

“[...] a habilidades é uma disciplina que foi considerada fundamental dentro do currículo, porque ela tenta trabalhar no aluno atividades relacionadas ao domínio do saber do fisioterapeuta, mas do ponto de vista de habilidade de comunicação, de auto-conhecimento, de comunicação não apenas verbal, mas comunicação não-verbal, e enfim, ensinar, treinar o aluno em trabalho em grupo, reconhecimento [...] o objetivo é chegar no estágio com esse aluno com uma visão um pouco mais global desse processo [...]” (Professor A).

“[...] a disciplina de habilidades, no primeiro ano ela tem essa visão muito mais do aluno se entender, se conhecer e aprender a se comunicar, que isso é importante, entender um pouquinho do paciente, no segundo ano até nem tanto porque ela é bem técnica, ela é bem métodos de avaliação, mas no terceiro ano ela vem em

conjunto com psicologia, então vai abordar o lado emocional do paciente, a gente tem a sociologia [...]" (Professor B).

"[...] dentro dessa disciplina de habilidades, uma das grandes características, e o grande forte [...] é isso: o fisioterapeuta saber o que é toque, saber olhar, saber entender a linguagem do seu corpo [...] saiba o que é ser fisioterapeuta [...]" (Professor D).

"[...] essa disciplina de habilidades é como se ela fosse o centro, todas as outras disciplinas se voltam para a disciplina de habilidade, então no primeiro ano, trabalho comunicação, no segundo só exame físico, e no terceiro ele está envolvido com o tratamento. Então ele permeia o curso inteiro, e ele na verdade é um pólo para todas as disciplinas [...]" (Professor, E).

A disciplina de Habilidades Interpessoais surge, assim, como a melhor idéia que centraliza as ações inovadoras que se desejam realizadas. Como um reflexo dos anseios da sociedade e do professorado, ela representa, fundamentalmente uma disciplina que busca contemplar a demanda por competências específicas. A análise demonstra que esta disciplina pode oferecer uma visão mais humanizada da técnica, mas por estar sendo tratada como técnica ela apresenta limitações em relação a sua eficácia. Ela busca uma visão mais humanizada do paciente que não deve ser tratado como um número ou um caso, mas uma pessoa com características individuais e socioculturais – de classe, de gênero, de raça/etnia, dentre outras.

Essa questão será analisada em maior profundidade na próxima categoria, entretanto, para o momento, pelas características apresentadas, pode-se afirmar que ela apresenta limites para uma visão mais integral da saúde e da doença, porque procura por padrões previamente estabelecidos. Assim, o olhar do aluno continua tradicionalmente sendo direcionado para encontrar a causa, o lugar e o contexto *da doença*; observa-se o corpo da pessoa como um manual a ser lido e decifrado por meio de associações sistemáticas. Isso nos remete a Foucault (2004) que caracteriza o olhar médico tomado por em uma espiral indefinida, mas que se dirige ao que há de visível na doença, no intuito de conhecer para reconhecer. A consciência médica vive assim em um nível imediato das constatações, porém consegue refletir sobre as constituições e pode desta forma pronunciar seu julgamento e saber.

As entrevistas demonstram como cada professor está trabalhando para se adequar aos objetivos propostos do novo currículo, principalmente a partir dos pressupostos da disciplina de Habilidades:

“[...] eu tenho conseguido criar algumas metodologias onde o aluno começa a participar desse processo, é atividades pedagógicas, painéis integrados, mais vivência prática, mais observações, mais atividades onde o aluno consiga fazer associações, de alguns conhecimentos e consiga gerar seus próprios conhecimentos [...]” (Professor A).

“[...] eu tenho tentado dar, em um primeiro momento, os conteúdos aplicados básicos. Os conteúdos ali da disciplina, e depois o aluno já sabe, já conhece aquilo, então aí a gente vai trabalhar o que essa disfunção ou esse problema ou essa patologia vai interferir na vida diária, o que vai precisar ser adaptado, se vai precisar com o chefe, com o empregador, se vai precisar mudar de emprego, aí dentro de cada disfunção e de cada patologia, a gente tem tentado associar isso [...]” (Professor B).

“[...] ele começa experimentando, experimentando seu corpo, em várias situações [...] ele precisa descobrir isso, e essa linguagem corporal é de suma importância, porque o objetivo dela é fazer com que o aluno desperte seu olhar, seu escutar, aquilo que ele fala aquilo que seu corpo transmite, porque tudo isso vai subsidiar aquilo que eles vão ter que observar nos seus pacientes [...]” (Professor D).

“[...] uma das grandes mudanças que a gente fez, por exemplo, no segundo ano, o meu aluno tinha neurologia clínica, então os médicos iam lá dar aulas deles normais, hoje já não se aplica mais assim, no nosso currículo, então no terceiro ano, nos dois vamos dar aula juntos [...] então é uma abordagem mais interdisciplinar [...] para integralizar o paciente, além do trabalho rotineiro dele, do atendimento, ou enfermagem ou ambulatório, dele estar fazendo coisas mais sociais para o paciente [...]” (Professor E).

Os relatos acima mostram como estão se desenvolvendo as aulas, atualmente, e constatam que o professor está transitando entre metodologias tradicionais e ativas, tentando por meio de uma experimentação adaptativa verificar o que funciona e o que não funciona na prática. Percebe-se que o processo que culminou com a implantação não amadureceu em todos os sentidos, na medida em que as discussões desenvolvidas ao longo do tempo ativeram-se principalmente à articulação dos conteúdos dentro da grade curricular, negligenciando a questão da incorporação de metodologias ativas de ensino que se fariam necessárias para efetivar a mudança proposta.

5.1.2 Generalista e Especialista: a Proposta de Coexistência

A análise mostrou que a incorporação das metodologias ativas faz surgir uma tendência no discurso dos professores entrevistados de aproximar as perspectivas de formação profissional generalista e de formação especialista. A proposta de coexistência leva em conta que a tensão produzida pode ser atenuada, desfazendo-se a contradição na medida em que se entende que a especialização é um desenrolar previsto da formação generalista. Desta forma, segue abaixo as ponderações feitas nas falas dos professores sobre o papel que as especialidades assumem na profissão de fisioterapeuta:

“[...] eu penso que assim, que às vezes há certa desvinculação daquilo que se passa em uma faculdade e aquilo que na prática acontece na vida diária de um fisioterapeuta [...] a pessoa faz aquela especialização em ortopedia, mas ele quer trabalhar no hospital e no hospital você acaba tendo que fazer uma atenção independente se ele é ortopédico [...] e isso de certa forma, eu vejo assim, isso tira, não é que tira, isso muitas vezes o profissional não consegue se identificar se é de uma área ou de outra e por um lado isso é bom, e por outro lado eu vejo que ficam profissionais um tanto quanto frustrados porque na realidade eles queriam incrementar seu trabalho dentro daquela área específica [...] então fica um profissional até certo ponto falho, porque não vai atender as necessidades globais do paciente [...]” (Professor A).

“[...] O aluno tem que sair daqui conhecendo as duas coisas [...] em alguns casos você tem especialidades puras. Agora o aluno tem que saber mesclar e fazer as duas coisas, e aí ele vai optar, eu gosto de fazer saúde coletiva, então ele vai se especializar em saúde coletiva, eu gosto de fazer neurologia, então ele vai se especializar. Eu acho que no mercado da fisioterapia tem lugar pra o generalista e para o especialista, só que este especialista tem que ser mais humano [...]” (Professor B).

“[...] tenho uma visão diferente que não é só a parte técnica que eu tenho que aprender e nem, por exemplo, sair da minha especialidade e fazer um curso na área de respiratória que eu vou conseguir atender esse indivíduo [...] nós podemos nos juntar, nós os professores que somos especialistas para dar um bom atendimento para o indivíduo em relação a parte técnica [...] dentro da sua profissão você poder também estar desenvolvendo, ter todo seu conhecimento para você cuidar desse paciente de acordo com que ele está precisando em relação a sua especialidade” (Professor C).

“[...] a gente sabe hoje pela própria necessidade, e a própria política de saúde hoje está procurando fazer com que o indivíduo seja

tratado dentro da sua globalidade e aquela especificidade, aquela especialidade, eu acho que está se perdendo, hoje é muito difícil o fisioterapeuta olhar o paciente dentro do aspecto pneumológico, e sim hoje o próprio paciente já chega e já fala... “doutor eu estou sentindo isso também”, então ele não tem como, não tem como hoje, o profissional olhar o paciente segmentado. Aqueles profissionais que ainda têm sua especialidade que por mais que você seja, que você veja globalmente o paciente... eu quero dizer que a especialidade não acaba, pelo contrário você tem que fazer a soma, tem que fazer a integração de conhecimentos, a especialidade existe mas ela não pode estar desintegrada como um todo”. (Professor D).

“[...] a formação de um aluno com uma reflexão muito crítica, que tenha capacidade de enxergar o indivíduo como um todo e que consiga integrar os conhecimentos das várias áreas, que ele estuda, que ele atua. Então eu acho que é muito mais generalista que nós éramos, nós tínhamos um modelo [de currículo] bem especialista dividido em áreas e setores. Isso continua? Em parte continua, porque isso também é importante, mas ele vai ter essa capacidade de conseguir fazer essa integração, é claro que é muito precoce te dizer uma coisa dessas, ele vai conseguir muito mais do que eu consegui, que você conseguiu [...]” (Professor E).

As dificuldades de posicionamento ou esse ir e vir dos professores entre as condições generalista e especialista tornam os relatos por vezes contraditórios. Pode-se afirmar que há uma tendência em tratar essas duas formações como complementares e não excludentes e o que condiziria com o tipo de desenvolvimento seguido pelo conhecimento humano. Nesse sentido, a própria formação especialista do professor vem configurando um problema à implantação do novo currículo, porque a adaptação às novas metodologias confronta-se com padrões difíceis de serem superados. O que está em jogo é a própria definição de especialista e de generalista. Há uma arena de disputas discursivas (e práticas) na qual as tentativas de conceituação demonstram as resistências e as transformações que estão sendo operadas historicamente nesse campo do conhecimento. Algumas falas sobre a formação generalista e a especialista mostram essas tentativas de definição:

“[...] o generalista, às vezes dá a impressão de que é aquele profissional que sabe de tudo um pouquinho, não vejo assim, o especialista é aquele que sabe muito sobre um determinado assunto, o generalista, como ele sabe um pouquinho só de tudo, daí ele encaminha para o especialista que vai resolver o problema dele, eu não penso assim, eu acho que as especialidades, não necessariamente porque são especialistas que percam a capacidade

de avaliar o indivíduo como um todo. Acho que a gente tem que carregar elementos básicos da nossa profissão, que nos dão uma capacidade de resolver um determinado problema dentro da minha especialidade [...] Então a minha visão não é de você ter generalistas e especialistas, eu acho que são profissionais dentro das suas especialidades que consigam dar uma atenção generalista [...] (professor A).

[...] Eu acho que ele precisa ter conteúdos. Primeiro ele precisa entender que ele não precisa, não tem que saber de uma coisa só [...] eles têm que conhecer de tudo, mas eles têm que saber a fundo, não como um doutor em tal tema [um pouco de cada coisa?] Ele tem que saber um pouquinho de cada coisa, ele tem que saber de tudo... Eu não sei se vou te fazer entender, eu acho que sim... Mas, não só superficialmente, não precisa ser profundamente, mas ele tem que ter um meio termo de conhecimento, porque senão se ele ficar no superficial também, ele não vai entender o processo da doença, o processo da cura, os recursos que ele tem para conseguir fazer aquela doença conseguir chegar à cura [...] (Professor B).

[...] Ela [a fisioterapia] acolhe o corpo como um todo, pretende-se abordar ele e não um indivíduo em partes, mas um todo de uma forma generalista, mas não quer dizer que todos nós estamos fazendo isso ainda. A gente entende a necessidade disso, mas nas nossas práticas temos muito que aprender. [...] a gente consegue discutir até entender, mas as nossas práticas não mudaram ainda [...] Eu acho que ainda continua a maioria das pessoas, ainda continuam de uma forma fragmentada. [...] eu acho que o caminho para esse novo projeto político pedagógico não é esse, é realmente a gente conhecer esse indivíduo em todos os seus aspectos biopsicossociais, então a gente trabalhar em relação ao físico, mental e social (Professor C).

Um dos objetivos da formação generalista, e que aparece nos discursos dos professores, é pretender *ver o corpo como um todo*. Esse mote se estabelece em oposição ao discurso biomédico, porque ver o corpo como um todo é vislumbrar a possibilidade de ver a pessoa de forma mais integral. Percebe-se que essa intenção, atrelada às possíveis novas maneiras de pensar e agir, ganham espaço e podem apontar para resultados positivos a longo prazo que colaborem com a mudança de paradigma. Contudo, ainda existem limitações na descentralização desse olhar, porque é a lesão, na maior parte do tempo, que agencia a vida da pessoa - transita como se estivesse assumido o lugar e a história dessa pessoa. Assim, apreender a indissociabilidade que existe entre o sujeito e a doença que o encarna, perde espaço para a objetivação das informações obtidas, na medida em que doença consegue por esse saber ser melhor contextualizada:

[...] e aí que eu vejo essa questão de fragmentação do ser, ainda, mesmo que no campo de trabalho, os profissionais sejam solicitados quanto à visão do corpo como um todo, ainda assim eles acabam fragmentando tudo, ele vê bem a fisioterapia respiratória ele vê bem o neurológico, quando trata um paciente neurológico, mas ele não consegue ver o conjunto, como ficaria na abordagem de um ser humano, então existe ainda uma diferenciação, eu vejo que tem alguns profissionais que despertam pra isso que conseguem dar uma atenção mais global, tanto no sentido de não fragmentar esse ser em especialidades, como também tentando inserir o paciente na sua realidade do dia a dia (Professor A).

[...] A visão do todo para a fisioterapia, ainda para muitos de nós o todo significa você dominar, por exemplo, técnicas fisioterapêuticas de todas as especialidades e o que eu acho que a gente tem que entender com um todo, um corpo como um todo, é ele no aspecto físico, social e mental e para isso você precisa ir além da sua capacidade técnica em atender, por exemplo, esse corpo, você precisa conhecer o que está envolvido, se é para você tratar o corpo como um todo você precisa ter todo o envolvimento dele. Então, por exemplo, ele chega aqui, esse indivíduo, chega dentro do serviço hoje eu não tenho que avaliá-lo só em questão dos sintomas que ele tem ali no momento, eu tenho que saber também como está esse indivíduo fora daqui, em todos os seus aspectos tenho que conhecer antes e aí ele aqui no momento e depois o que vai acontecer com ele após ele sair daqui, então muito mais do que aquele corpo que está alí deitado numa maca que eu vou aplicar técnicas fisioterapêuticas específicas para o quadro dele (Professor C).

[...] [O que é o todo?] É você ver o paciente, não somente o pé do paciente, você tem que ver o pé que faz parte de um corpo, que esse corpo que faz parte de um interior, que esse interior faz parte de um contexto social, que faz parte de uma vida, e enfim eu acho que você não pode desconsiderar ou avaliar um indivíduo só pela queixa principal dele. [...] [Como a fisioterapia consegue identificar esse outro lado?] Realizando uma anamnese muito bem detalhada, avaliando o paciente diariamente, eu acho que não é você... é o contato próximo com o paciente, eu acho que o ser fisioterapeuta, eu acho que já, nos conhecemos e vamos conhecendo o nosso paciente no nosso dia-a-dia, não é fato de eu ter avaliado que a minha avaliação termina, a minha avaliação tem que ser constante, a interação, o questionamento, não que a gente vá perder aquele elo da individualidade, ou entrar nos problemas do paciente, a gente sabe até onde a gente pode, mas só fato da gente estar próximo ao paciente, pegando no paciente, a gente esta dando a liberdade do paciente se abrir, e a gente vai entrando na história desse paciente de uma forma indireta, por mais que este paciente nos relate situações, nos não vamos estar interferindo em outras áreas, mas a gente vai estar conseguindo fazer a análise do problema que ele nos trouxe através do seu próprio relato (Professor D).

[...] Eu acho que a abordagem do corpo ela é de duas maneiras; uma abordagem mais biológica mesmo, porque a fisioterapia tem que saber de anatomia, biologia, fisiologia, saber todos os

sistemas, porque em minha opinião um fisioterapeuta que sabe anatomia, sabe biomecânica, ele sabe tratar qualquer paciente, seja neurológico ou de qualquer coisa [...] E no outro sentindo a questão mais sociológica do ser humano, mas é, eu acho que hoje a gente tem que falar muito mais disso. O ser humano como um todo. Do tanto que isso modifica o tratamento, de tanto que isso influencia traçar um plano terapêutico para ele. Exemplo, vou falar da minha área que é mais fácil. Um paciente hemiplégico vítima de um AVE. Eu não poderia pensar em meu paciente como um hemicorpo, como um ombro doloroso, como um padrão espástico, tenho que pensar na totalidade desse indivíduo, tenho que pensar no que este paciente gosta de fazer, qual é a função, atividade que ele gostaria muito de fazer de voltar a ter para isso entrar no meu programa e para que conseguir a adesão deste meu paciente ao tratamento. Então eu preciso dele como um todo; eu preciso conhecer a casa do meu paciente, as barreiras arquitetônicas que ele sofre, eu preciso ter esse contexto, porque isso é verdadeiramente reabilitação [...](Professor E).

Diante dessas falas, observa-se que os sinais e sintomas que identificam a doença se confundem, na medida em que tentam representar por meio da pessoa que os expressa a realidade contextual em que estão inseridas. Assim, intermitentemente ora visualiza-se a pessoa ora a doença. Nesse momento, devido ao ato de reconhecer, o indivíduo se torna enunciável em uma remontagem descritiva. Portanto, para Foucault (2004, p. 105), a doença admitirá um duplo aspecto de expressão que variará do visível ao invisível:

A doença escapou da estrutura móvel do visível que a torna invisível e do invisível que a faz ver para se dissipar na multiplicidade visível dos sintomas que significam, sem resíduo, seu sentido. O campo médico não conhecerá mais essas espécies mudas, dadas e retiradas; abrir-se-á sobre alguma coisa que sempre fala uma linguagem solidária em sua existência e seu sentido, do olhar que a decifra – linguagem indissociavelmente lida e que lê.

A biomedicina tecnicamente busca, mesmo em interação com o social, a especificação clínica. Nas palavras de Foucault (2004, p. 106), isso significa que “não tem mais que ver [com] o verdadeiro essencial sob a individualidade sensível; está diante da tarefa de perceber, e infinitamente, os acontecimentos de um domínio aberto”. O observar traduz-se em uma linguagem clínica, que deve se opor, em um primeiro estágio, a experiência vivencial, pois assim garantiria a

cientificidade exigida, porém é fato que esses dois elementos não se excluem totalmente, já que a observação em si antecede à experiência, que está em relação às circunstâncias de onde se retiram as impressões dos objetos analisados. A decisão de interagir ou não, com a experiência/realidade que se apresenta, vai depender da influência da visão de mundo que a formação acadêmica ofereceu a este ou aquele profissional. Sobre o esse olhar clínico e a sua busca pela verdade e imparcialidade, Foucault (2004, p.132-133), escreveu:

O olhar clínico é um olhar que queima as coisas até sua extrema verdade. A atenção com a qual observa e o movimento pelo qual enuncia são afinal retomados nesse ato paradoxal que consome. A realidade, cujo discurso ele lê espontaneamente para reconstituí-lo, não é tão adequada a si mesma quanto se poderia supor: sua verdade se dá em decomposição que é muito mais do que uma leitura, visto que se trata da libertação de uma estrutura implícita. Vê-se, a partir de então, que a clínica não deve mais simplesmente ler o visível; deve descobrir segredos.

[...]

[...] há um olhar local e circunscrito, olhar limítrofe do tato e da audição, que só recobre um dos campos sensoriais e apenas aflora nas superfícies visíveis, e um olhar absoluto, absolutamente integrador, que domina e funda todas as experiências perceptivas. É este que estrutura em uma unidade soberana o que diz respeito, em um nível mais elementar, ao olho, ao ouvido e ao tato. Quando o médico observa, com todos os seus sentidos acesos, um outro olho se põe sobre a fundamental visibilidade das coisas e, por meio do dado transparente da vida, que os sentidos particulares são obrigados a driblar [...] (FOUCAULT, 2004, p. 183).

A doença deixa de ser, até então, parcialmente fruto de abstração na interação com o doente, para assumir na análise biomédica um lugar definitivamente ativo, como se as doenças assumem identidades somáticas separadas da pessoa que as encarna.

5.1.3 O Paradigma Fisioterapêutico: o Corpo Funcional

Ver a doença contextualizada trás à tona as especificidades da prática fisioterápica. A autonomia profissional construída historicamente permitiu definir mais claramente as próprias atribuições para diante de outras áreas de conhecimento se diferenciar. O raciocínio dessa categoria de análise culmina com as idéias que os professores têm da profissão de fisioterapia:

[...] a fisioterapia era e eu ainda acho que é até hoje é muito baseada naquilo que é a avaliação clínica oferece, por exemplo, hoje você vai fazer uma avaliação ortopédica você vai usa testes, por exemplo, um joelho, testar ligamentos, vai testar força muscular, mas nem sempre você a partir desse exame vai tirar um diagnostico funcional coerente. Na verdade a gente deveria orientar a nossa ação por um diagnóstico funcional e eu vejo que ainda hoje agente acaba orientando ação pelo diagnóstico clínico e não funcional. Isso muitas vezes as pessoas se perdem na aplicação da conduta porque vai de encontro à patologia e sinais e funções que apresentam e não a limitações funcionais que ela determina no indivíduo [...] (Professor A).

[...] Quando a gente vai fazer, por exemplo, uma avaliação funcional do paciente, é claro que o paciente tem passar pelo médico, o médico vai fazer uma avaliação clínica que é deles, testes, avaliação cirúrgica, pré-cirúrgica, isso é deles, mas, por exemplo, a avaliação fisioterápica é do fisioterapeuta, se eu vou pegar lá uma escoliose, o médico vai olhar e vai falar assim; tem uma curva destro, uma curva torácica à direita, e só. Quando vai chegar esse RX pro fisioterapeuta, eu vou olhar a pelve, eu vou olhar o sacro, eu vou olhar a rotação da vértebra, eu vou olhar o espaço intervertebral, eu vou olhar outras coisas que o médico não vê. [...] Eu acho que aquele negócio da fisioterapia ser, o médico falou que é uma dor de ombro, fisioterapeuta vai tratar dor de ombro, está errado, fisioterapeuta vai avaliar se tem encurtamento, se tem fraqueza, se tem excesso de movimento, se tem falta de movimento, isso o médico não vê. Então eu acho que nesse ponto, como exemplo, de avaliação que é muito discutido, médico acha que fisioterapeuta não precisa avaliar a gente precisa sim, porque a gente tem outros pontos a serem abordados que são característicos de nossa profissão (Professor B).

Bom, eu acho que quando a gente fala fisioterapia, eu acho que nós não podemos esquecer nunca que a gente trabalha com o corpo, trabalha com as mãos, trabalha com o olhar, trabalha com o ouvir, e para ser hoje fisioterapeuta, existe um grande critério, eu acho que se o fisioterapeuta se trabalhar, se conhecer, ele pode fazer do seu corpo seu instrumento de trabalho, seu instrumento de estudo, e a partir do momento que eu tenho o conhecimento dos limites, do

movimento, eu tenho consciência daquilo que eu estou fazendo com o paciente, com certeza eu vou saber quando começar, quando iniciar, quando eu posso forçar, quando eu posso terminar, porque muitas vezes eu tenho uma teoria, e eu não sei aplicar, e a partir do momento que eu conheço o meu corpo e sei os limites do meu corpo muitas vezes, eu vou respeitar muito mais o limite do corpo do paciente [...] (Professor D).

[...] nós somos uma profissão muito jovem, nós temos o 1º decreto que regimenta a gente de 1963, temos uma história de pouco mais de 40 anos, que é muito pouco em contrapartida da odontologia, medicina [...] Então nesse sentido eu acho que a gente começou a se organizar para fazer uma estrutura adequada para a profissão da gente que não existia que esta melhorando [...] Se perguntar para qualquer pessoa o que é fisioterapia? Vai responder que é reabilitação. E não é só reabilitação. É a prevenção, diagnóstico precoce, cuidados coletivos, muita coisa [...] Não é só eu subir na enfermaria, tratar meu paciente, bom dia, boa tarde, dobra a perna, estica a perna, levanta o braço, volta, faz isso, faz aquilo. Não é esse sentido. Então a gente pensa no paciente como um todo. É eu acho que todas essas coisas estão juntas e se somam. [...] eu preciso ensinar o meu aluno que o importante é a função. Que o importante não é o ombro, que o importante é a função. Quando ele pensa uma avaliação funcional ele tem que pensar no corpo como um todo [...] (Professor E).

A análise dessas falas evidencia que a fisioterapia enxerga o corpo como um conjunto de funções e sistemas em movimento. Na tentativa de desvencilhar-se do diagnóstico clínico, propõem o diagnóstico cinético-funcional. É a função que importa, é o que ele, paciente, pode fazer com o que ainda sobra de suas funções. É pensar a pessoa a partir do que a lesão permite que ela seja, é considerar o social somente a partir dos obstáculos que ele impõem, e diante disso preocupar-se com as adaptações. Do ponto de vista do bem-estar subjetivo, é somente pensar, tentar entender, e quase nada intervir.

Diante do exposto, é possível dizer, que existe por parte dos professores uma sintonia com os problemas da sociedade, na medida em que tentam contemplar a grade curricular com disciplinas específicas que supram as necessidades emergentes. Existe disposição e entusiasmo para com a mudança do perfil profissional, porém a eficácia e a abrangência de um currículo que está sendo implantado, nesse primeiro momento, ainda não podem ser avaliadas de forma completa e distanciada. Se não houver adesão por parte de todos os professores, os resultados podem ficar aquém do esperado. A falta de preparação para lidar com

metodologias ativas talvez seja o maior empecilho, porque a não familiarização pedagógica com outras técnicas ainda mostra a forte pregnância do modelo antigo. O que nos faz pensar se a reforma realmente trará mudanças estruturais ou se será apenas uma releitura adaptativa (SCHWARZ, 2000).

5.2 PERSPECTIVAS

5.2.1 Humanização da Técnica: Uma Perspectiva Positiva

No tópico anterior tentou-se delinear por meio da primeira categoria de análise o que é a Fisioterapia diante de sua práxis. Caracterizou-se a visão do corpo, enquanto conceito biomédico, e as idéias sobre o processo de mudança em curso da estrutura curricular. Sendo assim, neste subitem serão analisadas as possíveis estratégias que auxiliam a efetivação do novo currículo a partir de uma visão mais integral e humanista. Serão trabalhadas as questões referentes à *humanização da saúde* e da *interdisciplinaridade*, por se apresentarem recorrentes e amplamente difundidas nas falas dos professores entrevistados.

A humanização da saúde é um movimento que surgiu para sensibilizar o profissional da área biomédica em relação ao distanciamento provocado pelo avanço tecnológico sobre o comportamento entre terapeuta e paciente, no qual a pessoa se torna objeto da investigação clínica. Humanizar as relações sociais existentes nesse encontro é um trabalho amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve transformações que despertam insegurança. Trata-se, pois, de um ser e fazer no trabalho e no atendimento à saúde que se inspira numa disposição de abertura e de respeito ao outro como um ser singular. A ação biomédica deveria então se pautar em preceitos mais integralizadores:

homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes - como médico de família que era -, esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica [...] (GALLIAN, 2000, p.6).

Para isso é necessário compreender a técnica como instrumento que deve acolher o paciente, e não excluí-lo. O objetivo da humanização não é agir sobre técnica em si, mas sobre as relações excessivamente objetivadas que obliteram as subjetividades, já que para o clínico elas raramente coincidem. Vejamos algumas falas que pensam, direta ou indiretamente, o processo de humanização das relações em saúde:

[...] às vezes a gente fica preocupado em avaliar a clínica, até se aproximando do diagnóstico que o médico já faz [...] a gente se detém muito a isso, ao invés de pesquisar além [...] Eu tenho uma pneumonia, eu sei dos sinais e sintomas que uma pneumonia trás, mas eu posso avaliar qual a é função pulmonar por trás disso, a função em relação ao organismo com um todo, o que isso vai resultar. E se eu me deter só a secreção, ou só as condições do paciente, ali momentâneas, acontece muito, você trata o paciente, você tira a secreção do pulmão e vai embora, daí em cinco minutos. O paciente precisa ir ao banheiro, e aí ele não consegue ir até o banheiro por causa de uma disfunção [...] poderia fazer parte da minha conduta também treinar esse paciente a sair da cama e ir até o banheiro com o mínimo de dispnéia possível, determinar a ele inclusive qual é o melhor momento [...] então isso é ir além da patologia eu acho [...] Porque quando a gente fala disso, a gente está falando de pulmão, mas eu não posso pensar em pulmão isoladamente [...] então o funcional vai além do funcional, específico de um sistema, mas um funcional no sentido de atividades de vida diárias, de atividades que o paciente realiza [...] [o aluno] primeiro precisava conhecer bem o ser humano, quem é de onde vem, como ele interage, quais limitações, precisa ter competência técnica para trabalhar tudo isso e precisa ter algumas atitudes em relação a respeito, a entender o coletivo, a entender o seu espaço, tem que saber resolver problemas. Precisa aprender a integrar todos os conhecimentos que ele adquire, que isso eu acho que é um passo bem grande, ele precisa aprender a respeitar o ser humano e ver o ser humano como um todo [...] (Professor A).

[...] dentro da minha disciplina que é ortopedia, que é super fragmentada, por exemplo, o paciente chega lá com lombalgia, a gente tem abordado, por exemplo, os aspectos nutricionais dele, o sistema digestivo, o apoio do pé, que pode desencadear na lombar, se ele fica sentado, como ele está dormindo, se ele está estressado, qual o ritmo de vida dele, então a gente tem tentado dar esse enfoque amplo, global, que na verdade tudo vai interferir no paciente [...] dentro da minha especialidade eu vou saber o nome, eu vou conhecer a família, se vou saber se está bem, se está com problema, se está precisando de alguma coisa, eu acho que dentro da especialidade tem que ter essa parte mais humana, que é o que a gente tem treinado e tem tido um retorno bom, dos alunos que a gente tem colocado no mercado, apesar de não ser o ideal ainda (Professor B).

[...] Eu acho assim que a necessidade de compreender o ser humano mesmo de ter conhecimento das necessidades do ser humano, eu acho assim de você transportar... Se projetar, por exemplo, em relação àquele paciente que você atende quais as necessidades dele, e você ter compreensão global desse ser humano, porque se nós tivermos só aquela compreensão biológica que a gente vem trazendo de muito tempo, você não consegue atender e oferecer tudo que a gente deveria estar oferecendo [...] (Professor C).

[...] avaliando o paciente diariamente [...] é o contato próximo com o paciente [...] nos conhecemos e vamos conhecendo o nosso paciente no nosso dia-a-dia, não é fato de eu ter avaliado, que a minha avaliação termina, a minha avaliação tem que ser constante, a interação, o questionamento, não que a gente vá perder aquele elo da individualidade, ou entrar nos problemas do paciente, a gente sabe até onde a gente pode, mas só fato da gente estar próximo ao paciente, pegando no paciente, a gente esta dando a liberdade do paciente se abrir, e a gente vai entrando na história desse paciente de uma forma indireta, por mais que este paciente nos relate situações, nos não vamos estar interferindo em outras áreas, mas a gente vai estar conseguindo fazer a análise do problema que ele nos trouxe através do seu próprio relato (Professor D).

[...] visitas domiciliares, conhecer a casa do paciente, conhecer a família, conhecer os cuidadores [...] a gente faz churrasco para o paciente para a integração dos alunos, às vezes a gente vai ao cinema [...] então esse tipo de coisa que a gente deve trabalhar mais [...] eu acho que a técnica só está mais humanizada que anteriormente, é muito importante o vínculo com o paciente, não posso pensar só na minha técnica, tem que pensar no vínculo. O paciente tem que gostar de mim e eu do paciente, eu tenho que vir atender com prazer meu paciente, e ele tem que vir feliz para a fisioterapia. Fisioterapia é uma coisa cansativa, é uma rotina principalmente na minha área que é neurologia que o paciente tem que ficar muito tempo comigo. [...] Tem que ter uma técnica não pensando no Alberto, no João e não pensando na lesão medular dele ou lesão encefálica dele ou lesão nervosa periférica dele, nesse indivíduo contextualizado, nesse indivíduo é no que eu quero para ele no que ele quer para ele, no que nos queremos para ele [...] vai desde uma comunicação não verbal, simplesmente o jeito que você olha para o paciente, seu estado naquele dia, então isso é muito importante, o paciente sente às vezes até o paciente que a gente tem lá comatoso, depois que ele volta desse coma. Que ele se lembra de você, que ele sabe que você falou pra ele durante a terapia, então é uma coisa que eu sempre falo pra os meus residentes: paciente em coma, converse com seu paciente, fale da família, cuidado com que você vai falar pro seu paciente em coma, às vezes passa a visita, é um processo passivo, é um tumor, esse paciente ao retornar desse coma ele se lembra de muitas coisas [...] então coisas assim que a gente tenta estar trabalhando desde uma comunicação não-verbal, até uma comunicação verbal, o toque que é basicamente nosso ganha pão, então a gente precisa especializar esse toque e fazer tudo isso (Professor E).

Pelos relatos expostos observa-se que há uma retomada da questão da contextualização da doença a partir da pessoa que a agencia, desenvolvida anteriormente. Por outro lado, ficam intrinsecamente definidos os meandros de aproximação que possibilitam dizer que a técnica poder ser humanizada, na medida em que se assume a essência humana como um conjunto de relações sociais. A humanização, além disso, reconhece e não desqualifica a realidade interna da pessoa, que implica para o terapeuta a aquisição de valores que refinam a consciência moral pela sensibilidade, empatia, tolerância e fragilidades e sofrimentos humanos.

Para a Fisioterapia, humanizar significa englobar essa perspectiva, porém ela fica mesclada, e até se esmaece, quando a busca pela maximização das funções residuais, por meios mecânicos de agir, torna-se o objetivo principal na promoção da autonomia. Os resultados positivos de uma prática humanizada vêm da postura do terapeuta diante da técnica, na medida em que não se pode desvencilhar-se dela enquanto método intrínseco do trabalho.

Saber mais e melhor sobre a vida do doente, preocupar-se além da lesão, criar um contato gradualmente próximo, são as formas de dizer que existe humanização nessa relação terapêutica. Contudo, a naturalidade do processo, enquanto técnica a ser ensinada, é questionável nesse momento da implantação, na medida em que ela pode não se concretizar, em curto prazo ou até mesmo médio prazo, pois como elemento *novo*, sua incorporação acompanha o desenrolar histórico de um longo fio. Desta forma, não se pode seguramente prever o desfecho, pois as novas vivências acadêmico-profissionais que buscam uma consciência moral mais sensível ainda estão sendo construídas.

Além disso, a humanização tem por característica valorizar o diálogo, no qual a pessoa enferma constrói uma narrativa que organiza a história da sua doença e o itinerário terapêutico. A ordenação coerente dos fatos vislumbraria, então, o sentido da cura. Isso nos remete a fala contida no manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que escreve:

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. (1997,p.3).

Segundo Langdon (2001, p. 241), referindo-se as preocupações da chamada antropologia médica interpretativa-crítica, “o processo terapêutico é considerado como uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimentos e posições de poder diferenciados”. Sobre o uso da palavra por meio da narrativa, ela acrescenta:

A narrativa é uma maneira comum de falar sobre os dramas da vida, e o narrador seleciona dos eventos “reais” aquilo que os une para comunicar sua interpretação dos eventos. Os dramas sociais da vida humana geram narrativas múltiplas, segundo os atores e suas interpretações do significado dos eventos. Assim, a narrativa envolve uma seqüência de eventos e uma seleção paradigmática ou metafórica para expressar um ponto de vista particular (LANGDON, 2001,p. 249) (aspas do autor).

Ainda segundo o PNHAH (1997), a construção de redes de significados por meio da linguagem, gera uma identidade cultural compartilhada. A palavra que intermedia as relações pode fracassar e quando a palavra fracassa acontecem as arbitrariedades. O binômio saber-poder torna-se uma ameaça ser combatida, pois sem comunicação não há humanização, a humanização depende sobremaneira da capacidade de falar e ouvir. As principais reclamações dos doentes derivam, quase exclusivamente, dessa constatação. De acordo com Adam & Herzlich (2001), o saber médico hierarquicamente posto, com seu valor normativo e autoritário, tem sido um grande produtor de ansiedades e angústias nas pessoas que precisam desse tipo de serviço especializado, e que devem se comportar como bons pacientes.

Partindo do princípio que um dos objetivos da articulação dos conteúdos no novo currículo privilegia a relação terapeuta-paciente, vale a pena nesse momento, fazer um adendo, para resgatar a disciplina de saúde coletiva como aquela que também pode dar conta dessa intenção, na medida em que insere precocemente o aluno em realidades sociais diversas. Esse contato com a

comunidade pode sensibilizá-lo a respeito das disparidades que acentuam o afastamento entre as pessoas.

De uma forma geral, a questão da humanização deve buscar formas efetivas de aproximação crítica, que permitam, ambas as partes, compreender os componentes técnicos e instrumentais utilizadas no intercurso de uma consulta. Deve também resgatar a compreensão do ser humano como alguém que possui códigos específicos que fogem ao fato biológico, e que levar a uma reflexão mais aprofundada sobre a pessoa e seu sofrimento.

Vale ressaltar, por outro lado, que às vezes a necessidade de humanização não está relacionada exclusivamente com o excesso de zelo técnico, mas também com sua falta; seja de capacitação ou de instrumentos adequados de trabalho. Condições adversas que também tornam desumanizantes o atendimento, pela má qualidade e pela falta de interação entre profissionais, o que gera uma baixa resolubilidade dos problemas.

5.2.2 Interdisciplinaridade

Seguindo os mesmos objetivos dos programas de humanização em saúde, a interdisciplinaridade vem então acrescentar forças nessa luta, já que é considerada importante tanto para a prática pedagógica quanto para a pesquisa. Contudo, seu conceito e uso têm sido banalizados, diante de uma tendência homogeneizadora de sua teorização, como pontua Leis (2005, p. 2):

Um obstáculo sério para entender o sentido da atividade interdisciplinar reside no fato de que os pesquisadores e docentes estão envolvidos em idiosincrasias das quais eles não são totalmente conscientes, entrando em debates intermináveis sobre um tema que é profunda e extensamente polissêmico, que circula por todos os lugares geográficos e institucionais, mas com significados diversos.

Para Leis (2005), não existe um conceito único para a interdisciplinaridade, já que procurar por definições seria assim um ato disciplinar

contrário a sua filosofia, na medida em que as experiências interdisciplinares em curso no campo do conhecimento podem ser variadas. Desta forma, segue abaixo o que os professores pensam a respeito da interdisciplinaridade e como tentam colocá-la em prática:

[...] Na verdade existem focos dentro do curso de interdisciplinaridade, que dependem principalmente da iniciativa dos docentes, é aquele docente que está trabalhando um determinado conteúdo que vê uma correlação com uma outra disciplina que se dispõe a ir até aquela disciplina; ah! vamos um fazer um projetinho assim, vai lá e coisas acabam funcionando, eu penso que até então esta interdisciplinaridade surgiu a partir dessas iniciativas [...] não existe um envolvimento de todos ou da maioria, são alguns momentos onde esta interdisciplinaridade aparece (Professor A).

[...] eu vou pegar lá uma escoliose, o médico vai olhar e vai falar assim; tem uma curva destra, uma curva torácica à direita, e só. Quando vai chegar esse RX pro fisioterapeuta, eu vou olhar a pelve, eu vou olhar o sacro, eu vou olhar a rotação da vértebra, eu vou olhar o espaço intervertebral, eu vou olhar outras coisas que o médico não vê. Então eu acho assim que são profissões que têm que trabalhar em conjunto, não é que a fisioterapia não precisa do médico, o paciente precisa de todos os profissionais trabalhando em interdisciplinaridade, não multi, inter, discutindo, mas cada um em seu momento [...] (Professor B).

[...] Eu acho que a gente só vai de forma global se a gente souber a interdisciplinaridade, então o projeto pretende que ocorra isso, mas ainda precisa ocorrer uma articulação muito grande para as pessoas, para poder aprender a se dessa forma, pois senão você não consegue, eu acho eu vejo assim, nosso departamento ele precisa de muitos estudos para poder chegar a uma forma, digamos adequada, então pra gente conseguir, a interdisciplinaridade [...] a proposta é interdisciplinaridade, só que nós não conseguimos isso [...] mas nós temos dificuldade de trabalhar essa interdisciplinaridade [...] (Professor C).

[...] o nosso objetivo não é substituir o médico, acho que o médico ainda tem o poder, eu posso, eu devo, eu devo prescrever e ainda o médico não conseguiu dividir, não conseguiu fazer com que cada profissional junto, o profissional da saúde é para o bem do próprio paciente (Professor D).

[...] hoje a gente fala com muita mais propriedade em interdisciplinaridade, quando eu entrei na faculdade, interdisciplinaridade era uma coisa que a gente estava começando, as pessoas tinham muito medo, os médicos tinham muito medo que outras pessoas entrassem no plano dele. Então hoje sabe que cada macaco no seu galho, não vou querer nunca fazer um acesso venoso no paciente, que é um enfermeiro tem que fazer eu tenho certeza que nenhum médico vai querer fazer fisioterapia num paciente e nem eu não vou querer administrar nenhum remédio. Então, hoje a gente

tem essa borda permissiva de cada área eu acho, antes era uma coisa mais assim interdisciplinariedade significava que cada um queria entrar na área do outro hoje eu acho q as coisas estão muito melhores definidas e a gente trabalha com interdisciplinariedade ou multiprofissional muito mais facilmente do que a gente trabalhava há 10 anos atrás [...] (Professor E).

A análise demonstra que o tema é considerado importante teoricamente, porém na prática ele assume um caráter de obstáculo difícil de ser superado, apesar dos avanços. Quando existe a possibilidade de trabalho conjunto, é sempre dentro da perspectiva compartimentalizada e por iniciativas isoladas e tímidas de alguns docentes.

A fala do *professor E* transpareceu que a questão interdisciplinar envolve o medo de uma invasão do campo de trabalho alheio. Essa influência parece não ter somente permeado a fisioterapia, mas a partir dela, pode-se inferir o porquê de uma atitude protecionista entre diferentes profissões, sejam elas afins ou *totalmente afastadas*. Fato que não colabora com o preceito de que a interdisciplinaridade pode gerar novos conhecimentos, ou conhecimentos complementares, a partir do trabalho conjunto.

Talvez a percepção mais apurada, apesar de ampla, seja o discurso do *professor C* que entende a interdisciplinaridade como elemento essencial no processo que conduziria a um tipo de assistência mais global, na medida em que as próprias deficiências técnicas não podem superar por completo as barreiras disciplinares que existem entre as profissões, sem causar alguma tensão.

5.2.3 Resistências às Mudanças

Além dessas dificuldades prático-conceituais, os professores mostraram-se muito insatisfeitos com as resistências internas. Observemos alguns relatos:

[...] Nem um processo é possível você conseguir adesão integral, acho que existem vários fatores, no meu ver, eu penso assim, primeiro que nosso curso UEL veio de uma história de sempre com

muito sucesso, curso sempre cinco estrelas, sempre formou bons profissionais, profissionais que foram imediatamente sendo inseridos no campo do trabalho, é um curso que sempre teve um bom conceito, nessa característica tradicional sempre teve um bom conceito, então isso tudo cria uma certa situação cômoda. Eu estou bem assim como estou, e não preciso mudar, e outra porque qualquer mudança gera uma certa insegurança, não sabe exatamente onde vai parar, o que vai acontecer de fato, e quando você tem pessoas que já estão habituados a fazer aquilo e fazem aquilo há muito tempo, isso gera resistência, porque acha sempre, meu método está funcionando, eu não estou errado, eu me formei assim, porque que os outros também... [...] hoje estamos vivendo uma realidade difícil que é a questão de carga horária, tem que distribuir carga horária, como nos vamos fazer, vou ter q trabalhar mais, vou ter que desenvolver pesquisa, existem uma serie de fatores institucionais internos [...] com relação a salário, em relação à organização, a falta de verba de modo geral, que não incentiva os cursos a essas mudanças [...] (Professor A).

[...] [As barreiras foram] Pessoais. Pessoais. Pessoais. Por exemplo, em um primeiro momento nos tínhamos uma idéia de currículo completamente diferente dessa que nos estamos implantando. Um currículo baseado em problemas, um currículo onde não teria disciplinas, carga horária, e grade – um currículo onde nos teríamos eixos, e ai os conteúdos iam entrando, ninguém ia ser dono de disciplina nenhuma. Quando isso foi apresentado depois de monte de tempo de trabalho, o depto. não conseguiu se ver ali, os docentes não se viram ali, onde eu vou trabalhar? Como é que vou fazer? Vou perder meu ambulatório? E a minha pesquisa? E aí pra onde é que eu vou? Daí nós nos deparamos com problemas pessoais, pessimistas de plantão, pessoas que boicotaram por trás. Só q chegou numa hora que a universidade mudou seu currículo, porque o MEC, as leis de diretrizes e bases foram modificadas, solicitaram mudanças, aí nos tivemos que mudar [...] (Professor B).

[...] hoje nós temos um problema muito grande dentro da universidade, é que é as condições para execução das propostas dos currículos, de hoje e todos os currículos que estão sendo implantados, o grande problema que nós sentimos é a falta de compromisso que a universidade tem com o currículo de hoje. O currículo que se propôs, porque o currículo que se tem hoje - nós tínhamos quarenta vagas e ai a universidade aumentou as vagas pra 60 e não deu condições de espaço físico e equipamentos para que a gente mantivesse a estrutura para sessenta alunos, então isso já tem uma defasagem, segundo nós não temos espaço físico adequado pra se dar as aulas praticas, esse é o nosso maior problema dentro da universidade e principalmente dentro do curso de fisioterapia onde nós temos o nosso laboratório mas não existe equipamento para o nosso laboratório e dentro da nova proposta curricular a universidade nos deu a liberdade de propor os nossos currículos, mas desde de que a gente ficasse naquilo que a gente tinha, não poderia aumentar a carga horária, não poderia realmente fazer exigências, que não tivessem dentro da PDI [...] (Professor D).

[...] na minha época eram quarenta alunos, hoje a gente tem que dar conta de sessenta alunos, com a mesma estrutura e mesmo número de professores, outra coisa que eu acho importante frisar é que as gerações estão diferentes, os alunos estão vindo diferentes, o nível de responsabilidade, do que acontecia anteriormente, do que acontece hoje, então muitas vezes a gente se pega preocupado, assim... o que fazer para esses alunos aprenderem? A gente fala, fala... E esses alunos não absorvem, mas algumas coisas também é fruto... Não sei, criação, nível de responsabilidade, é diferente do que eram as gerações um pouco mais anteriores, eu estou na UEL há sete anos e eu vejo assim que a cada turma o nível de responsabilidade é diferente do que era anteriormente. [...] As barreiras foram assim [também] praticamente burocráticas e de recursos humanos mesmo, como eu te falei, tinha muita gente até o ano passado com licença para mestrado, licença para doutorado, e é um currículo em que o professor tem que estar integralmente de corpo e alma dentro do curso [...] [fora a isso, internamente] Sempre tem, gente contra e gente a favor. Você sabe que a unanimidade é uma coisa muito difícil. Assim eu acho que todo mundo se empenhou na medida... do seu jeito, do seu estilo, assim que muitos tiveram o engajamento, isso sempre existe, isso é uma coisa natural da vida, sempre tem aquele que emperra o processo, aquele que leva o processo para frente, aquele que medeia e assim sucessivamente. Coisa difícil de a gente estar falando, existe e existiu e agora com a implantação acho que também vai existir, mas vamos ver no que vai dar (Professor E).

A universidade como instituição social exprime de maneira determinada a estrutura e o funcionamento da sociedade, na medida em que no interior dela se encontram opiniões, atitudes e projetos conflitantes que exprimem as divisões e contradições da sociedade. Assim, diferenciada, a universidade pode relacionar com o todo social e pensar de forma autônoma suas diretrizes (CHAUI, 2003).

A análise demonstrou que as resistências são estruturais e fogem a exclusividade de uma interpretação isolada, na medida em que a compreensão delas exige uma visão ampla das idéias que delimitam os elementos fundamentais dessa pesquisa. Os fatos da pregnância do modelo biomédico, sobre a postura dos professores diante da mudança, devem se conectar para formar a história da fisioterapia, que se pretende nessa pesquisa, para oferecer sentido às representações fisioterapêuticas.

Os discursos inicialmente analisados soaram como queixas pessoais, e não problemas que possuem uma causa definida. A falta de estrutura material para o trabalho sobressaiu-se, e a incompatibilidade ideológica entre

professores apesar de citada veemente ficou esmaecida pelos professores, talvez devido a uma condição de ética profissional. Por outro lado, este último fator mostrou-se importante, na medida em que permitiu contrastar duas visões opostas de modelos de ensino. Desta forma, para não fugir ao tema, a análise se manterá ligada às dificuldades impostas pelas mudanças sobre a postura dos professores enquanto modificadores diretos ou indiretos da estrutura do curso, e deixará de lado a questão dos entraves organizacionais e políticos da questão.

A história de sucesso do curso de fisioterapia da UEL é sabida e difundida entre os professores. Por diversos anos o curso foi categorizado como *cinco estrelas* por revistas especializadas, e nesse sentido, até mesmo o departamento providenciou seu *marketing* pessoal incluindo em seu *site* um *link* com ex-alunos atuando no estrangeiro.

Essa condição de vitória durante anos ofereceu aos professores certa comodidade, o que no processo de transição gerou uma tensão interna, pois na verdade, a pressão não vinha exclusivamente do embate entre membros do corpo docente, mas também das novas reformulações do MEC. Apesar da *autonomia* universitária, a UEL deveria mais ou mais tarde se contemplar as diretrizes preconizadas por esse órgão. Além disso, essas mudanças caracterizam um movimento que já vinha acontecendo do Centro de Ciências da Saúde da UEL, que se iniciou pelo curso de medicina e depois no curso de enfermagem. Contudo, não se deve perder o foco que esses conflitos buscam na verdade aprimorar as habilidades para contemplar com competências as necessidades sociais. Assim, para alguns essas necessidades já estavam sendo bem satisfeitas pelo modelo antigo, justificando, portanto as resistências.

Por esse motivo não era de se esperar uma adesão completa, pois como o professor A justificou: “*qualquer mudança gera uma certa insegurança*”. Essa insegurança parece, em um primeiro momento, não estar envolvida diretamente com as dificuldades a serem encaradas, mas sim com perdas de espaços que foram conquistados e que representam a identidade dessa pessoa. Estar dentro de uma estrutura, supostamente, sem barreiras disciplinares, como era a intenção inicial, a partir do modelo do PBL, gerou incômodos que forçaram a formulação desse currículo intermediário, que talvez pudesse contemplar os anseios daqueles que eram a favor e dos que eram “*contra*” as novas diretrizes.

Interessante observar que as resistências sempre fazem referência, na maior parte do tempo, as dificuldades do outro, daquele que é contra a reforma. O outro é quem emperra o processo, que é pessimista e que não quer acompanhar a evolução das metodologias. Contudo, o outro se transforma em *nós*, na medida em que a pregnância do modelo biomédico é onipresente dentro da profissão. Diante de uma perspectiva diferenciada de ação, os fantasmas deliberadamente ecoam as regras e os modos desenvolvidos ao longo do tempo, e que se tornam ainda mais presentes quando se tenta negá-los.

Considerando as categorias de análise extraídas da entrevistas, mais as adequações observadas na grade curricular, as resistências encontradas, advêm justamente da questão da pregnância dos valores biomédicos construídos como cultura. Os condicionamentos que definem padrões de comportamento são muito lentamente inculcados, como todo referencial teórico demonstrou. Conseqüentemente, as mudanças que se espera com a implantação do novo currículo, caminharão na mesma velocidade, até adquirir forma autônoma e expressão ativa, ou seja, transformar-se em uma nova cultura. Como bem coloca Mauss (2003), é de fato difícil desembaraçar-se da própria técnica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida tendo como inspiração o ser humano e seu corpo, como elementos indissociáveis, que encenam diferentes histórias. Em constante mutação, o corpo expressa símbolos que adquirem significados diversos de acordo com o mundo no qual está inserido. Os processos corporais possuem uma dinâmica que coincide com as subjetividades, estabelecem relações complexas com a cultura, e tornam, portanto, incapazes as perspectivas de respostas que sejam definitivas a seu respeito.

No entanto, o percurso trilhado, desde a decisão do tema visou, de forma geral, contribuir com a formação do fisioterapeuta. As inquietações subjacentes estavam atreladas à necessidade de conhecer a realidade de um corpo sensível. Assim, o objetivo de historiar os significados construídos sobre o corpo na cultura ocidental relacionados com a biomedicina, penso ter alcançado a sua meta, na medida em que o primeiro capítulo caracterizou os períodos e os conceitos produzidos, cujo entrelaçamento resultou na compreensão da noção de corpo medicalizado.

Essa informação contempla o segundo objetivo, que buscou exatamente explicitar a noção de corpo com a qual pensava a fisioterapia trabalhar. Pode-se acrescentar que em nada difere do paradigma biomédico, pois a visão que se tem é de um corpo que precisa ser funcional para ser útil a vida. Mesmo sob o mote do *corpo como um todo*, o conjunto funcional, é antes fragmentos captados isoladamente, assim o sentido das interpretações terapêuticas permanece sob influência organicista.

Diante dessas constatações, o terceiro e quarto objetivos foram concretizados, ou seja, entender o que se pretende alcançar com a reformulação curricular, e as estratégias que foram traçadas para dar conta de tais intenções, respectivamente. O que norteia as mudanças, em primeira instância, pode-se dizer que são as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de fisioterapia, que almeja uma formação profissional generalista, humanista e crítico-reflexiva. Por outro lado, diante das discussões que articulavam a transição, as próprias deficiências na forma de atuar eram identificadas, ratificando a necessidade de um novo modelo, na medida em que as ações metodológicas e pedagógicas eram percebidas como

insatisfatórias, quando se observava a correlação entre as habilidades e as competências finais, diante dos pressupostos das diretrizes, não se coadunavam.

As estratégias derivadas desses problemas concentraram-se na elaboração de um currículo que ainda parece ser, nessa conclusão parcial, incapaz de dar conta de uma visão mais integralizada do ser humano enquanto corpo. Entretanto, não se deve deixar de reconhecer que as iniciativas são louváveis, pois como um todo, elas tentam humanizar a técnica. Interessante ressaltar, que em uma primeira análise, essa questão da humanização foi tida de forma pejorativa, pois soava muito artificial a pretensão de naturalizar qualquer coisa que fosse. Porém, resgatando-se o conceito de cultura e história, essa se torna uma medida possível, e acredito que as disciplinas de habilidades, saúde coletiva e análise e estudo do movimento humano possam realmente começar essa transformação, na verdade, o foco da humanização não é a técnica em si, mas as relações que elas intermedeiam para diminuir o distanciamento desnivelado entre pessoas.

Para o momento, o que está emperrando o processo é o despreparo e a falta de amadurecimento do corpo docente em lidar com metodologias mais ativas. Fora isso, sendo o currículo implantado intermediário, é confuso pensar esse professor transitando entre dois modelos, sem que o mesmo produza conflitos consigo mesmo e com a estrutura atual. Assim, as iniciativas que são louváveis, são pelos motivos expostos, trabalhadas timidamente, pois sem planejamento crítico aprofundado e não articulado com o conjunto total dos professores, acaba por predominar no curso a visão antiga de ensino-aprendizagem.

Frente a essas considerações, é importante salientar que a dificuldade em relativizar a saúde é uma questão central e talvez até decisiva para uma mudança de postura frente aos dilemas do paradigma biomédico. A interdisciplinaridade pode mostrar o caminho para alcançar uma visão mais humana, na medida em que não basta reconhecer a pessoa somente como um todo corporal. Esse todo integrado deve ser reconhecido em conexão com outras dimensões da existência social, que são atravessadas por subjetividades individuais e coletivas, e que, portanto, influenciam a maneira que a pessoa enxerga a própria doença e os meios que tem para encontrar a cura. Geralmente a fala que o paciente tenta construir é obliterada pela mecanicidade do método. Penso que a disciplina de Fundamentos de Ciências Sociais com um enfoque mais direcionado poderia dar conta dessa relativização dos conceitos de saúde. Inclusive poderia se aproximar da

disciplina de Saúde Coletiva, formando uma parceria, na medida em que inserida na comunidade ela terá que lidar com a pluralidade social.

O pressuposto de que as formações generalista e especialista como oposições podem ter seus limites atenuados surgiu como uma proposta inusitada, pois diante dos debates que não enxergam a complementaridade dessas perspectivas, é clara a opção pelo generalista, na medida em que a construção de sua imagem como um profissional mais humano, é mais bem vista e aceita. Portanto, esse discurso observado nas falas dos professores é contraditório; deve ser pesquisado e analisado com mais rigor, para saber até que ponto se acredita nessa perspectiva, já que para o mercado profissional o especialista capitaliza mais rendimentos. Além disso, saber a influencia que esse pensamento exerce sobre o modo de ensinar, e se a busca pelo generalista sob o prisma do humanismo não fica restrita somente a esse conceito e a prática acadêmica.

Diante do que foi aqui exposto, tanto o conhecimento da fisioterapia quanto a sua atividade prática devem estar situados dentro da interação cultura e contexto, para que as propostas pretendidas sejam efetivadas em longo prazo. As medidas que se propõem suplantar o modelo reprodutivo de transmissão de conhecimento devem levar em consideração a realidade circundante, senão mais longe estarão os futuros profissionais de obter as resoluções para os problemas da população que os procura. Assim, sugiro que este trabalho tenha continuidade e consiga pelo menos avaliar a primeira turma formada nesse novo currículo.

O corpo, portanto, não é um dado universal e homogêneo, mas particular a cada cultura, particular a cada pessoa. Sempre em movimento, o corpo agencia sua história. Merleau-Ponty (1994) aponta que a consciência do corpo invade o próprio corpo, pois o corpo é quem somos, e ele existe comigo, assim não pode ser desdobrado diante de mim como um objeto. Conseqüentemente, a dicotomia mente-corpo, razão-emoção, são eliminadas, na medida em que a mente não está em alguma parte do corpo, ela é o próprio corpo, e não existe outra forma de conhecê-lo senão vivê-lo.

REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe, HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EdUSC, 2001.

ALMEIDA, Érica Cristina. Corpo e construção histórica. **Perspectiva**, Florianópolis, v.21, n.1, p.55-78, jan./jun. 2003.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Para uma teoria geral da saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.753-799, jul./ago. 2001.

AUGÉ, Marc. **Não-lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.

BALANDIER, Georges. **O contorno**: poder e modernidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia grega**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1993, v.1

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia grega**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1996, v.2

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4** – diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso em 22 jan. 2007.

BRASIL.Ministério da Educação. **Parecer n.º 388/63 do Conselho Federal de Educação**: aprovado em 10 de dezembro de 1963. Brasília, 1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, 1997.

BRUHNS, Heloisa Turini; GUTIERREZ, Luiz Gustavo. (Org). **O corpo e o lúdico**: ciclo de debates lazer e motricidade. Campinas: Autores Associados, 2000.

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.53-9, 2001.

CENTRO DE SÃO PAULO. Formação Contínua para Fisioterapeutas. **Ginástica holística**. Disponível, em: <<http://www.centrodesaopaulo.com.br/ginastica.html>> Acesso em: 22 jan. 2007.

CHAUI, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Minas Gerais, n. 24, 2003.

CHAVES, Marcos; KISIL, Mário. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.C.M. e LLANOS, M.(Org.) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec,1999. p.1-16

CSORDAS, Thomas J. **Embodiment and experience**: the existencial ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University, 1994.

DAOLIO, Jocimar. **Da cultura do corpo**. 4.ed. Campinas: Papyrus, 1998.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Doença, sofrimento, perturbação e pessoa. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 1., 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: 2003b, p.108-115.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da doença. Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.173-183, 2003a.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**: uma história dos costumes. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a. v.1

_____. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994b.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 17.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1987a.

_____. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

_____. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo. Martins Fontes, 1966.

_____. **Vigiar e punir:** história da violência nas prisões. 30.ed. Petrópolis: Vozes, 1987b.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida ; EGRY, E. Y. . Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização da rede básica de saúde . In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5. p. 64-64, 2000.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida ; EGRY, E. Y. . Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à municipalização em saúde . In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 8., 2000, Habana, CU, 2000. p.153.

FRIAS, Ivan Miranda. A relação corpo-alma no timeu em função do binômio saúde-doença. **Cadernos de Atas da ANPOF**, cidade, n.1, p.111-116, 2001.

GALLIAN,D.M.C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v.33, p.5-8, 2000

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.61-78, jan./abr. 2002.
HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto alegre: Artes Médicas, 2003.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século xxi: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.383-394, 2004.

KISIL, Marcos., CHAVES, Mario. (Ed.) **Programa UNI:** uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: CURRER,Caroline; STACEY, Meg. (Ed.). **Concepts of health, illness and disease: a comparative perspective**. Oxford: Berg Publishers, 1986. p.29-47.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.48-70, mar./jun. 2001.

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

LANGDON, E. Jean Mattesson. Breve histórico da antropologia da saúde. In: _____. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os siona no contexto pluri-étnico.** [Florianópolis]: UFSC, 1994.

_____. Cultura e processos de saúde e doença. Londrina. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 1., 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: Fiocruz, 2003, p.91-107.

_____. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnografica**, Lisboa, v.5, n.2, p.241-260, 2001.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** Campinas: Papyrus, 2003.

_____. **Anthropologie du corps et modernité: sociologie d'aujourd'hui.** Paris: Universitaires de France, 1992.

_____. Genetic fundamentalism or the cult of the gene. **Body and Society**, cidade, v.10, n.4; p.1-20, 2004

_____. **A sociologia do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

LEIRNER, Piero de Camargo. **Hierarquia e individualismo.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2003.

LEIS, Héctor Ricardo. **Sobre o conceito de interdisciplinaridade.** Florianópolis: Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas, 2005. . (Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, 73)

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e complicações na formação dos profissionais de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.17, p. 369-79, mar./ago. 2005.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O olhar distanciado**. São Paulo. Martins Fontes, 1983

MALERBA, Jurandir. A influência intelectual de Norbert Elias. **Mediações: Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v.1, n.1, p.59-68, jan./jun. 1996.

MALUF, Sônia Weidner. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Esboços: Revista de Pós-graduação em História da UFSC**, Chapecó, n.9, p.87-101, 2002.

MAUSS, Marcel. Noção de técnica corporal. In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. p.213

MEDINA, João Paulo Subirá. **O brasileiro e seu corpo: educação e política do corpo**. 6.ed. Campinas: Papirus, 1998.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, n.27, p.125-137, set./dez. 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO. 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.

MORIN, Edgar. **Idéias contemporâneas: entrevista do Lê Monde**. São Paulo: Ática. 1984.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.37-50. (Antropologia e Saúde).

NOVAES, Adauto (Org). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

ORTEGA, Francisco. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.237-257, 2005.

_____. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, supl., p.89-107, out. 2006.

PINTO, Júlia Paula Motta de Souza; JESUS, Adilson Nascimento de. A transformação da visão de corpo na sociedade ocidental. **Motriz**, Rio Claro, v.6, n.2, p.89-96, jul./dez. 2000.

PORTAL HUMANIZA. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **PNHAH**. Disponível, em:
<<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=88>>

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.20, p.309-317, 1986.

REBELLATO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectiva profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REDONDO, Bernard. **Isostretching: a ginástica da coluna**. Piracicaba: Skin Direct Store, 2001.

REGO, Sérgio. Currículo paralelo em medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.2, n.3, p.35-48, 1998.

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na história**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. **Tabu do corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro. Achiamé. 1975.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, Carmen Lúcia. (Org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001. p.3-23.

SAYD, Jane Dutra. **Mediar, medicar, remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCHMIDT, Luciana Alves Tapia. **Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SCHNEIDER, Omar. O corpo: uma abordagem histórica. In: Amarílio Ferreira Neto. (Org.). **Grupo PET; Sobre Educação e Educação Física**. Vitória: UFES/CEFD, 1999. p.21-40.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Marshall Sahlins ou por uma antropologia estrutural e histórica. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v.10,. n.9, p.125-133, 2000.

SENNET, Richard. **Carne e pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Record, 1997.

SILVA, Ana Márcia. **Corpo, ciência e mercado**: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade. Campinas: Autores Associados: Florianópolis: Editora da UFSC., 2001.

SILVA, Ana Márcia. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. **Caderno CEDES**, Campinas, v.19, n.48, p.07-29, Aug. 1999.

SILVEIRA, Fernando de Almeida. **Michel Foucault e a constituição do corpo e da alma do sujeito moderno**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.31-41, 2004.

_____. Platão e a medicina. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.619-34, set./dez. 2004.

SOARES, Carmen. (Org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001.

SOUZA, Alicia Navarro de. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.87-96, 2001.

SOUZA, Okky de; ZAKIBI, Rosana. Em busca de um final sereno. **Revista Veja**, edição 1930, ano 38, n. 45, p.92-100, nov. 2005.

VICTORA, Ceres Gomes et al. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ANEXOS

ANEXO A
1ª GRADE CURRICULAR/UEL/1979

ANEXO A – 1ª GRADE CURRICULAR/UEL/1979



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
COORDENADORIA DE ASSUNTOS DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
Campus Universitário - Telex (0432) 256 - Caixa Postal, 6001 - CEP 86051 - Londrina - Paraná

CURSO: FISIOTERAPIA

CURRÍCULO II

PER.	CÓDIGO	DISCIPLINAS	CRÉDITOS	C/HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS	C/ HORÁRIA DO PERÍODO
1º	1 MOR 101	Anatomia I	2.4	90		450
	1 FIT 301	História da Reabilitação	2.0	30		
	1 BIO 133	Citologia	2.2	60		
	1 FIL 015	Iniciação Filosófico-Científica	3.0	45		
	1 SOC 033	Estudo de Problemas Brasileiros I	2.0	30		
	1 QUI 044	Bioquímica I	4.2	90		
	1 BIO 233	Embriologia I	2.0	30		
	1 FIS 108	Física Biológica	3.2	75		
2º	1 CIF 103	Fisiologia I	6.2	120	1 MOR 101	465
	1 HIT 109	Histologia I	2.4	90	1 BIO 133/1 BIO 233	
	1 PSI 302	Psicologia do Interrelacionamento Humano	5.0	75		
	1 FIT 302	Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	4.4	120	1 FIT 301	
	1 FIS 305	Física na Fisioterapia	2.2	60	1 FIS 108	
3º	1 FIT 303	Fisioterapia Geral I	6.8	210	1 FIS 305	435
	1 ENF 301	Noções de Enfermagem	4.0	60	1 CIF 103	
	1 FIT 249	Cinesioterapia I	3.0	45	1 CIF 103	
	1 PAT 101	Imunologia Geral	2.2	60	1 QUI 044/1 BIO 133	
	1 MOR 301	Anatomia do Sistema Nervoso	1.3	60	1 MOR 101	
4º	1 FIT 304	Fisioterapia Geral II	4.4	120	1 FIT 303	405
	1 FIT 307	Cinesioterapia II	2.3	75	1 FIT 249	
	1 FIT 309	Fundamentos Médicos e Cirúrgicos Aplicados à Fisioterapia	4.6	150	1 CIF 103	
	1 PAT 202	Processos Patológicos Gerais	2.2	60	1 PAT 101	
5º	1 FIT 305	Fisioterapia Aplicada I	0.8	120	1 FIT 304	480
	1 FIT 308	Cinesioterapia	2.2	60	1 FIT 307	
	1 FIT 310	Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia	4.2	90	1 FIT 303/1 MOR 101	
	1 FIT 311	Fisioterapia Neurológica	4.2	90	1 FIT 303/1 MOR 101	
	1 FIT 312	Fisioterapia em Reumatologia	2.2	60	1 FIT 303/1 MOR 101	
	1 ADM 116	Introdução à Administração Hospitalar	4.0	60	1 ENF 301	
6º	1 EST 560	Fisioterapia Aplicada II	0.12	360	vide OBS.	420
	1 DEO 313	Deontologia e Ética Profissional	2.0	30		
	1 SOC 071	Estudo de Problemas Brasileiros II	2.0	30	1 SOC 033	

OBS.: Para matricular-se em 1 EST 560, o aluno deverá ter cumprido todas as disciplinas até o 5º período, conforme Resolução nº 743/83.

DADOS REFERENTES AO CURSO									
RECONHECIMENTO		CURRÍCULO MÍNIMO			CURRÍCULO PLENO			DURAÇÃO (SEMESTRE)	
PORTARIA MINISTERIAL	DATA	PARECER	PORTARIA MINISTERIAL	IMPLANTAÇÃO	CARGA HORÁRIA	CRÉDITOS	MÉDIA	MÁXIMA	
429/82	14/10/82	388/63	Nº 511 23/07/64	79/2	2.655	165	06	10	

PRÁTICA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

O aluno deverá cumprir 04 (quatro) créditos de Prática em Educação Física, preferentemente nos primeiros semestres letivos.

Atualizado em 01/08/91

ANEXO B
2ª GRADE CURRICULAR/UEL/1985

ANEXO B - 2ª GRADE CURRICULAR/UDEL/1985

CURSOS	NOME DA DISCIPLINA	CARGA HORARIA		SEMESTRES		SEMESTRO	CREDITOS	TOTAL
		TEOR.	PRAT.	1º	2º			
1º ANO	Anatomia							136
2º ANO	Fisiologia para Fisioterapia							68
3º ANO	Fundamentos de Ciências Sociais							34
4º ANO	História e Fundamentos de Fisioterapia							136
5º ANO	Fisioterapia em Saúde Pública							34
6º ANO	Embriologia/Citologia/Histologia							102
7º ANO	Microbiologia/Imunologia Geral/Patologia Geral							102
8º ANO	Fisiologia/Biofísica para Fisioterapia							136
9º ANO	Deontologia e Ética Profissional para Fisioterapia							34
10º ANO	Bioestatística e Pesquisa Científica para Fisioterapia							34
11º ANO	Órgão Cerebral de Física para Fisioterapia							34
12º ANO	Estudos dos Problemas Brasileiros							68
13º ANO	Noções de Administração Aplicada à Fisioterapia							102
14º ANO	Psicologia Aplicada à Reabilitação							136
15º ANO	Fisioterapia Geral							68
16º ANO	Cinesioterapia							102
17º ANO	Recursos Terapêuticos Manuais							102
18º ANO	Fisioterapia Preventiva							68
19º ANO	Métodos de Avaliação Cinesiológica em Fisioterapia							102
20º ANO	Ortopedia e Traumatologia em Fisioterapia							136
21º ANO	Neurologia em Fisioterapia (1º Semestre)							68
22º ANO	Fundamentos de Clínica Cirúrgica (2º Semestre)							136
23º ANO	Neuropediatria em Fisioterapia (1º Semestre)							68
24º ANO	Neumatologia em Fisioterapia							102
25º ANO	Fundamentos Clínicos de Endocrinologia e Dermatologia (2º Semestre)							68
26º ANO	Cardiologia em Fisioterapia (2º Semestre)							102
27º ANO	Pneumologia em Fisioterapia (1º Semestre)							68
28º ANO	Pediatria em Fisioterapia (1º Semestre)							102
29º ANO	Ginecologia e Obstetrícia em Fisioterapia (2º semestre)							68
30º ANO	Fisioterapia Aplicada à Prótese e Órtese							102
31º ANO	Fisioterapia Aplicada à Reumatologia							68
32º ANO	Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia							102
33º ANO	Fisioterapia Aplicada à Neurologia							68
34º ANO	Fisioterapia Aplicada à Pneumologia							102
35º ANO	Fisioterapia Aplicada à Cardiologia							68
36º ANO	Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia							102

SERIAÇÃO ESTABELECEIDA DAS DISCIPLINAS DO CURRÍCULO PLENO		CARGA HORÁRIA		FORMULÁRIO N. 11		
SER.	DEP.	CÓDIGO (C.A.E.)	NOME DA DISCIPLINA	C.A.T./DEPEND.		ANUAL
				ESSEN	DEPEN.	
				CARGA HORÁRIA		ANUAL
				TEOR.	PRAT.	
				SEMANAL		ANUAL
				TEOR.	PRAT.	
39	FIT		Fisioterapia Aplicada à Pediatria	X		156
39	FIT		Fisioterapia Aplicada I	X		102
39	ENF		Noções de Enfermagem para Fisioterapia		X	68
49	FIT		Estágio Supervisionado nas Condições Músculo-Esqueléticas	X		170
49	FIT		Estágio Supervisionado às Condições Cardio-Pulmonares	X		170
49	FIT		Estágio Supervisionado nas Condições Neurológicas	X		170
49	FIT		Estágio Supervisionado às Condições Gineco-Obstétricas e Pediátricas	X		170

ANEXO C**3ª GRADE CURRICULAR/UEL/1992 (ADAPTAÇÃO AO SISTEMA SERIADO)**

ANEXO C – 3ª GRADE CURRICULAR/UEL/1992 (ADAPTAÇÃO AO SISTEMA SERIADO)



Universidade Estadual de Londrina
Pró-Reitoria de Graduação



2005

FISIOTERAPIA

TURNO: INTEGRAL

DURAÇÃO: MÉDIA 4 ANOS - MÁXIMA 8 ANOS

Código	Nome	Sem	Carga Horária			
			Teor.	Prát.	Total	
5MOR006	Anatomia F		34	102	136	
5BIQ010	Bioquímica para Fisioterapia	1S	51	17	68	
5SOC023	Fundamentos de Ciências Sociais	1S	34		34	
5FIT013	História e Fundamentos de Fisioterapia		68	68	136	
5HIT006	Histologia F		34	68	102	
5PAT026	Imunologia Geral E	1S	34		34	
5MIB009	Microbiologia Geral A	1S	34		34	
5PAT019	Patologia Geral C	2S	34	34	68	
5CIF004	Biofísica e Fisiologia para Fisioterapia		136	34	170	
5EMA005	Bioestatística e Pesquisa Científica para Fisioterapia	2S	34		34	
5FIS031	Noções Gerais de Física para Fisioterapia	2S	34		34	
5ADM022	Noções de Administração Aplicada à Fisioterapia		68		68	
					Total	918
2ª Série						
5PEP007	Psicologia Aplicada à Reabilitação		102		102	
5FIT011	Fisioterapia Geral		68	68	136	
5FIT001	Cinesioterapia		34	68	102	
5FIT015	Recursos Terapêuticos Manuais		34	34	68	
5FIT012	Fisioterapia Preventiva e Saúde Pública		68	68	136	
5FIT014	Métodos de Avaliação Cinesiológica em Fisioterapia		68	68	136	
5CIR008	Ortopedia e Traumatologia em Fisioterapia		34	34	68	
5CIR/MED005	Neurologia e Neuropediatria em Fisioterapia (34/34)	1S	68		68	
5CIR003	Fundamentos de Clínica Cirúrgica	2S	34		34	
5MED015	Reumatologia em Fisioterapia		68		68	
5MED007	Fundamentos Clínicos de Endocrinologia e Dermatologia	2S	34		34	
5MED003	Cardiologia e Pneumologia em Fisioterapia	1S	68		68	
5PED001	Pediatria em Fisioterapia	2S	34		34	
5GIN001	Ginecologia e Obstetrícia em Fisioterapia	2S	34		34	
					Total	1088
3ª Série						
5FIT009	Fisioterapia Aplicada à Prótese e Órtese		68	34	102	
5FIT010	Fisioterapia Aplicada à Reumatologia		34	34	68	
5FIT006	Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia		34	68	102	
5FIT005	Fisioterapia Aplicada à Neurologia		68	68	136	
5FIT008	Fisioterapia Aplicada à Pneumologia		68	68	136	
5FIT003	Fisioterapia Aplicada à Cardiovascular		68	68	136	
5FIT004	Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia		34	68	102	
5FIT007	Fisioterapia Aplicada à Pediatria		68	68	136	
5FIT002	Fisioterapia Aplicada		34	68	102	
5ENF004	Noções de Enfermagem para Fisioterapia		34	34	68	
5LAC005	Deontologia e Ética Profissional para Fisioterapia	1S	34		34	
5CIF033	Farmacologia para Fisioterapeutas C	1S	68		68	
					Total	1190
4ª Série						
5EST570	Estágio Supervisionado nas Condições Cardio-Pulmonares A			136	136	
5EST571	Estágio Supervisionado nas Condições Músculo-Esqueléticas A			136	136	
5EST572	Estágio Supervisionado nas Condições Neurológicas A			136	136	
5EST573	Estágio Supervisionado nas Condições Pediátricas			136	136	
5EST574	Estágio Supervisionado nas Condições Gineco-Obstétricas			136	136	
					Total	680

OBSERVAÇÕES:

- a) Além das disciplinas constantes da seriação deverão ser cumpridas (162) horas em Atividades Acadêmicas Complementares (Monitoria Acadêmica, Projetos de Ensino, Projetos de Pesquisa, Projetos de Extensão, Disciplinas Especiais, Disciplinas Eletivas, Estágio Voluntário e Eventos), resultando em uma carga horária total para o curso de 4.038 horas.
- b) Disciplinas Essenciais (não permitem regime de dependência): 5EST570 Estágio Supervisionado nas Condições Cardio-Pulmonares A, 5EST571 Estágio supervisionado nas Condições Músculo-Esqueléticas A, 5EST572 Estágio Supervisionado nas Condições Neurológicas A, 5EST573 Estágio Supervisionado nas Condições Pediátricas e 5EST574 Estágio Supervisionado nas Condições Gineco-Obstétricas.
- c) Para matricular-se na 4ª série do curso, o estudante deverá ter integralizado o currículo até a 3ª série, inclusive dependências.

Atualizado em 09/06/2005

ANEXO D
ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE FISIOTERAPIA/UEL/2006

ANEXO D – ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE FISIOTERAPIA/UEL/2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR											Item n.º 11	
Série	DEPTO.	Nome da Atividade Pedagógica	Palavra-chave do eixo de conhecimentos	Carga Horária			Forma de oferta			Modalidade		
				Teor.	prát.	total	Semestr al		Anual	Bloco	Obriga- tória	Opta- tiva
							1º	2º				
1	MOR	Anatomia I	saúde e doença	34	68	102	X				X	
	MOR	Anatomia II	saúde e doença	17	51	68		X			X	
	BIQ	Bioquímica	saúde e doença	51	17	68	X				X	
	HIT	Histologia	saúde e doença	34	68	102	X				X	
	CIF	Biofísica e Fisiologia	saúde e doença	102	34	136		X			X	
	BIO	Fundamentos de Biologia	saúde e doença	68	-	68	X				X	
	FIT FIS	Estudo e análise da postura e do movimento humano I	conhecimentos fisioterapêuticos	34 17	- -	51		X		X	X	
	SOC	Fundamentos de Ciências Sociais	homem e sociedade	34	-	34		X			X	
	FIL	Filosofia	homem e sociedade	34	-	34	X				X	
	FIT	Saúde Coletiva I	homem e sociedade	34	-	34		X			X	

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR											Item n.º 11	
Série	DEPTO.	Nome da Atividade Pedagógica	Palavra-chave do eixo de conhecimentos	Carga Horária			Forma de oferta			Modalidade		
				Teor.	prát.	total	Semestr al		Anual	Bloco	Obriga- tória	Opta- tiva
							1º	2º				
2	FIT	Fisioterapia : história, conceito e evolução	conhecimentos fisioterapêuticos	34	34	68	X				X	
	FIT	Habilidades Interpessoais I	conhecimentos fisioterapêuticos	34	102 -	136		X			X	
	FIT	Pesquisa Científica I	conhecimentos biotecnológicos	34	-	34		X			X	
	PAT	Imunologia	saúde e doença	34	-	34	X				X	
	MIB	Microbiologia	saúde e doença	34	-	34	X				X	
	PAT	Patologia	saúde e doença	34	34	68		X			X	
	FIT	Estudo e análise da postura e do movimento humano II	conhecimentos fisioterapêuticos	34	68	102	X				X	
	FIT FIS	Recursos fisioterapêuticos em eletrotermofototerapia	conhecimentos fisioterapêuticos	34 17	34 -	85			X	X	X	
MAP	Pesquisa Científica II	conhecimentos biotecnológicos	51	17	68	X				X		

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR											Item n.º 11	
Série	DEPTO.	Nome da Atividade Pedagógica	Palavra-chave do eixo de conhecimentos	Carga Horária			Forma de oferta			Modalidade		
				Teor.	prát.	total	Semestr al		Anual	Bloco	Obriga- tória	Opta- tiva
							1º	2º				
	FIT	Saúde Coletiva II	homem e sociedade	17	51	68		X			X	
	FIT	Fisiologia do Esforço	saúde e doença	17	17	34	X				X	
	ENF CIR MED	Fundamentos de Enfermagem e Clínica Cirúrgica	saúde e doença	- 34	17 -	51	X			X	X	
	MED	Fundamentos Clínicos de Endocrinologia e Dermatologia	saúde e doença	34	-	34	X				X	
	FIT	Fisioterapia Dermato Funcional	conhecimentos fisioterapêuticos	17	17	34		X			X	
	FIT	Ergonomia	conhecimentos fisioterapêuticos	17	17	34		X			X	
	FIT	Recursos Terapêuticos Manuais	conhecimentos fisioterapêuticos	34	34	68		X			X	
	FIT	Cinesioterapia	conhecimentos fisioterapêuticos	68	102	170			X		X	
	FIT PEP	Habilidades Interpessoais II	conhecimentos fisioterapêuticos	34 34	68 17	153			X		X	
	CIF	Farmacologia	saúde e doença	51	-	51		X			X	
3	FIT	Pesquisa Científica III	conhecimentos	26	8	34	X				X	

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR											Item n.º 11	
Série	DEPTO.	Nome da Atividade Pedagógica	Palavra-chave do eixo de conhecimentos	Carga Horária			Forma de oferta			Modalidade		
				Teor.	prát.	total	Semestr al		Anual	Bloco	Obriga- tória	Opta- tiva
							1º	2º				
	FIT	Pesquisa Científica IV	biotecnológicos conhecimentos	26	8	34		X			X	
	FIT	Saúde Coletiva III	biotecnológicos homem e sociedade	17	51	68		X			X	
	FIT MED	Fisioterapia Reumatológica	conhecimentos fisioterapêuticos	17 34	17 -	68			X		X	
	FIT CIR	Fisioterapia Traumatológica Funcional e Desportiva	conhecimentos fisioterapêuticos	34 34	68 34	170			X		X	
	FIT G.O.	Fisioterapia Ginecológica e Obstétrica	conhecimentos fisioterapêuticos	17 34	51 -	102			X		X	
	FIT	Fisioterapia Neurofuncional	conhecimentos fisioterapêuticos	51 51	51 -	153			X		X	
	FIT PCP MED	Fisioterapia Pediátrica	conhecimentos fisioterapêuticos	51 34 17	51 - -	153			X		X	
	FIT MED	Fisioterapia Pneumofuncional	conhecimentos fisioterapêuticos	34 34	68 -	136			X		X	
	FIT	Fisioterapia Cardiovascular	conhecimentos	34	68	136			X		X	

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR											Item n.º 11	
Série	DEPTO.	Nome da Atividade Pedagógica	Palavra-chave do eixo de conhecimentos	Carga Horária			Forma de oferta			Modalidade		
				Teor.	prát.	total	Semestr al		Anual	Bloco	Obriga- tória	Opta- tiva
							1º	2º				
4	MED		fisioterapêuticos	34	-							
	FIT	Habilidades Interpessoais III	conhecimentos fisioterapêuticos	-	34	34			X		X	
	FIT	Fisioterapia Aquática	conhecimentos fisioterapêuticos	17	17	34		X			X	
	FIT	Trabalho de Conclusão de Curso	conhecimentos biotecnológicos	-	68	68			X		X	
	FIT	Deontologia e Ética Profissional para Fisioterapia	homem e sociedade	34	-	34		X			X	
	ADM	Administração em Fisioterapia	homem e sociedade	34	-	34	X				X	
	PEP	Psicologia Aplicada à Prática Fisioterapêutica	homem e sociedade	34	17	51	X				X	
	FIT	Internato em Fisioterapia	conhecimentos fisioterapêuticos	310	960	1270			X		X	

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR											Item n.º 11	
Série	DEPTO.	Nome da Atividade Pedagógica	Palavra-chave do eixo de conhecimentos	Carga Horária			Forma de oferta			Modalidade		
				Teor.	prát.	total	Semestr al		Anual	Bloco	Obriga- tória	Opta- tiva
							1º	2º				

RESUMO DE TODAS AS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	
ATIVIDADE PEDAGÓGICA	CARGA HORÁRIA TOTAL
Obrigatória	4602
Optativa	-
Complementar	230
TOTAL	4832

ANEXO E
ROTEIRO DA ENTREVISTA

ANEXO E – ROTEIRO DA ENTREVISTA**ROTEIRO DA ENTREVISTA**

1. A história da Fisioterapia no Brasil, em suas fases iniciais, acompanhou a história da Biomedicina, até evolutivamente ganhar de certa forma autonomia para definir suas diretrizes. Como você entende historicamente essas transformações?
2. Em sua opinião, como a fisioterapia entende e aborda o corpo atualmente? Qual a abordagem que prevalece nesta área do conhecimento?
3. Da época em que você cursou a graduação até agora você percebe alguma mudança na forma de se pensar e ensinar sobre o corpo e sobre a doença?
4. Há várias críticas de outras áreas do conhecimento sobre as abordagens reducionistas, fragmentadas e especializadas sobre o corpo, que não o consideram como um todo, social e cultural. Como, no seu entendimento, a fisioterapia percebe atualmente essas críticas?
5. Em sua opinião, quais foram as constatações e necessidades percebidas, que motivaram o curso de fisioterapia da UEL realizar uma reforma curricular?
6. O conjunto de conhecimentos específicos sistematizado no currículo acadêmico funciona como documento de identidade do curso. Qual é a identidade que o novo currículo da UEL oferece ao curso?
7. Qual a identidade do profissional que o novo currículo espera formar?
8. Atualmente há profissionais que trabalham com uma perspectiva mais holística, através de terapias ditas “alternativas”, buscando a complementaridade das ciências. O novo currículo possibilita/abre espaço para esta busca ou ela se dá por outras razões? quais?
9. De que forma a sua disciplina incorpora as discussões realizadas na reformulação do currículo?
10. Quais as disciplinas que, no seu entendimento, possibilitam pensar o corpo de forma mais integrada e articulada às questões sociais e culturais? Por quê?
11. Em sua opinião, o que falta para o novo currículo alcançar essa visão de integralidade do corpo? E essa visão buscaria que tipo de corpo?
12. Quais foram as facilidades e dificuldades no processo de implantação do novo currículo?
13. Quais as sugestões que você gostaria de deixar para esta discussão?