



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA**

**FABIANE ELPIDIO DE SÁ**

**O CORPO EM PROCESSO DE ADOECIMENTO E SUAS (RE) SIGNIFICAÇÕES  
PSICOSSOCIAIS NO CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2016**

FABIANE ELPÍDIO DE SÁ

O CORPO EM PROCESSO DE ADOECIMENTO E SUAS (RE) SIGNIFICAÇÕES  
PSICOSSOCIAIS NO CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Doutor em Educação Brasileira: História da Educação Comparada/Família, Sexualidade e Educação, sob a orientação da Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Holanda.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

P719 Pinheiro, Fabiane Elpidio de Sá.  
O CORPO EM PROCESSO DE ADOECIMENTO E SUAS (RE) SIGNIFICAÇÕES  
PSICOSSOCIAIS NO CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
/ Fabiane Elpidio de Sá Pinheiro. – 2016  
244 f.: il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. Patrícia Helena Carvalho Holanda.

1. Corpo. 2. Fisioterapia. 3. Adoecimento. I. Título.

CDD 370

---

Dedico à minha filha, Vitória de Sá Pinheiro  
pelo apoio incondicional e serenidade em  
todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me presentear a vida e me dar serenidade, nos momentos mais árduos vivenciados através da busca pelo conhecimento.

À minha mãe Marlene Barroso Pinto, pelo cuidado comigo e presença de força, durante esse percurso.

Aos meus queridos irmãos, Raphael Colares de Sá e José Elpídio de Sá Neto, pelo apoio constante e preocupações fraternas durante o desenvolvimento desta tese.

A Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Holanda, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho, ao lado de alguém que transpira sabedoria, a quem dedico o meu respeito e admiração por sua serenidade e pelo seu Dom no ensino.

A Profa Dra. Maria Juraci Maia Cavalcante pela participação ativa em todas as etapas de construção desta tese.

A Profa Dra. Socorro Lucena, agradeço, sinceramente pela contribuição imprescindível e entusiástica que deu ao meu processo de formação como pesquisadora.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira da UFC, Profa. Dra. Geny Lustosa, Prof. Dr. Gisafran Jucá, Profa Dra. Meirecele Leitinho e Profa. Dra. Ana Iório Dias por terem contribuído decisivamente na condução de minhas leituras.

Ao Professor José Ilton Moreira pela leitura cuidadosa desse trabalho e sugestões ortográficas.

Aos meus alunos e pacientes, motivo de entusiasmo e paixão, pelo ensino e assistência.

Ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, por me liberar parcialmente para o programa de doutorado em Educação Brasileira.

Aos colegas, Professores Kátia Virgínia Viana Cardoso, Ana Lourdes Lucena de Sousa, Lêda Maria Frota, Renata Viana Brigído Jucá, Bernardo Diniz Coutinho, Nataly Gurgel Campos, Lidiane Lima, Linda Macena, Fabianna de Jesus Resende Moraleida, Ana Karine Figueiredo Moreira e Maria Hermelinda Maia Macena agradeço pelo apoio durante essa jornada.

A Pollyana Maria Costa Torres, a quem tenho como amiga e confidente, agradeço pelo apoio e escuta, nos momentos mais exigentes e indagativos desta caminhada.

Aos companheiros do Curso de Doutorado em Educação Brasileira pelo convívio construtivo nos momentos de alegrias e crescimento, em especial, Ana Cláudia Uchôa, Tânia Maria Rodrigues Lopes, Simone Mesquita, Sandra Maria Coelho e Germana Zanutelli.

A Linha de Pesquisa História da Educação Comparada (LHEC), do Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira pela acolhida do meu projeto de pesquisa e conhecimentos partilhados em reuniões, aulas e eventos.

“ [...] os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar seus mal-estares... os maus hábitos da alma podem levar a misérias físicas enquanto que os excessos do corpo manifestam e sustentam falhas da alma.” (Michel Foucault)

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é conhecer as (re) significações psicossociais e educacionais do adoecimento do corpo, obtido durante as experiências dos estudantes e docentes na clínica fisioterapêutica, espaço designado para a construção das concepções sobre o adoecimento. O estudo foi do tipo qualitativo e descritivo, realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará e na Clínica de Fisioterapia da Unidade de atenção primária à saúde, Carlos Ribeiro, no período de junho de 2014 a janeiro de 2015. A amostra do estudo foi de 24 participantes, sendo oito pacientes, oito alunos e oito docentes efetivos do curso. O instrumento de apreensão dos discursos foi a entrevista semi-estruturada realizada com os atores da investigação. As reflexões suscitadas pela pesquisa permitiram emergir as seguintes categorias conceituais do estudo: Significados do processo de adoecimento; Representações da Fisioterapia sobre o corpo; Formação discente para o enfrentamento das implicações subjetivas do adoecer; Currículo do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará como espaço de escutas e práticas do adoecimento. Apesar da característica integrada dos módulos prescrita no currículo, na área básica, a visão integral do corpo é apresentada em apenas um módulo, Indivíduo, cultura e sociedade e seus conteúdos não se integram com os demais módulos nos semestres. Os módulos de clínicas de especialidades não descrevem em suas ementas aspectos relacionados à subjetividade do corpo em uma perspectiva de atenção ao sujeito, que apresenta a incapacidade física, mas que deve retratar seu contexto afetivo. O Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia, mesmo tendo caráter inovador, apresenta no seu currículo prescritivo um olhar dicotomizado sob esse corpo, porém desvelam-se, através das falas de pacientes, alunos e docentes, a emergência de um novo olhar para o sujeito adoecido, mesmo que os discursos ainda se voltem à vigilância e classificação dos corpos, mas que pretende incluir para além desses dois construtos aspectos que possam atingir esse corpo de forma mais linear e multidimensional. Os resultados desse estudo, segundo a metodologia qualitativa empregada, apontam a necessidade de uma reflexão mais aprofundada, para o redimensionamento da matriz curricular dos cursos de fisioterapia com ênfase não apenas para as questões técnicas-científicas, mas também ampliar esforços para que as questões psicossociais e afetivas, no âmbito de saúde e do adoecimento, percorram longitudinalmente os processos de ensino e aprendizagem do aluno para que estes possam compreender a complexidade do adoecer e o seu enfrentamento e para uma melhoria na qualidade dos cuidados.

**Palavras-chaves:** Corpo. Fisioterapia. Adoecimento.



## ABSTRACT

The objective of this research is to know the psychosocial and educational meanings of body illness, obtained during the experiences of students and teachers in physical therapy practice, designated space for construction of conceptions of illness. This was a qualitative and descriptive study, performed at the Department of Physical Therapy of Federal University of Ceará, Brazil, and in a Physical Therapy Clinic of primary health care, from June 2014 to January 2015. The sample consisted of 24 participants, eight patients, eight students and eight teachers of the course. The instrument was the semi-structured interviews with the actors of the investigation. The considerations raised by the research allowed to emerge the following conceptual study categories: The meanings of illness process; Physical therapy representations about the body; students training to face the subjective implications of illness; Curriculum of Physical Therapy course of the Federal University of Ceará as tapping space and sickening practices. Despite the integrated feature of the modules prescribed in the curriculum, in the basic area, the body comprehensive view is presented in only one module, Individual, culture and society and its contents are not integrated with other modules in semesters. The specialty clinics modules do not describe their menus aspects related to the body of subjectivity in the perspective of attention to the subject, which has a physical disability, but that should portray its affective context. The Educational Project of Physical Therapy Course, even though innovative character, presents in its prescriptive curriculum a look dichotomized in this body, but are unveiled, through the speeches of patients, students and teachers, the emergence of a new look at the subject ill even if the speeches still to turn the monitoring and classification of bodies, but you want to include in addition to these two constructs aspects that can achieve this body more linear and multidimensional way. The results of this study, according to the used qualitative methodology, indicate the need for further reflection, for resizing the curriculum of physiotherapy courses with emphasis to not only on technical and scientific issues but also expand efforts to psychosocial issues and affective, in the context of health and illness, along traverse the processes of teaching and student learning so that they can understand the complexity of the illness and its confrontation and an improvement in quality of care.

**Key words:** Body. Physiotherapy. Illness.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR	Associação Beneficente de Reabilitação
AMA	Associação Médica Americana
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CIF	Classificação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Comparada
FMI	Fundo Monetário Internacional
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LHEC	Linha de História da Educação Comparada
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OTAN	Organização do Tratado Atlântico Norte
PPP	Projeto Político Pedagógico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1</b>	<b>A genealogia ao propor a descrição do campo como uma rede formada na inter-relação dos diversos saberes sobre o corpo .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>A História comparada da Fisioterapia e a formação dos profissionais para o cuidado com o corpo .....</b>	<b>70</b>
<b>2.3</b>	<b>A genealogia da Fisioterapia numa perspectiva comparada: trânsito de ideias entre Inglaterra, Estados Unidos e Brasil .....</b>	<b>74</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO II. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>104</b>
<b>3.1</b>	<b>Natureza e tipo de pesquisa .....</b>	<b>104</b>
<b>3.2</b>	<b>Estratégias e recursos de análise: Genealogia de Michel Foucault e Educação Comparada .....</b>	<b>105</b>
<b>3.3</b>	<b>As fontes bibliográficas .....</b>	<b>107</b>
<b>3.4</b>	<b>Fontes documentais .....</b>	<b>108</b>
<b>3.5</b>	<b>Campo social da pesquisa .....</b>	<b>109</b>
<b>3.6</b>	<b>Participantes da pesquisa .....</b>	<b>109</b>
<b>3.7</b>	<b>Fontes orais .....</b>	<b>110</b>
<b>3.8</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>111</b>
<b>3.9</b>	<b>Análise e interpretação dos discursos .....</b>	<b>112</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO III: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS EMPÍRICAS .....</b>	<b>113</b>
<b>4.1</b>	<b>Reflexão sobre o Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC e diretrizes para a formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo .....</b>	<b>113</b>
<b>4.2</b>	<b>A Integralização curricular na formação superior em saúde .....</b>	<b>122</b>
<b>4.3</b>	<b>A linguagem do corpo prescrita no currículo integrado do Curso de Fisioterapia da UFC: espaços de aprendizagem sobre a saúde e a doença.....</b>	<b>126</b>
<b>4.4</b>	<b>Esse corpo que adoece: a construção de significados no currículo oculto...</b>	<b>139</b>
<b>4.5</b>	<b>A compreensão e a interpretação do discurso sobre o corpo em processo de adoecimento: uma reflexão em torno do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC .....</b>	<b>143</b>
<b>4.6</b>	<b>Categorias conceituais do estudo .....</b>	<b>144</b>

<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>189</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>194</b>
	<b>APÊNDICES – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>231</b>
	<b>ANEXOS A e B – Unidades Curriculares e Ementário dos Módulos .....</b>	<b>234</b>

# 1 INTRODUÇÃO

...o corpo seria um arcabouço para os processos de subjetivação, a trajetória para se chegar ao “ser” e também ser prisioneiro deste. A constituição do ser humano, como um tipo específico de sujeito. Ou seja, subjetivado de determinada maneira, só é possível pelo “caminho” do corpo.

Michel Foucault

Escrever uma tese que transcorre pelos meandros do adoecimento do corpo, tendo como ponto de reflexão a história da Fisioterapia e a construção genealógica do corpo influenciando os modelos de ensino e utilizando para isso a pesquisa qualitativa interpretativa, a partir das falas dos sujeitos, a discussão sobre o trânsito desse corpo subjetivado no projeto político pedagógico do Curso de Fisioterapia da UFC e as matrizes teóricas que contextualizaram o tema da pesquisa possibilita um entendimento do corpo como documento vivo de cada pessoa.

Ser no mundo com o corpo significa estar aberto a ele e, ao mesmo tempo, vivenciá-lo na intimidade do eu: sua beleza, plasticidade, seu movimento, prazer, dor, harmonia, recolhimento e contemplação. É preciso compreender que o corpo sente, expressa, comunica, cria e significa. Ou seja, se constitui em todas essas dimensões.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer as (re) significações psicossociais e educacionais do adoecimento do corpo, percorrendo os mecanismos da formação e análise dos discursos através da formulação de uma linguagem dispersa e descontínua desse corpo, obtidos durante as experiências na clínica fisioterapêutica e seus recursos organicistas, espaço esse designado também para a construção das concepções sobre o adoecimento. Para obter um olhar para a doença não apenas no contexto biológico, mas também nos seus aspectos subjetivos e humanistas que deverão fazer parte da formação do fisioterapeuta.

Para os professores dessa área, tais significados podem ser produzidos na vivência de um currículo anterior ancorado na racionalidade biomédica, produzindo um corpo mapeado e estruturado e na convivência de duas lógicas de organização do trabalho que modelaram a história da fisioterapia brasileira: 1) o livre mercado e o profissionalismo; 2) a outra envolve elementos sociais, políticos, culturais e psíquicos que possam justificar o processo saúde doença, referida nas diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia do Brasil.

O discurso sobre o corpo na contemporaneidade define novas formas de relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes não mais orientadas em modelos técnicos profissionais no qual geravam situações de conflitos e poder entre os profissionais e sobre o corpo do doente.

O entendimento do que seja o corpo precisa percorrer alguns elementos que deverão fazer parte do currículo do estudante de Fisioterapia, são eles: conteúdos técnicos e interação entre conceitos biológicos, políticos, sociais, antropológicos e psíquicos.

O papel do professor de Fisioterapia é provocar a construção dos conhecimentos sobre o corpo que deverá se apresentar, portanto, intencionalmente, prescrito. Ou seja, desenvolver a linguagem crítica do corpo no currículo do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará para uma linguagem de possibilidades que não reduza este corpo, a um objeto a ser manipulado, tratado, fomentando a compreensão dos (re) significados psicossociais e educacionais atribuídos ao corpo durante o processo de adoecimento, a partir dos discursos dos pacientes dos alunos, dos discentes e dos docentes do curso de Fisioterapia, entendendo que esses (re) significados poderão ou não interferir na prática integrada do cuidado fisioterapêutico na construção das concepções sobre o adoecimento.

O presente trabalho pretende ser um contributo que favoreça professores e alunos o desenvolvimento de uma melhor compreensão e vivência da complexidade polissêmica e simbiótica do corpo adoecido e incapacitado, sujeito a dependência funcional e às possíveis transformações, que podem levar à morte e/ou renovação, no fluxo permanente da plasticidade de seus movimentos.

É nessa perspectiva que o estudante orientado pelo seu professor deve apreender o corpo em processo de adoecimento em seus planos físico, psíquico e espiritual para que sejam abertas novas percepções da aventura de ser e estar doente.

Por ter sido acolhida no eixo: Família, Sexualidade e Educação da Linha de História da Educação Comparada (LHEC) do Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará, espero contribuir, também para a ampliação e partilha de uma problemática do campo da Fisioterapia, junto a outras áreas do conhecimento social, como de Psicologia, Pedagogia e Sociologia.

A LHEC visa aglutinar os processos de formação dos pesquisadores nessa área relacionando os aspectos local, nacional e internacional, numa abordagem multidisciplinar, que possa discutir o lugar desse corpo, na história da Fisioterapia, em uma perspectiva comparada.

Compreender as formas de subjetivação do corpo incapacitado possibilitará a construção de intervenções que possam melhorar os níveis de participação das pessoas com incapacidades, ajudando ao profissional, gestor do cuidado a identificar onde está o principal “problema” da incapacidade, seja no ambiente (físico e/ou emocional) que cria uma barreira, na ausência de um facilitador, na capacidade limitada do próprio indivíduo ou numa

combinação destes fatores, pois a subjetividade da experiência da incapacidade física é uma dimensão independente de função e pode nos ajudar a entender o indivíduo incapacitado, enquanto sujeito (SAMPAIO; LUZ, 2009). Este esclarecimento permitirá orientar adequadamente as intervenções, acompanhando seus efeitos sobre as redes de inserção do sujeito na família e sociedade.

Acredito que, para clareza desse estudo, é importante resgatar o percurso que culminou com o seu interesse. Sua temática relaciona-se às inquietações e reflexões da pesquisadora em sua prática profissional como fisioterapeuta assistencial e, posteriormente, como professora do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza durante dez anos até chegar à Universidade Federal do Ceará, em 2010, vivenciando experiências como docente, coordenadora do referido curso por cinco anos, membro da Comissão Própria de Avaliação da Faculdade de Medicina e do Núcleo Docente Estruturante (NDE) de 2013 até os dias atuais.

Nesse sentido, o interesse pelo tema surgiu das questões diretamente ligadas ao corpo e a doença, oriundas das experiências clínicas da prática profissional como docente e fisioterapeuta, há 22 anos. Reporto às minhas reflexões sobre saúde, vida e morte durante as práticas acadêmicas e assistenciais, assim como os limites impostos à minha formação, quando marcas de uma visão tecnicista e fragmentada do corpo dificultam ainda os profissionais da saúde, a devida articulação de saberes científicos com significações, que vão além desses conhecimentos técnicos para a manutenção da vida das pessoas.

Destarte, realizar uma pesquisa de doutorado foi um desafio presente para a trajetória docente da pesquisadora, que será retratada detalhadamente mais a frente, por meio de uma descrição do seu percurso de formação humana e profissional, responsável pela definição da problemática desta tese.

Durante o percurso da graduação em Fisioterapia na Universidade de Fortaleza, no início dos anos 90, atentei para questões sobre o cuidado com pessoas incapacitadas, principalmente aquelas, que apresentavam problemas graves de saúde e que necessitavam de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Depois da graduação, em 1994, tive a oportunidade de fazer estágio em um hospital de referência do estado do Ceará, na área de Terapia Intensiva, o que me levou a buscar aperfeiçoamento na assistência de pacientes críticos, muitos deles comatosos e dependentes dos cuidados profissionais e tecnológicos especializados. Sempre tive interesse em aliar a prática clínica com a prática de ensino, pois, por trabalhar em um hospital escola a interação na clínica com alunos era constante, o que me possibilitou no ano 2000, atuar como docente da disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, área na qual me especializei em Desenvolvimento

Infantil pela Universidade Federal do Ceará; e, posteriormente, concluí meus estudos no Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente (2006) pela Universidade Estadual do Ceará, com o intuito de aprimorar minha prática docente e assistencial. Neste mesmo período, recebi um convite da Coordenação da Unidade de Cuidados Neonatais do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, para atuar como instrutora do Método Mãe Canguru pelo Ministério da Saúde, onde vivenciei de perto as experiências das mães de bebês prematuros e de baixo peso, internados na Unidade de Cuidados Neonatais, percebendo o quanto seria importante desenvolver um olhar não apenas para a doença e suas consequências biológicas, mas, para a compreensão dos significados de ser mãe de um bebê prematuro, ao cuidado que essa mãe deveria ter com o crescimento e desenvolvimento do bebê, sobretudo as consequências pela ausência de vínculo da relação e a despersonalização do seu papel de mulher, no doar-se ao filho.

Portanto, essa área da saúde foi apreendida por mim na assistência e, principalmente, durante a docência, onde minha prática pedagógica se orientava por parâmetros da minha atuação enquanto profissional da saúde, e, sobretudo pela inserção precoce dos alunos, dentro das unidades de cuidados intensivos e enfermarias cangurus para que esses pudessem construir seus conhecimentos a partir da relação com o mundo. Dessa forma, a finalidade da formação era fazer o aluno compreender que o Fisioterapeuta não trata apenas o corpo como uma série estatística, transformado e documentado em “caso”, mas também a alma dos sujeitos atendidos. Portanto, foi a partir desse ponto que me aproximei das Ciências Humanas, como campo de conhecimento adequado para a reflexão sobre o corpo, o adoecer e a relação com a formação do Fisioterapeuta.

Ao ingressar no Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira por meio das discussões e leituras provocadas pelas disciplinas e atividades, desenvolvidas na linha de História da Educação Comparada, fui gradualmente refinando meu objeto de pesquisa, percebendo, então, a necessidade da discussão sobre a relação entre corpo e alma, pois este foi considerado pelos Antigos, exclusivamente instrumento da alma. Na Modernidade, o advento do dualismo cartesiano, corpo e alma foram considerados duas substâncias diferentes e independentes o que influenciou a formação dos profissionais da área da saúde.

Portanto, até hoje, o pensamento médico-científico ocidental, concebe o corpo de forma fragmentada em duas partes: fisiológico e psicológico, cada uma delas é vista por diferentes especialistas, responsáveis pelo cuidado de cada uma dessas partes (CANTO; SIMÃO, 2009).

Segundo Meyer (2005), a visão reducionista do corpo que nega o entendimento do homem como construção cultural e social, reforçada pela valorização da especialização de



profissionais da área, ocasiona dificuldades na fisioterapia para considerar a dialogia corpo/mente, com implicação direta na relação fisioterapeuta-paciente.

No entanto, o profissional fisioterapeuta, quando toca o corpo do outro, estabelece uma comunicação biológica e emocional. Isso ocorre porque as sensações táteis são as primeiras experiências sensoriais que ocorrem no ser vivo intra-útero; por volta da 7ª semana de idade gestacional, o embrião apresenta sensibilidade tátil ao redor da boca e na 20ª semana essas sensações percorrem o corpo todo do feto. Segundo o Ministério da Saúde (2011), o sistema sensorial tátil já oportuniza ao ser humano as primeiras experiências físicas e psíquicas de comunicação, pois as mãos do fisioterapeuta funcionam como órgãos efetores e receptores sensoriais que comunicam os meios internos com o externo, possibilitando representações que vão além da manualidade técnica.

Segundo Meyer (2005), o fisioterapeuta, ainda segue o modelo tradicional de assistência pautada na formação técnica, onde o corpo passa a ser uma máquina adaptada que pode funcionar bem, ainda que a funcionalidade não esteja bem definida. Essa visão fragmentada do indivíduo e a valorização da doença parecem ser objetos de atenção que obscurecem a subjetivação dos sujeitos em processo de adoecimento. Existe também a ideia – compartilhada por pacientes, familiares e profissionais – de que o afastamento emocional é facilitador da objetividade que acompanha a suposta competência para a cura (CANTO; SIMÃO, 2009). Tais aspectos podem influenciar no cuidado com o doente, dificultando a apreensão sobre o seu universo, onde este passa a ser domínio do profissional e o discurso se estabelece numa via de mão única e vertical.

A Fisioterapia deverá apoiar-se numa estrutura coletivamente controlada de um fenômeno global, adquirindo uma intervenção disciplinar do corpo para a prevenção e tratamento das disfunções motoras, mas também corroborando com Foucault (2011), ampliando seus olhares para a compreensão desse corpo aberto, infinito e móvel, percebendo o doente em sua individualidade, mas também o espaço coletivo em que esses corpos transitam, ou seja, o espaço fisioterapêutico coincide com o espaço social, cujos olhares sobre o corpo formam uma rede de vigilância constante, móvel e diferenciada.

Os dezoito anos de experiência como fisioterapeuta de uma maternidade pública de caráter terciário do Estado do Ceará, que assiste recém-nascidos de risco, sendo destes, dezesseis anos dedicados ao ensino superior, influenciaram e contribuíram para a identidade profissional e docente da pesquisadora.

A experiência com os entraves da relação mãe e filho, separados pela unidade de terapia intensiva Neonatal (UTIN) permitiu a compreensão de mudanças de paradigmas da assistência, pois a separação precoce entre a mãe e o bebê prematuro, provoca

sentimentos que irão influenciar o desenvolvimento da relação materno-filial, constituindo, desde então, uma preocupação constante para os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Tais discussões são fundamentais para uma atenção mais contingente e individualizada do profissional para com o paciente, seu corpo e suas famílias, implicando uma articulação mais diferenciada dos processos de cuidar.

Durante a minha aproximação com a docência, no Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza e na Universidade Federal do Ceará, fui estimulada ao desenvolvimento de saberes sobre o corpo, que transitam nos espaços de aprendizagem do aluno diante da assistência ao doente, o que me reporta à questão principal desta tese: Qual a intencionalidade do projeto político pedagógico (PPP) e do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, na formação do Fisioterapeuta, frente às questões subjetivas do processo de adoecimento do corpo? Além das questões secundárias que devem ser observadas nessa pesquisa. Sendo elas as seguintes: Como é expressa a linguagem do corpo em processo de adoecimento no PPP do Curso de Fisioterapia da UFC? Existe uma linguagem de possibilidades, percorrendo as mudanças de conceitos através da genealogia deste corpo e da história da profissão? Onde e como as experiências e os saberes dos estudantes vivenciados e construídos repercutem nos significados do corpo e seu adoecimento submetido a tratamento fisioterápico?

As ideias centrais da pesquisa emergiram das representações da fisioterapia sobre os significados envolvidos no processo de adoecimento do corpo, a partir dos discursos dos pacientes dos alunos, discentes e docentes do curso de Fisioterapia da UFC, dos aspectos subjetivos presentes na relação fisioterapeuta-paciente, assim como proceder à análise da influência dessas representações na prática clínica profissional e da evolução histórica do ensino da Fisioterapia sobre as questões do corpo, seus signos e significados nos diversos cenários (academia e assistência), em perspectiva genealógica que me favoreça pensar desde o surgimento da profissão, até o tempo contemporâneo, numa perspectiva comparada.

A metodologia desta pesquisa pretende articular os significados atribuídos ao corpo na genealogia da Fisioterapia, os processos de ensino e aprendizagem durante a formação do estudante, entendendo que o corpo, visto na dinâmica da sua complexidade transforma a sua linguagem discursiva no enfrentamento da doença, bem como as disfunções que o acarretam. O estudante e o professor lidam, frequentemente, com a incapacidade funcional manifestada nos palcos de cada história de vida do paciente. E, na dinâmica da intercorporeidade, tecida nos vínculos intersubjetivos que, conforme estabelece Araújo em 2000, instaurando e matizando, ética e esteticamente, os valores da justiça, da solidariedade,

da fraternidade e das liberdades entre seres humanos na teia da vida e interdependente das relações sociais. O corpo é classificado não apenas com uma linguagem unificada e padronizada com relação aos estados de saúde, mas também situado no seu elemento humano, enquanto dimensão social, cultural e afetiva.

Para Sampaio e Luz (2009), a abordagem biopsicossocial, tal como apresentada anteriormente, descrita pela biologia e pelo funcionalismo estrutural, incorpora a noção de sistema vivo, dinâmico, em constante simbiose com o meio ambiente, substituindo a visão mecânica dos biofenômenos por uma visão holística, que poderá contribuir para a compreensão e descrição mais integradas da funcionalidade e incapacidade humanas.

Conforme Brasil (2001), o modelo de Classificação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, abre novas possibilidades de análise do processo de funcionalidade humana, ainda que retenha noções médicas e individualizadas da incapacidade e suas causas. Talvez um dos aspectos mais positivos da classificação seja trazer à baila a natureza interativa da incapacidade e a divisão do fenômeno em três dimensões, mesmo que a interação proposta caminhe na exploração da relação entre corpos deficientes e processos sócio-culturais. Dessa forma, parece que a CIF concebe o corpo humano (deficiência) como uma entidade física que delimita e define, em parte, os limites e as capacidades da ação humana.

Nesse sentido, entendemos que a formação do Fisioterapeuta não pode se limitar à fabricação de sujeitos profissionais que reproduzam suas técnicas de tratamento meramente físico-corporal. Isto porque há outras dimensões da existência dos seus “pacientes” que devem ser considerados, por outros sujeitos em formação e/ou atendimentos na área da saúde são partes de uma construção histórica e perpassados pela dinâmica de suas subjetividades.

Conforme Gomes e Vieira (2009), a complexidade das dimensões para a formação do profissional de saúde exige do professor pensar em conteúdos que consigam integrar ao corpo do sujeito em processo de adoecimento, recursos técnicos e humanistas, nos modos de se chegar ao sujeito, e suas dimensões psicossociais. Para isso, as disciplinas e conteúdos programáticos não poderão ser locais de sequestro e fabricação desse corpo que, passivamente, será manipulado, treinado e modelado.

É preciso saber que o cuidado para com o corpo deverá incorporar decisões necessárias à sua concretização prática, como também nos modos de transmissão do saber necessário à formação humana do sujeito que cuida, e daquele que é cuidado; como também reflexão de tempo e espaços históricos onde o conhecimento sobre o corpo é gerado. Nesse processo está o currículo, repleto de conteúdos técnicos e culturais que norteiam as ações que levam ao progresso e evolução do sujeito em formação.

As perguntas de partida que suscitaram o desenvolvimento desta tese foram: Quais os significados atribuídos ao corpo na história da fisioterapia? Quais significados estão envolvidos no processo de adoecimento do corpo, a partir dos discursos dos pacientes dos alunos, dos discentes e docentes do curso de Fisioterapia? Que representações da fisioterapia acerca do corpo e dos aspectos subjetivos estão presentes na relação aluno-professor-paciente, e como elas interferem na prática clínica assistencial de estudantes e professores? O Currículo do Curso de Fisioterapia forma os alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo?

Parafraseando Oliveira (2015), tais questões puderam contribuir para o aprofundamento das discussões desta investigação, acerca das formas de atenção e do ensino em Fisioterapia, que deverá se opor ao modelo reducionista, especialista e objetivo para lidar com a doença em favor da eficácia técnica legitimada e legalizada, fragmentadora do corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica; ou seja, entendendo o processo saúde-doença em sua definição estática, polarizada e fragmentada.

Para a definição da abordagem da pesquisa, foram utilizados procedimentos que envolvem a técnica de coleta de dados, leitura bibliográfica, o método genealógico postulado em Michel Foucault (FAÉ, 2004), leitura de documentos oficiais, entrevista semi-estruturada e a técnica de análise de Conteúdo proposta por Bardin (1979).

Esta pesquisa objetivou compreender o adoecimento do corpo e suas (re) significações psicossociais na formação do Fisioterapeuta. Assim como, analisar as contribuições do projeto pedagógico e currículo do curso de Fisioterapia, na formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo do outro, e conhecer os significados atribuídos ao corpo na sua genealogia e da fisioterapia numa perspectiva comparada.

A hipótese do estudo configurou-se da seguinte forma: o projeto político pedagógico (PPP) e o currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, na atualidade, forma o Fisioterapeuta para compreender as questões subjetivas do processo de adoecimento do corpo.

Esta investigação é resultado de um trabalho que focalizou os significados envolvidos no processo de adoecimento do corpo, a partir da análise dos discursos dos pacientes dos alunos, alunos e docentes do curso de Fisioterapia, em foco nos capítulos apresentados a seguir:

**Capítulo I** – Expõe a fundamentação e constituição teórica da genealogia e a proposição descritiva do campo, como uma rede formada na inter-relação dos diversos saberes sobre o corpo. Este capítulo apresentou elementos para a constituição histórica e genealógica do corpo, assim como suas representações nos espaços de liberdade e dominação que interferem no discurso individual e coletivo; o contexto saúde e doença: o corpo entre o normal e o patológico; apresenta os principais conceitos teóricos sobre o corpo, transitando entre o estado de saúde e na vivência do adoecimento e a problematização da noção de cuidado de si e para com os outros, em conformidade com os postulados em Michel Foucault para a compreensão das práticas de saúde como categoria genealógica (O cuidado de si e A vontade de saber, 2011); finaliza com a perspectiva comparada de estudo da Fisioterapia, em relação à formação dos profissionais para o cuidado com o corpo, apresentando o marco teórico da educação como recurso complementar e indispensável para a discussão da formação do Fisioterapeuta no âmbito interdisciplinar.

**Capítulo II** – Este capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa, apresentando sua natureza e metodologias de análise que envolvem a noção de genealogia, sob inspiração da contribuição de Michel Foucault e a perspectiva comparada; o lócus da pesquisa, seus sujeitos, as técnicas de coleta dos discursos e sua análise.

**Capítulo III** – Esse capítulo trata sobre a análise dos dados envolvendo documentos oficiais, como o currículo do Curso de Fisioterapia e a formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo. O capítulo apresentou uma análise documental do Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), bem como uma reflexão sobre os discursos dos professores e alunos do Curso de Fisioterapia da UFC, com vista a revelar como se expressa a linguagem do corpo no currículo e nos espaços de aprendizagem sobre a saúde e a doença. Ainda nesse capítulo são apresentadas e discutidas quatro grandes categorias e suas subcategorias, que emergiram nos discursos dos atores envolvidos na pesquisa, analisando a compreensão e a interpretação do discurso sobre o corpo em processo de adoecimento, a partir de uma reflexão em torno do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC. As categorias principais de análise se apresentam a seguir: 1) Significados múltiplos do adoecimento; 2) Representações da Fisioterapia sobre o corpo; 3) Formação discente para o enfrentamento das implicações subjetivas do adoecer; 4) Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, como espaço de escutas e práticas do adoecimento.

## **2 CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O presente capítulo percorre uma constituição histórica e genealógica do corpo, assim como suas representações nos espaços de liberdade e dominação que interferem no discurso individual e coletivo. Apresenta o método genealógico e a formação do discurso sobre o corpo pelas práticas não discursivas; o aparecimento dos conceitos de normalidade e doença; o tratamento dado para esse corpo em processo de adoecimento pelo cuidador e como ele foi recebido pela medicina até chegar à Fisioterapia numa perspectiva comparada.

### **2.1 A genealogia ao propor a descrição do campo como uma rede formada na inter-relação dos diversos saberes sobre o corpo**

Atualmente o interesse pelas temáticas de investigação sobre o corpo tem se destacado na literatura e nas pesquisas. Isso pode ser atribuído a reflexos da mudança dos tempos que vêm trazendo discussões emergenciais acerca dos seus signos e significados evocados pela constante interferência das representações coletivas. Neste sentido, repercutem sobre essas representações as crenças, os costumes, as ideias e a religião, organizadas por um grupo para gerarem significados e atribuições do corpo.

Mudanças sociais, econômicas, culturais, religiosas e biológicas repercutem na formação e na transformação do corpo, que segundo Fernandes (2011), toma a frente da cena, constituindo-se como fonte de sofrimento, de frustração, de insatisfação, de impedimento à potência fálico-narcísica. O corpo passa, de acordo com a autora, a ser veículo de expressões.

Parafraseando Sugimoto (2005), o corpo continua a ser uma das maiores lacunas da história. Ou seja, a história do corpo humano é a história da civilização. A partir dessa analogia, a economista Maria Cecília Donaldson Ugarte estudou as transformações impostas ao corpo humano para adaptá-lo aos meios de produção, desde a Revolução industrial até a Revolução da informação dos dias de hoje, quando o homem aparece desenraizado da carne e dos ossos, em ambiente virtual.

Conforme Costa (2011), a visão dual de corpo é aquela que ora prioriza a mente e ora a materialidade do corpo. Em meio a esse dualismo psicofísico o corpo passa a ser definido, segundo as duas vertentes teóricas mencionadas anteriormente, a vertente que o sacraliza por sua condição de casa da alma e do espírito, ambos imortais, enquanto de outro lado, a vertente que o negligencia por sua condição material e mortal, o corpo concebido em sua vulnerabilidade e inevitável perecibilidade.

Os caminhos percorridos pela história do corpo tornaram mais complexos, o papel que ele desempenha, suas representações e significados e suas mudanças se refletem ao longo da história e no olhar da sociedade para essas transformações.

Tais representações são influenciadas teoricamente pelos referenciais antropológicos, sociológicos, religiosos e científicos que tentam discursá-lo. Assim como a cultura tem valorizado o corpo com suas crises e valores que chegam à modernidade, pois o corpo é ao mesmo tempo receptáculo e ator face as normas prontamente enterradas, interiorizadas e privatizadas. Ele é libertação e dominação, sujeito à normatização e correção. Nesse sentido, torna-se imprescindível entender o corpo em sua totalidade indissociável.

Contar a história do corpo, suas representações, seus paradoxos e profundezas interferem no discurso individual e coletivo, tomando como foco as ciências humanas, tecnológicas e da saúde, que procuram conduzi-lo em suas práticas, gestos e atitudes, constitutivos do próprio objeto, pois sua história é heterogênea.

Segundo Cassimiro, Galdino e Sá (2012), existem imagens do corpo em todas as épocas. O papel exercido pela Igreja no controle do corpo, especialmente na Idade Média é considerado por alguns como a época em que houve grandes retrocessos, principalmente nos campos político, econômico e social. A hegemonia da autoridade da Igreja inibiu avanços tanto na Filosofia quanto na Ciência, além de submeter o corpo a pesadas regras morais.

Ao longo da história ocidental, o corpo humano não cessou de ser objeto de adoração e estudo, mas também de punição e exploração. Suas imagens artísticas e científicas revelam os antigos receios ligados à doença, ao envelhecimento e à morte, mas também incitam a reflexão sobre os lugares da alma, de Deus e do amor.

As interpretações do corpo pelo homem revelaram concepções que elevaram seus valores assim como propiciaram visões negativas sobre ele. Portanto, diante de várias descrições o corpo foi concebido e definido pela moral, pois seus movimentos expressavam atitudes e gestos que mencionavam virtudes e decadência.

O corpo que se move sentindo e praticando ações que informam a consciência sobre o que sabe o próprio invólucro no qual estamos no mundo, intuindo, refletindo e agindo (SHUSTERMAN, 2012).

Os estudos genealógicos do corpo perpassam, desde Versalius e os primeiros anatomistas, depois a ciência e a técnica que o transformam e o imitam. Já na contemporaneidade ele passa a ser objeto eliminado pelo envelhecimento, doenças, lugar de precariedade onde se encontram os processos de finitude. Ao mesmo tempo, percebe-se a

preocupação moderna com o corpo, com profundos debates na esfera biopsicossocial de funcionalidade, admitindo uma completa multidirecionalidade entre seus componentes.

A abordagem pluralista sugere que o órgão ou sistema com deficiência não é sozinho o determinante das incapacidades de uma pessoa. Essas seriam resultado de uma interação entre fatores biológicos e fatores extra-biológicos. No entanto, um modelo universal multidimensional pode perder sentido quando reconhecemos que os processos de incapacidade são histórica e espacialmente determinados. A subjetividade dessa experiência é uma dimensão independente do estado das funções e estruturas do corpo e impossibilita entender o incapacitado enquanto pessoa (ARAÚJO, 2012, pág. 01).

O corpo é um tema particularmente propício também a uma análise antropológica. Este dá rosto ao homem, o identifica. Sua existência é corporal, e o tratamento social e cultural de que o corpo é objeto, bem como os valores que o distinguem (LE BRETON, 2011). Malinowski no seu texto: uma teoria científica da cultura demonstra que o ponto de encontro real de todos os ramos da antropologia é o estudo científico da cultura, como mais amplo contexto de comportamento humano, sendo tão importante para o psicólogo como para o estudante de ciências sociais. O corpo permeia pelo cerne individual e social numa esfera própria que o concede.

O corpo antropológico consiste no sentido histórico e, segundo Malinowski, na sua concepção das influências ambientais e espaciais. Entendendo que o corpo não pode ser representado apenas por estruturas, mas na compreensão de um modelo linear que comece pelas suas interações com o meio ambiente, no sentido de verificar suas condições. Os aspectos subjetivos representados pela escola psicanalítica trouxeram para o estudo do corpo a constituição de novas formas de subjetivação inscritas nele, o que nos faz refletir sobre o dualismo corpo/alma. Mendes e Próchno (2004) relatam que,

Freud deu importância fundamental às influências psíquicas no corpo, principalmente nas pacientes histéricas, o que pode ser observado no decorrer de sua prática clínica e de suas descrições teóricas. O psiquismo é definido por Freud no campo das representações, e a prática clínica por seu deciframento. Considerando que os sintomas são históricos, inseridos em um determinado contexto, o sofrimento humano vai tomando novas formas que parecem privilegiar as representações corporais.

Silveira e Furlan (2003) relatam que Foucault descreve a genealogia do corpo, dedicada às relações constitutivas entre poder e saber sobre ele, sua posição e formação, por meio das práticas sociais, assistenciais e educacionais, confrontando com objeto de estudo que essa tese pretende discutir. Além disso, destacam-se as disposições do corpo que transitam em um percurso histórico da Fisioterapia, o qual se encontra adoecido e entregue aos cuidados de estudantes e professores supervisores numa prática assistencial subsidiada pelos processos de subjetivação do sujeito.



## O corpo, o cristianismo e o sagrado

A fé e a devoção ao corpo de Cristo (Figura 1) contribuíram para elevar o corpo a uma alta dignidade, fazendo dele um sujeito da História. Além disso, existe outra imagem do corpo, igualmente cheia de sentido, que é a imagem do ser humano pecador, pois se ouve incessantemente dizer que é pelo corpo que ele corre o risco de perder-se. De acordo com Corbin, Courtine e Vigarello (2008), o pecado e o medo, o medo do corpo, principalmente o medo do corpo da mulher, retornam como uma ladainha sob a forma de precauções e condenações.



Figura 1: Corpo de Cristo/Fonte: Google Imagens

Mary Del Priori (2009) refere em sua obra intitulada “Ao Sul do Corpo”, que a Medicina aliou-se à Igreja na luta pela constituição de famílias sacramentadas, e o médico tinha acesso à intimidade das populações femininas, ocupando-se dos corpos ao penetrar no mundo fechado de pudores, mistérios e usos tradicionais dessa espécie de terra desconhecida que era o corpo feminino, insuflando os percursos temporais femininos numa verdadeira dramaturgia, na qual desvios, doenças e acidentes vinham sancionar os defeitos, os excessos ou a normalidade de suas fisiologias.

A preocupação em elaborar, não apenas uma imagem biológica desse corpo, mas, sobretudo a necessidade de entender a natureza feminina, remetia a missão de dominância desse corpo, pronto aos propósitos da igreja. A sexualidade encontrava uma única justificativa: a procriação.

De acordo com Vainfas (2010), o desdém inquisitorial, também em relação à prostituição e sodomia feminina, não passou de uma faceta da misoginia então reinante na cultura erudita ocidental: a mesma que proibia a nudez da mulher com mais rigor que a

masculina, a mesma que, reproduzindo o corpo hipocrático, estigmatizava a vagina e o útero como corpos imperfeitos e doentios, comparado ao potente falo.

Uma ambiguidade atravessa, pois o discurso cristão sobre o corpo e as imagens que ele suscita: um duplo movimento de enobrecimento e de menosprezo do corpo. A voz da igreja jamais foi unânime ao falar do corpo e, ao longo prazo, sua posição não deixou de evoluir. (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2008, pág. 21).

A forma pela qual se dá o diálogo entre corpo e religião é fruto de diversas relações entre os homens, entre o homem e a natureza, entre o homem e o sobrenatural, entre o homem e a sociedade. Tais relações são estabelecidas levando em consideração, que é a partir da formação de grupos sociais, que normas, regras, valores, culturas são estabelecidas e legitimadas.

No período medieval, a Igreja Católica desempenhou várias ações na intenção de civilizar o corpo dos indivíduos e seus costumes, pois, para ela, era preciso controlar os prazeres que levavam ao pecado e à desvalorização da alma. Mas, não sendo possível exercer um total controle sobre os corpos, a Igreja se empenhou em codificá-lo e regulamentá-lo através da formação de um discurso estreitamente relacionado às práticas corporais como a arte culinária, a beleza, os gestos, o amor, a nudez entre outras questões (LIRA, 2009, pág. 4).

Através dos instrumentos da Paixão simbolizando o percurso doloroso de Cristo, como sinais de humilhação e o martírio da carne de Cristo, fonte de salvação, na sua vitoriosa luta com o demônio, tornaram os sofrimentos de Cristo. E também a imagem das cinco chagas de Jesus, sinais de libertação das almas do purgatório. Todas essas marcas deveriam estar na memória das pessoas para que elas lembrassem o sacrifício de Cristo em que se fixava o olhar do pecador.

Para tanto, tornar-se o corpo de Cristo, passando por todas as provas sofridas pelo Homem das dores, era o ideal para modelagem do corpo, como o exemplo de São Francisco, modelo de sacrifícios, através das suas abstinências e jejuns. Percebe-se, através da tradução dos sofrimentos corporais de Jesus, a partir dos santos que o seguiram, a verdadeira encarnação dos sofrimentos de Nosso Senhor e de corpos à espera de ressurreição.

### **O corpo ocupa um lugar no espaço e tempo**

... e ele mesmo é um espaço que possui seus desdobramentos: a pele, as ondas sonoras de sua voz, a aura de sua perspiração. Esse corpo físico, material, pode ser tocado, sentido, contemplado (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009, pág. 7).

Corpo, objeto de ciência, lugar da doença, a ser dissecado, dicotomizado, repartido e explorado. Lugar de sensações, não existindo distância entre o eu e o corpo material. Todavia o corpo transcende o eu a toda hora. Por tudo isso a tradição filosófica antiga o entende como prisão da alma.

Os hospitais, abertos aos indigentes, se tornam mais numerosos, e representam a possibilidade de uma maior observação dos submissos corpos dos doentes, estabelecendo com eles um tácito contrato, segundo o qual “o infeliz que vem pedir ajuda paga à medicina o que ele deve à caridade”, o que se aplica também ao corpo que foi vencido pela doença. A prática da autópsia permite desvelar os efeitos ocultos da doença e ajudar a compreendê-la.

A partir do final do século XVIII, com a Revolução Industrial o corpo ganhou nova conotação (Figura 2). Sua valorização passou a ser destacada entre os burgueses da época, numa relação de corpo saudável e disciplinado utilizado como signos de distinção do proletariado, já que com longas jornadas de trabalho e baixos salários impedia a dedicação exclusiva ao corpo (FONSECA; SILVA; SILVA, 2013).

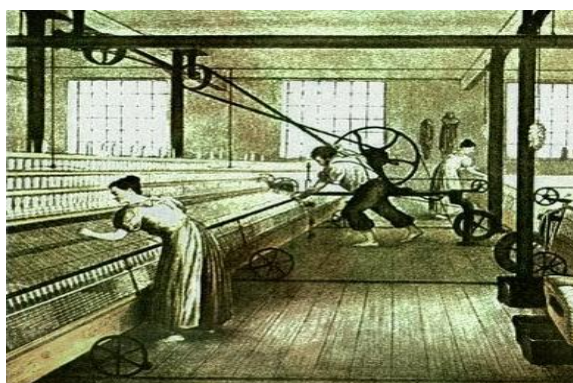


Figura 2: Corpos e a Revolução industrial/Fonte: Google Imagens

No final do século XIX, o corpo aparece como resultado de uma construção, de um equilíbrio estabelecido entre carne e mundo, ou seja, uma verdadeira mudança na gestão social do corpo (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009).

O doente e seu corpo não fornecem mais do que indícios de seus sinais e sintomas, à espera das interpretações biológicas e médicas, retirando do doente a identidade e o domínio do seu corpo. A escuta do corpo pelos médicos, atentos apenas aos distúrbios que o condenam ao degredo e às doenças, interpretadas como um fenômeno puramente fisiológico, sinais de resistência a uma medicina tecnicista e despersonalizante. Se os vocabulários tornam-se progressivamente comuns entre doentes e médicos, as palavras poderão encobrir significados. Surge então o interesse pelo corpo-máquina onde a visão do corpo estava associada à preocupação entre o funcionamento de suas estruturas e os estudos comparativos com a fisiologia animal.

O século XX saudou o homem com um novo direito, qual seja o da saúde, promulgando regras de comportamento, censura aos prazeres com uma rede de recomendações. Explora o indivíduo dentro do seu *habitat*, multiplica as intervenções médicas e estéticas através do culto ao corpo perfeito movido pela era tecnológica. Segundo Corbin, Courtine, Vigarello, em 2009, o corpo do século XX é um corpo totalmente exposto e acessível ao sujeito.

Conforme Paim e Strey (2004), a nossa sensação física passa, obrigatoriamente, pelos significados e elaborações culturais que um determinado ambiente social nos dá. O significado de corpo varia de acordo com a sociedade, varia em função do estatuto do indivíduo naquele contexto. A aparente realidade imutável, que significa que todos os indivíduos têm corpo, deve ser pensada dentro de um contexto cultural específico. Assim, o corpo não fala por si próprio e se ele anuncia algo é aquilo que a própria cultura o autoriza a falar.

Nesse mesmo século, o corpo sofre profundas transformações em sua representação, por meio da mídia, difundindo padrões corporais perfeitos, conforme Cruz *et al.* em 2008, p.1:

Ela (a mídia) tem uma grande parcela de responsabilidade nessa distorção dos conceitos de “corpo belo” e “corpo não belo”, afinal está aí para quem quiser ver e ouvir programas de televisão que mostram homens e mulheres com seus corpos perfeitos. Esses programas só ajudam a reforçar o narcisismo contemporâneo e a sociedade capitalista, onde tudo está à venda.

Todavia, as tecnologias da informação oferecem liberdade seletiva ao homem, aumentando a capacidade de apreensão do mundo. Shusterman (2012) relata que, quanto mais as novas mídias de comunicação buscam libertar-nos da necessidade de presença corporal física, mais o uso de novas adaptações funcionais e afetivas são desenvolvidas pelas pessoas, o que significa novas possibilidades de tensões, desconfortos e deficiências somáticas, resultantes de um uso ineficiente do corpo, que o cultivo da autoconsciência somática aguçada ajuda a curar e evitar.

Então, vale a pena indagar como o indivíduo tem enfrentado a relação entre as forças tecnológicas que tendem a se relacionarem com o corpo? É necessário o investimento de melhor entendimento do que seja esse corpo que chega a ser retratado como um aglomerado de órgãos sensoriais diversificados, midiáticos e comparado a uma máquina? Estamos voltando à época dos corpos utilitários construídos para o trabalho?

Perceber o corpo dividido, compartimentado e ao mesmo tempo pluralizado na esfera tecnológica, significa distorcer sua capacidade de interação com outros ambientes, expondo o corpo às relações puramente quantificadas.

Nos dias de hoje, aliado às des-territorializações temos, através do mal entendido do virtual e de uma busca esquisita do transcendental, o desenraizamento dos corpos, facilitado pela massificação da mídia. Há um apagamento de quem somos da contemplação, da reflexão e da interiorização. Não podemos parar e somos balizados pelo externo (UGARTE, 2005, p. 6).

Percebemos um confronto na relação do corpo com a tecnologia, mas antes é necessário pensar em duas perspectivas: a primeira seria o modo de relacionamento com o mundo e de como estruturamos nossos hábitos, necessidades, interesses e habilidades frente ao uso do corpo. Nesse sentido, reporto-me à questão da auto consciência corporal que permite ao indivíduo perceber e se conduzir no mundo.

Uma segunda perspectiva se refere a tecnologia que se insere no mundo das pessoas, em diversos aspectos, ofertando-lhes condições de inserção social e virtual e, na garantia de longevidade. Podemos destacar o uso de tecnologias para o ajuste ou substituição de funções corporais, como exemplo: corações, rins, próteses de silicone, pernas e braços artificiais. Máquinas que vieram para substituir o corpo ou partes dele num processo de desconstrução e construção identitários desses indivíduos. Corpos cibernéticos e manipulados pelas tecnologias voltadas para a vida. Corpos criados para acelerar o tempo, formatados nesta revolução da informação, tempos de produção, trabalho em metas, abstração e aumento da competitividade, repercutindo na saúde biopsicossocial das pessoas.

Foucault configurou o foco na corporeidade de cada indivíduo com seus hábitos, instintos, pulsões, sentimentos, emoções, impulsos e vicissitudes como o ponto fundamental sobre o qual atua um emaranhado complexo de uma série de lutas e de confrontos inerentes a tais saberes, no processo de produção de poder (SILVEIRA; FURLAN, 2003).

Sobre o corpo se encontram os estigmas e acontecimentos vivenciados pelo homem; ou seja, ele representa a história da humanidade. Nele, estão inscritos a linguagem, as ideias e o pensamento que se convergem e se divergem. Cada ser humano tem no seu corpo marcas e combates que o ajudam na construção da sua identidade.

O corpo conforme descreve Foucault, é a superfície de inscrição do poder, ou seja, este é submetido às ideias, onde a alma é aprisionada nele. Corroborando com Silveira e Furlan (2003), a alma não é uma ilusão, ela está inserida no corpo e passa a sofrer punição, vigilância, castigo e coação. Uma alma o habita e o leva à existência. Ela é uma peça no domínio exercido pelo poder sobre o corpo.

Para Foucault, a determinação das representações do corpo e o adoecimento, instituições e pessoas que cuidam dele perpassam pela sua constituição e edificação. A história da doença, suas representações no corpo e as transformações físicas e psíquicas que

ela lhe impõe remetem a perda da identidade e do poder que o indivíduo perde sobre este quando sujeito da relação com quem cuida.

O sujeito, em situação de adoecimento, submete-se à obediência nas relações com os cuidadores que serão detentores do poder sobre ele. A pessoa passa a confiar-lhes seus desejos, angústias, frustrações, fracassos, desejos e incertezas, cabendo a eles participarem e intervirem nesse universo de transformações.

O corpo doente deformado, vilipendiado e desmoronado se vê diante de um desequilíbrio interno e externo. A pessoa passa a buscar recursos para reabilitar esse corpo na tentativa de gerar um significado e desvelá-lo. Conseqüentemente, o corpo passa por situação de destruição e mutilação. Isto significa que, os modos de se utilizarem e de se disporem do corpo refletem as experiências no adoecer; ou seja, as dimensões do corpo adoecido estão além da enfermidade, pois o sujeito traz vivências anteriores pautadas na sua cultura, crença, no seu modo de ser e estar no mundo e na relação com o outro. A pessoa passa, então, a adaptar-se a esse novo corpo, inventando possibilidades para vencer as dificuldades impostas pela doença.

As tensões conceituais, em relação ao corpo no mundo contemporâneo, podem apresentar-se como resultantes da relação do corpo com a espiritualidade e, em especial, a religião. Não podemos dizer que tais relações sejam, todavia negativas, mas a busca da compreensão do corpo e sua relação com o mundo têm sido no plano subjetivo, foco de interesse da humanidade. Tal pesquisa justifica-se, quando percebemos através das leituras que o discurso do corpo foi tomado segundo Pinheiro e Queiroz (2011), como um lugar reservado à identidade e ao espaço de diferenciação com os objetos do mundo.

A história do corpo humano é a história da civilização. Cada sociedade, cada cultura age sobre o corpo, determinando-lhe:

Com o cristianismo assiste-se a uma nova percepção de corpo. O corpo passa da expressão da beleza para fonte de pecado, passa a ser "proibido". O cristianismo e a teologia por muito tempo foram reticentes na interpretação, crítica e transformação das imagens veiculadas do corpo. Uma das razões será porque o cristianismo possui uma história própria e de difícil relação com o corpo. Durante muito tempo foi central a espiritualização e o controle de tudo o que é material. Foi um morador do deserto, Santo Agostinho, o bispo de Hipona, a Tunísia de hoje, quem lançou o mais pesado manto da vergonha sobre a nudez do paganismo (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011; p. 3).

Na concepção agostiniana (Figura 2), segundo Souza e Pereira Melo (2009), o homem só pode ser considerado um homem total quando é constituído de uma alma que se encontra unida ao corpo, pois ela é a beleza do corpo, que representa a exterioridade do

homem e garante sua visibilidade, sendo caracterizado como um elemento que sofre as alterações no tempo e ocupa lugar no espaço.

Conforme apontam Prado Filho e Trisotto (2008), assim como a religião tem sua história, os corpos também têm a sua, e no cruzamento destas duas histórias, encontram-se – e por vezes rivalizam – diferentes práticas e concepções correlativas acerca dos significados do corpo. Portanto, a representação do corpo na religião determinou a formação de saberes que transitaram entre o sagrado e o profano:

A finalidade do corpo é marcar a diferença entre o sagrado e o profano. Cada parte do corpo para a língua hebraica, por exemplo, é dotada de atributos psíquicos e espirituais e, portanto, o verdadeiro Eu é indivisível de sua unidade. As funções corporais têm significado somente se em estreita e íntima relação com o que é sagrado, enquanto o cristianismo inaugura uma síntese entre o real e o simbólico, trazendo para o corpo um significado metafórico (FARIA, 2004, pp. 30 e 36).

O cristianismo anuncia uma revolução a respeito da experiência humana do corpo, na medida em que enaltece a carnalidade como lugar da experiência “de” Deus. Portanto, o corpo é considerado lugar por excelência no qual o Deus dos cristãos experimenta a humanidade por dentro. Ele forma com a humanidade uma cumplicidade corpórea a ponto de tornar a carne humana lugar da revelação da interioridade do próprio Deus (RIBEIRO JÚNIOR, 2011).

Destarte, a discussão da representação do corpo pela vertente teológica, Carneiro (2009) descreve o corpo do negro, sendo escravo ou não, no período colonial brasileiro. Esse cuidado em descrever acerca da compreensão do corpo em sua funcionalidade não somente como artefato mercantil, mas também como suporte para os signos religiosos. O campo religioso como lugar de conflito e identidade do negro permitindo através dos ritos a compreensão dos valores e da estética religiosa não somente pela indumentária, mas através dos gestos e ritmos demonstrados pela cinesia dos corpos.

O corpo, já dizia Foucault, é a última fronteira, para além do discurso. É possível erradicar um corpo de seu espaço natural, contudo não se retiram as marcas de sua vivência espiritual e religiosa. Não há vias para silenciar o corpo, pois ele é condição da vida (CARNEIRO, 2009).

Para isso, a religiosidade possui uma abrangência de símbolos e significações acerca do corpo, que permite a articulação dos saberes, incorporando elementos característicos que irão configurar o corpo na sociedade contemporânea. Contudo, diante dessa abrangência, questionam-se quais os significados atribuídos ao corpo pela religião? Considerando o exposto acima, o presente capítulo apresenta, também, algumas considerações sobre a compreensão do corpo sob a ótica das religiões, uma vez que a discussão desta questão replica a necessidade em compreender a história dos significados do

corpo, considerando a multiplicidade dos discursos teóricos ligados a ele, desvelando suas relações com a educação, a dimensão psicossocial, a cultura, a economia e a política.

Como são representados corpo, dimensão espiritual e religiosa no discurso de profissionais da saúde, na construção de hábitos para o tratamento das doenças duras e amargas que, segundo Koenig (2012), não deixam margem a ilações abstratas? Para isso devemos entender que, desde os primórdios, religião e espiritualidade vêm se relacionando com as pessoas e suas enfermidades, e o objetivo do profissional deve ser não confrontar tais crenças, pois estas ajudam o paciente a enfrentar a doença.

Conforme Comparin e Schneider (2004), o corpo transitou pela sacralidade e dualismo psicofísico até chegar ao século XX, onde já não mais se considerava a dicotomia entre corpo e mente, e assim o corpo daria um grande passo saindo do estado irracional e impulsivo, onde a alma precisaria dominá-lo para um estado de disciplinamento para o trabalho, que Vieira (2000) denominou de catexe erotizada e desviante. No entanto, no século XVII, Spinoza, um judeu holandês, já pregava a igualdade do corpo físico com o corpo espiritual, sem distinções hierárquicas entre as partes, formando assim o corpo total.

Sendo assim, as representações do corpo estão relacionadas também à história das religiões, conforme demonstra o estudo de Rios *et al.* (2013), o candomblé e o xangô se constituem em religiões sacrificiais e politeístas, em que as divindades são relacionadas com os fenômenos naturais e são patronos de atividades sociais, tomando o corpo dos fiéis por meio da possessão. Por extensão, o sangue e a própria interioridade corporal humana são a fonte e/ou o suporte da vitalidade individual.

O corpo humano, como sistema biológico, psíquico e social, é afetado pela religião em um processo denominado de apropriação funcional; o corpo não foi objeto em si mesmo pela religião, mas no decorrer dos séculos tem sido representado, manipulado, concebido e operacionalizado de acordo com a religião e cultura que o concebem:

Nesse cenário, é possível entender o corpo como resultado provisório de diversas pedagogias que o conformam em determinadas épocas e lugares, que adquire diferentes sentidos no momento em que é investido por um poder regulador que o ajusta em seus detalhes, impondo limitações, autorizações e obrigações, para além de sua condição fisiológica (FERNANDES, 2009, p. 2).

A religião descreve suas regras, moral, normas e valores, por ser o canal de inserção do homem com o meio ambiente. Para o Cristianismo, o corpo está envolto numa característica de fé, é o corpo crucificado, glorificado e que é comungado por todos os cristãos.



As técnicas coercitivas sobre o corpo, como os castigos e execuções públicas, as condenações pelo Tribunal do Santo Ofício (a Inquisição – oficializada pelo papa Gregório IX), o auto-flagelo marcam a Idade Média. A Inquisição, inicialmente com o intuito de salvar a alma aos hereges, passou a empregar, mais tarde, a tortura e a fogueira como forma de punição, com autorização do Papa Inocêncio IV, em 1254. Estes eram acontecimentos e cerimônias públicas, cujo objetivo era o de expor à população a sentença recebida pelo réu, era um verdadeiro ato festivo assistido não só pela população, mas pelas autoridades religiosas (BARBOSA; MATOS; COSTA, p.4, 2011).

A união da Igreja e Monarquia trouxe maior rigidez dos valores morais e gerou uma nova percepção de corpo, onde a alma precisaria prevalecer e dominá-lo para conseguir a sua purificação (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011).

Não obstante, o corpo não é somente monopólio da religião, mas tem sido, segundo Prado Filho e Trisotto (2008), ao longo da história, e para muito além da sua aparente naturalidade, objeto de muitos saberes: nos campos da economia, da educação, das ciências políticas, da sociologia, da psicologia, das ciências humanas em geral, e também tem sido alvo de práticas diversas: de moralização, de normalização, de modelização, de “capacitação”, de “treinamento” - enfim, ele tem sido objeto de múltiplas técnicas de construção.

A subjetividade moderna habita o corpo, que se avoluma em espaços de saber. Possui, também, uma série de sentidos e percepções. De acordo com Silveira (2008), o corpo está sujeito aos processos desenvolvimentais (os quais, então, passarão a ser discriminados) advindos do passar do tempo e das transmutações e peculiaridades da cultura, da história e da sociedade. O corpo precisa passar por uma análise genealógica que evidencie as suas diferentes significações, sentidos e subjetivações. A investigação dos acontecimentos sobre o corpo em estado de constante transformação ao longo do tempo deve detectar e pôr em evidência toda uma teia bastante complexa e multiforme de relações de força sociais, colocando em relevo os momentos das configurações dessas relações (NUNES, 2008). Dizer que o corpo atravessa essa teia é retirá-lo do que Nietzsche chama de “moral do ressentimento”, o que pede uma superação de tais obstáculos, podendo assim inaugurar uma nova hermenêutica sobre o homem.

Visando melhor compreender o corpo, pela concepção da fé, um corpo construído pela cultura e meio ambiente, é perceber um encadeamento de períodos que o consideraram como revelador da existência, dos ideais estéticos, assim como o corpo paradoxal da Idade Média, onde o Cristianismo influenciou as suas noções e vivências. Observa-se um reticente discurso sobre o corpo para a propagação do sagrado e do controle do corpo. A pedagogia da sentença expunha o corpo aos rituais de sacrifício e subserviência, onde a sexualidade era reprimida pelas técnicas coercitivas e considerada abominável.

Território construído por liberdades e interdições, e revelador de sociedades inteiras, o corpo é a primeira forma de visibilidade humana (SOARES, 2006). Segundo Sant'Anna (2011), o lugar ocupado pelo corpo é tanto biológico quanto simbólico. Lugar de inquietude e conforto. Belo traço da memória da vida. O corpo é descrito pela subjetividade, ao mesmo tempo finito e sujeito a transformações. Segundo Del Priori, 2000, p. 15:

A história social das atitudes frente ao corpo, no Ocidente, passa pela análise dos elementos duais do pensamento cristão sobre o corpo. Corpo, abominável invólucro da alma, peso e culpa; corpo trespassado do Cristo na cruz, pivô da fé e da salvação, carne da encarnação. Corpo em sofrimento, despedaçado, invertido na beatitude das carnes... Corpo: lugar de tentação, votado e prisioneiro... Casa cujas entradas devem ser vigiadas, templo do Santo Espírito a ser respeitado.

Corpo subordinado à alma, frágil, submetido às leis que o regem. Designado a sacralidade. Templo do divino, educado para se transformar em santuário da alma. Portanto,

A Igreja cristã, nos primórdios do cristianismo, é o transbordamento da metáfora desse corpo glorioso de Cristo que simboliza a permanência do Verbo, entre nós. E o corpo de cada cristão, homem ou mulher é investido da mesma transcendência do corpo divino que se fez carne, padeceu a morte e ressuscitou como incorruptível. Os evangelistas e os primeiros doutrinadores da Igreja o chamam de templo de Deus. O pecado não ofusca esse corpo, nem o desqualifica posto que foi redimido por Cristo (SIQUEIRA, 2011, p. 2).

Em Coríntios, lê-se que “todas as coisas me são lícitas, mas nem todas convêm.” Todas as coisas me são lícitas, mas eu não me deixarei dominar por nenhuma delas. Os alimentos são para o estômago, e o estômago é para os alimentos; mas Deus destruirá tanto estes como aquele. Porém, o corpo não é para a impureza, mas para o Senhor, e o Senhor para o corpo.

O corpo para a Igreja Católica deve ser sacralizado e santificado, pois aquele que mistura seu corpo com o profano torna-se impuro e aquele que se une ao Senhor é um Espírito com ele. O imoral peca contra o próprio corpo, pois este é santuário do Espírito Santo e deve ser glorificado a Deus.

Na Idade Média, observa-se uma brutal referência ao corpo, cedendo lugar à obscuridade do pecado e da culpa, sem a mediação do luto e o tempo da sublimação. A representação de corpo nessa fase remete ao peso e ao abominável. Cada homem é composto de um corpo material e mortal, fonte de lascívia e tentações, e de uma alma imaterial e imortal, que necessita ser preservada das “abominações” do corpo (SIQUEIRA, 2011).

O que se observa é a completa renúncia ao corpo e à desqualificação de sua existência. Tal representação vem a condenar o culto ao prazer, a beleza, a mulher, as relações sociais, aos pecados ditos da “carne humana”. Vale salientar que, nessa época, invocou-se a cultura da autoflagelação, das penitências, da abstinência. Tudo o que se referia

ao corpo deveria ser renunciado. Tornar-se corpo era remeter-se à culpa e ao modelo de sacrifício purificado de Cristo:

A Paixão de Cristo (Figura 3), as Chagas de Cristo, enquanto referenciais de mística e ascese, passam a ser paradigmas de um corpo humano deformado pelo pecado e martirizado pela culpabilidade, portanto, um corpo que só neutralizaria a nódoa do pecado através da inscrição dos sofrimentos físicos no próprio corpo mutilado e marcado pelo rigor dos padecimentos. Foi preciso humilhar e desqualificar o corpo para que ele merecesse a glorificação (SIQUEIRA, 2011, p. 5).

Desse modo, o corpo ideal será aquele que se assemelhe ao sofrimento de Cristo, negação total dos prazeres. O homem seria digno pela dor e essa estaria inscrita no corpo.

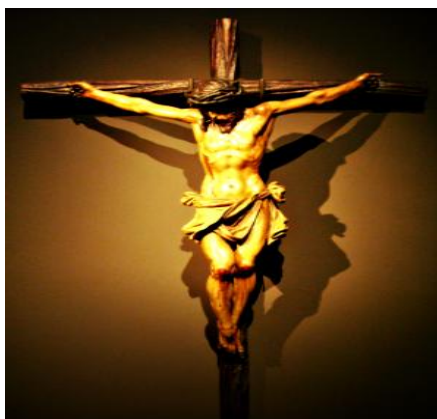


Figura 3: Cristo na cruz/Fonte: Google Imagens

Corroborando com Siqueira (2011), o humano se despia de corporeidade porque o corpo pesava. Já a alma, ao contrário, despida de vestimentas, levitava no habitáculo do seu contrário que era o corpo. O corpo mortal é fonte de pecado, enquanto a alma era a pura vida, e em Deus, tornava-se imortal.

Após a Idade Média, o corpo é dessacralizado, ou seja, já não é mais algo proibido de se manipular. Com a ascensão de uma ciência positiva, separada de valores religiosos e do espaço da moralidade, o corpo passa a ser objeto de estudo de algumas ciências, principalmente a medicina (CAVALCANTE, 2005).

No curso do século XVI, a concepção medieval começou a declinar. O homem foi tomado como centro das preocupações, assim como sua capacidade criativa e transformadora. Sua base filosófica foi o humanismo, ou seja, a plenitude de valorização do homem, o que possibilitou questionamentos oriundos nas visões teológica e medieval. Portanto, o humanismo tinha preocupação com o mundo concreto dos homens, com o agora, a natureza e a busca do controle do destino.

O corpo é representado com o objetivo de expressar a unidade entre o físico e o espiritual. A beleza já não é considerada um trunfo perigoso, mas antes um atributo necessário do caráter moral e da posição social.

O aprendizado sobre o corpo formado no Renascimento (Figura 4) foi em grande parte pela inserção da cultura visual e produção das imagens. Ou seja, o corpo como objeto de conhecimento e fruição estética no Renascimento (ZANIRATTO, 2011).

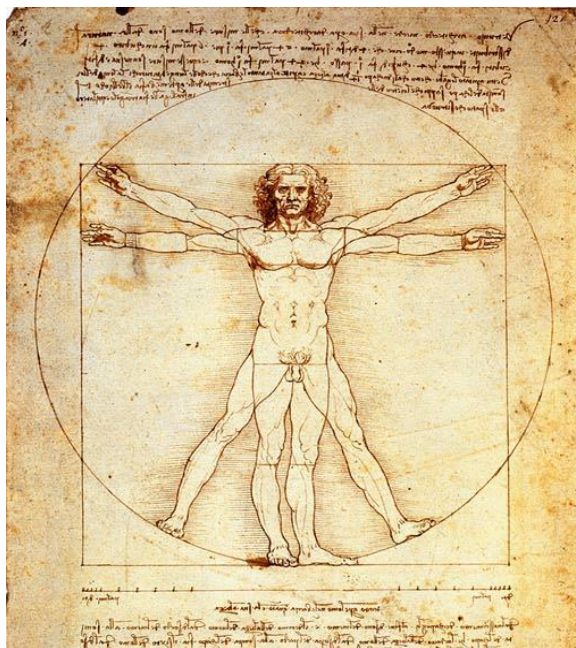


Figura 4: O Homem Vitruviano/ Fonte: Google Imagens

Todas as formas de expressão do corpo passam a ser estudadas a partir dos aparelhos sensoriais do próprio corpo. A ideia é perceber o corpo a partir de suas relações com o mundo exterior, apreendendo suas potências e fraquezas.

O surgimento da nova ciência do corpo, a Anatomia, modificou indubitavelmente o pensamento renascentista, quanto ao entendimento e ao trato do próprio corpo e do corpo social. Esta ciência serviu, também, como base às novas configurações de algumas práticas sociais, como a medicina e a ginástica. No caso da medicina, modificando seu modo de tratar os corpos doentes. Com a ginástica, por sua vez, desenvolveu-se uma metódica forma de educar os corpos, a partir das descobertas e novas concepções que a ciência do corpo trouxera para a sociedade e a cultura moderna (MARCILI, 2013, p. 1).

Portanto, Cardoso e Muller, 2011, p. 1 referem que:

A relação do homem com o seu corpo também foi modificada; durante a Idade Média, o corpo era visto como pertencente a Deus, portanto, não poderia ser usado como objeto de experiências, estes ainda o tinham como fonte de pecado e, portanto, deveria ser relegado em segundo lugar em contraposição a santidade do espírito. As idéias de razão e antropocentrismo modificaram essa relação do corpo agora era visto como fonte de prazer e beleza.

Tais concepções renascentistas determinaram novos modos de pensar e executar os corpos. Aliava-se à cultura, à arte, à razão e à ciência; esta última ainda não concebia o corpo na sua totalidade. O saber sobre o corpo não bastava apenas à igreja, mas também por

meio da observação e experimentações do mundo vivido, possibilitando uma circulação maior de ideias acerca dele e seus domínios, sobretudo a concepção do corpo utilitário para o trabalho. Toda a percepção de corpo da Idade Média e no Renascimento muda com a ascensão do capitalismo e as consequentes necessidades que os novos valores o revelam.

Podemos dizer, que a visão da energética e do materialismo que permeavam os finais do séc. XVIII e o séc. XIX e a construção de corpos ‘docilizados’ e utilitários para o trabalho caracterizam uma época que teve como consequência uma epidemia de fadiga e neurastenia que demonstram o desânimo reinante diante da mudança brutal na organização social e nas relações com o tempo, objetos e natureza: o início da aceleração do ‘tempo’ ou melhor, da mudança do ritmo natural dos corpos, que antes entremeavam trabalho e lazer; a troca das ferramentas conduzidas pelo homem por máquinas que ditavam tempo e ritmo impostos ao corpo; da desterritorialização dos grupos transformados em operários em um novo mundo ‘urbano’, longe de suas terras e de sua comunidade vivendo em condições precárias; das medicalizações e dos esquadrinhamentos dos corpos (UGARTE, 2005, p.3).

Observa-se, com o advento da industrialização, uma necessidade em tornar útil o corpo do trabalhador, docilizado e submetido às regras, que segundo Norbert Elias (1998), à medida que a complexidade e a divisão de funções cresceram com a chegada da industrialização, concomitante ao aumento da necessidade de autodisciplina e do autocontrole, há necessidade de um controle do tempo, o relógio. Portanto os corpos tinham relações com o tempo, com os outros e com a natureza numa perfeita sintonia onde mente, corpo e espírito eram subjugados pelo poder.

A formatação do corpo como um invólucro de conservação de energia e de conversão e propulsão, a metáfora do Homo-Motor, reafirmava o liberalismo (UGARTE, 2005). Percebe-se a construção de um corpo mediado pela produção e submetido a difíceis jornadas de trabalho que levavam à extrema fadiga e ao acometimento de enfermidades. As relações com o espírito e alma foram depreciadas, gerando um verdadeiro desequilíbrio biopsicossocial.

Os corpos reduzidos e desterritorializados, contidos pelas relações de poder centralizadas, eram massificados e formatados por modelos científicos estruturados que esquadrinharam o corpo para responder às necessidades de produção, não havendo relações sócio ambientais com o trabalho. Segundo Ugarte (2005, p.1), enquanto a ciência avançava junto com a industrialização, crescia a população carente, subnutrida e com altos índices de mortalidade.

Ao final do século XIX, portanto, já diminuía o discurso de que havia resistência ao trabalho por causa de indolência e preguiça. Higienistas, fisiatras, psicólogos, antropólogos do trabalho, médicos e políticos examinavam a tendência à preguiça, mas também passaram a reconhecer os danos do excesso de carga de trabalho, o que levou à

defesa de reformas sociais com novas regulamentações e leis trabalhistas, porém o corpo ainda seria visto como superfície de disciplinamento sobre uma nova ótica (UGARTE, 2005, p.1).

Foi a partir do conceito de biopolítica da população que Michel Foucault, em 1989, apontou um deslocamento significativo nas estratégias de poder; o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. Para Foucault o corpo é uma realidade biopolítica, nele são investidos dispositivos de poder (CAPONI, 2004).

O corpo em Foucault transpõe a concepção biológica para as relações de poder e ideologia para assim chegar à verdade do saber. O corpo não pode ser visto como um processo global e centralizado de dominação biológica. Para entendê-lo é necessário perscrutá-lo na sua emergência através de uma teia de ações e dispositivos que atravessam o seu contexto.

Para Foucault, o corpo é ao mesmo tempo uma massa, um invólucro, uma superfície que se mantém ao longo da história. Sintetizando, pode-se dizer que, para Foucault, o corpo é um ente, composto por carne, ossos, órgãos e membros, isto é, matéria, literalmente um *Icicus* físico e concreto. Essa matéria física não é inerte, sem vida, mas sim uma superfície moldável, transformável, remodelável por técnicas disciplinares e de biopolítica (MENDES, 2006, p. 2).

Mas seria esse corpo em Foucault caminho para a subjetivação frente a essas relações de poder? Sim. Conforme Mendes (2006), os processos de subjetivação, por meio de relações poder-saber, como descritas e analisadas por Foucault, atuam sobre o corpo do indivíduo por meio de técnicas e tecnologias. Assim, o corpo passa a ser analisado sob a ótica das ciências e a ser tratado pelas técnicas de biopoder do que antes fora exercido pelo dispositivo religioso. Os séculos XIX e XX marcam, portanto uma nova configuração de corpo.

Cabe uma reflexão sobre as representações do corpo, no século XX derivadas das transformações dos discursos científicos, que atuam como mecanismos coercitivos de controle, de ajuste à norma social vigente, das formas de controle que incitam a falar, pensar, sentir e agir de acordo com o discurso competente dos especialistas.

Na vida social, a beleza do corpo humano começa a ser trabalhada e construída de modo a atender a demanda da industrialização, o corpo começa a se adequar a essa nova ordem social que preza a forma e a função, afinal, ele é uma peça importante nessa engrenagem (FERREIRA, 2010). O corpo se torna plástico e assujeitado às imposições da mídia; segundo Santos (2011), um corpo humano plástico é aquele que pode ser deformado e

modelado pelas significações que se quer atribuir-lhe sem que aconteça a sua ruptura. Uma realidade corporal que deve se ajustar ao modelo imposto a fim de conquistar felicidade, prestígio e bem-estar.

Percebe-se, no entanto, a formação de um corpo coisa, subjugado aos valores midiáticos, com ênfase na estética e nas visões multifacetadas e hibridizadas, que contextualizam a saúde e um corpo subjetivado para a construção identitária e resgate aos valores do indivíduo, partindo da necessidade em transformar-se sujeito de um corpo resiliente numa sociedade imediatista, diante das inúmeras transformações que ocorrem em diferentes situações da vida.

Merleau Ponty (1999) nos lembra que o corpo é nosso meio geral para estarmos no mundo, portanto, produzimos gestos tanto para conservação da vida, quanto para a significação existencial e cultural. O corpo é visto em sua intencionalidade perante o mundo que o cerca. Conforme Antério e Gomes-da-Silva (2011, p.3) citam:

Dessa forma, nossa condição é de *sujeitos-corpos*, por entendermos o corpo como nossa identidade, nossa unidade de existência, aquele que nos dá visibilidade e acesso ao mundo. Uma identidade temporal, traduzida em diversos momentos, do nascimento até a morte, passando pelo amadurecimento e pelo envelhecimento. Tal perspectiva nos remete à possibilidade da inferência da constituição da psique por meio da constituição corpórea (anatômica), e também à dinâmica corporal (os gestos, as posturas e as atitudes), como resultado da tradução dos espaços internos e externos do corpo, dando-nos visibilidade.

Em relação às Ciências da Saúde, é interessante notar que, em vez de descobrir a essência do corpo e o libertar, radicalizou-o em um processo de dominação em que se limita mais explicitamente como seu campo de investigação: a anatomia clínica (FOUCAULT, 2011).

Ismael e Santos (2013) referem que talvez o caminho histórico – político e social do cuidado com o corpo pela ciência passaria pelo zelo, preocupação que conforme a ontologia heideggeriana possibilitaria a existência do ser humano ligado a possibilidade deste em realizar as coisas. Portanto, como possibilitar um saber diferenciado e o domínio do cientista sobre a técnica, constituindo um cuidado seguro frente ao corpo?

Em Sant'Anna (2000), Freud demonstra a passagem de um corpo para outro. Ou seja, a passagem de um corpo orgânico para um corpo pulsional situado fora do campo carnal e trabalha para a satisfação. Para Lacan, a pulsão é um eco no corpo e, para isso, necessita desenvolver a sensibilidade, ou melhor, um corpo que não passa de um fato de discurso. Por meio da elaboração do registro do Imaginário e do esquema conceitual proposto pelo estádio do espelho, ele afirma a importância da imagem do corpo próprio na formação do eu (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002).

O corpo transborda nos conceitos de muitas ciências, tendo sido conceituado pelo arsenal de saberes que o fertilizaram para além das somatizações. É o que referem Lazzarini e Viana (2006, p.1):

O corpo aparece como objeto de estudo abarcando diversos campos do saber e é visto por vários ângulos. O corpo é o corpo biológico, corpo da anatomia e dos estudos intervencionistas e invasivos da medicina; o corpo social produto das disciplinas ligadas à sociologia e psicologia social, um corpo em interação com outros corpos; o corpo estético e da beleza corporal, que ganha cada vez mais espaço na mídia e no imaginário das pessoas; o corpo antropológico; o corpo objeto de arte e admiração; o corpo histórico; e o corpo da psicanálise, corpo subjetivo, abordado pelo instrumental teórico/clínico da psicanálise.

Fernandes (2006) refere que o mal-estar na contemporaneidade insiste na assistência ao corpo e nos convida a explorar a diversidade de formas pelas quais ele vem se apresentando na situação analítica, pois, enquanto o corpo biológico obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, constituindo um todo em funcionamento, isto é, um organismo, o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito.

Nessa perspectiva, o corpo é um palco e não apenas um invólucro. Ele é regido pela afetividade, caminho para as relações humanas. Nele nasce um sujeito e se transforma, gerando uma leitura sobre o próprio sujeito que vive no seu corpo. As leituras deste corpo ao longo da história apresentam recortes culturais que o identificam pelos modos de agir e reagir.

Também está presente nos discursos sobre o corpo o confronto entre as diversas ciências que o vêm caracterizando como lugar de significados atribuídos pelas ações humanas. Corpo afetado pelo significante, corpo que articula com o mundo, revelado a ser perfeito pela utopia manifestada pelas sociedades impregnadas pela fé na ciência e na tecnologia.

Destarte, o corpo vem passando por intensas transformações ao longo da história para se configurar como condição aberta e dinâmica modelado pela realidade histórica e social.

### **Corpos inocentes, pardos e nus, corpos pretos, corpos subjugados, explorados e incapacitados na sociedade brasileira**

“ Apesar do espanto pela nudez, acreditaram que seria um corpo sem pecado, porque tais seres não conheceriam a maldade.”

Marcia Amantino



Pessoas exóticas que eram, segundo Priore e Amantino (2011), vistas com espanto por seus corpos descobertos e que proporcionaram incômodo aos navegantes recém-chegados ao território conquistado de terra batizada de Santa Cruz. A nudez feminina da índia chegou a causar desconforto e desejo confessado para os europeus, mas, ao mesmo tempo, ocasionava momentos de comparação entre seus corpos e os das européias.

A preocupação com o corpo do índio foi enfática para o controle da Igreja e consequente cristianização para a colonização do Novo Mundo, principalmente, porque foram consideradas “pessoas depravadas”, praticantes da antropofagia, que apresentavam condutas sexuais depravadas, mancebia generalizada e o uso de plantas alucinógenas para chegarem às divindades. Diante disso, era preciso dominar esses corpos e trazê-los para um mundo civilizado, por meio da educação cristã, tarefa essa desempenhada pelos Padres Jesuítas para conter a inconstância da alma selvagem (Figura 5).

As batalhas, aniquilamentos e escravidão dos chamados “bárbaros”, aqueles que eram contra o processo civilizatório, foram dispositivos utilizados para a formação do “índio colonial.” Muitos indígenas desenvolveram uma resistência adaptativa, mediante o controle de seus corpos, ponderando perdas e benefícios.



Figura 5: Corpos indígenas, descobertos e sujeitos ao controle/Fonte: Google Imagens

Percebe-se que, ao longo do processo histórico, foi marcante a violência ao corpo do índio, pois sua cultura não condizia com a ação civilizatória européia. A religião foi um dispositivo utilizado para marcar esse corpo e transitá-lo para a santidade.

Conforme Lobo (2008), o corpo também foi esquadrihado pela Inquisição no Brasil; desenvolveu uma forma de controle dos comportamentos, vigilância pelas denúncias, confissões, inquéritos, tormentos e penitências que chegavam a martirizar e punir os corpos, publicamente, transformando os hábitos e destituindo as subjetividades da população brasileira no final do século XVI.

A escravidão no Brasil atravessou, também, os corpos de africanos que vieram para comercialização, tratados como verdadeiras máquinas de trabalho explorados pelo sistema colonial (Figura 6). Corpos expostos, violentados, nus e esqueléticos, também alvo de doenças e epidemias, tornando esse corpo descartável pela sua ineficiência na condução de suas tarefas.

Novinsky, em 2015, refere que não bastasse o genocídio dos índios e a escravidão dos africanos, os portugueses cometeram outro crime bárbaro no Brasil: a perseguição dos judeus que aqui viviam e os que tinham se convertido ao catolicismo, os cristãos-novos. Corpos exilados e marginalizados pela sociedade brasileira, que viviam dentro de uma “cultura do segredo”.



Figura 6: Corpo do negro, escravizado e açoitado/Fonte: Google Imagens

Já nos séculos XIX e XX, a Medicina com suas observações clínicas e definições de normal e patológico, através do exame, contido nas anamneses, levariam aos diagnósticos, classificações e recomendações profiláticas, a chamada medicina higiênica ou eugênica).

Essa Medicina mais tarde instituiria a defesa das espécies e uma nova ordem social para os desvios da normalidade: as deficiências motoras e intelectuais que passariam, até hoje pelos processos de discriminação frutos de um movimento eugenista que passava a julgar os corpos e suas anomalias e fadá-los à exclusão social.

Conforme Paiva (2000), o cotidiano da mulher também foi apreendido pela medicina e sociedade, que, procuraram construir os papéis femininos tomando o seu corpo, família, filhos e a sua sexualidade, protagonizando-a em um cenário de violência que sofreram e que praticaram, por causa da sua suposta loucura, dos seus amores e dos seus sentimentos.

Não apenas os loucos, os leprosos e os deficientes, mas os criminosos, mendigos, pobres, escravos, homossexuais, lésbicas, mulheres e trabalhadores do sexo ainda são associados aos desregramentos, que produzem até hoje atitudes moralistas, disciplinadoras, racistas e intolerantes. Portanto, do corpo do índio ao corpo do trabalhador braçal, pobres, ignorantes e desclassificados foram sujeitos, no tempo e na história, a técnicas de controle de prevenção e recuperação de uma sociedade desigual que influenciou os discursos e cuidados com o corpo pelos profissionais da saúde.

### **A Genealogia e a formação do discurso pelas práticas não discursivas**

“A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados e várias vezes reescritos.”

Michel Foucault

Na perspectiva da genealogia, há um indispensável demorar-se; há de se marcar a singularidade dos acontecimentos; espreitá-los onde menos se esperava e naquilo que é tido como não possuindo história exigindo a minúcia do saber, um grande número de materiais acumulados, ela exige paciência (LOBO, 2008).

Esse método não pretende reproduzir histórias, mas apresentar lógicas que sustentem discursos e práticas. A autenticidade do discurso figura como uma estratégia política de não representação, deixando vazar discursos que falem por si. Muitas vezes, esse discurso coletivo poderá estar condenado ao anonimato, à repetição e ao descontínuo, porém fornece o diagrama que atravessa tanto as práticas como os discursos.

Faé (2004) descreve a busca pela genealogia da origem dos saberes, através dos fatores que interferem na sua emergência, permanência e adequação ao campo discursivo, como elementos incluídos em um dispositivo político, que abre as condições para que os sujeitos possam se constituir imersos em determinadas práticas discursivas.

Para Foucault (2013) a genealogia é meticulosa e pacientemente documentária. Trata-se de uma busca pelos sentidos, desejos, direção, ideias e lógica. Ela não traça apenas a lenta curva de uma evolução, mas reencontra, segundo o citado filósofo, as diferentes cenas em que eles desempenharam seus distintos papéis. A genealogia exige a minúcia do saber, a busca por aquele conhecimento acumulado, a essência exata da coisa, sua mais pura possibilidade, sua identidade cuidadosamente guardada em si mesma. É querer desvelar uma identidade primeira.

O genealogista parte à procura do começo e escuta profundamente a história para obter a apreensão do diferente, do começo de todas as coisas, lugar da verdade das coisas e do discurso. A própria verdade tem sua genealogia na história, onde ela própria põe em questão o erro ou a aparência. Foucault fala que a verdade deve ser buscada com toda meticulosidade, com atenção escrupulosa em seus caminhos.

Conforme Foucault (2013), a genealogia não pretende recuar no tempo para estabelecer uma grande continuidade para além da dispersão do esquecimento; sua tarefa não é mostrar que o passado está ainda ali simplesmente, bem vivo no presente, mas é situar os acidentes, os desvios, as falhas, os cálculos errôneos que fizeram nascer o que existe; é descobrir que, na raiz do que conhecemos e do que somos, não há absolutamente a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente. Procura a explicação dos fatores que interferem na emergência dos saberes, permanência e adequação ao campo discursivo, defendendo sua existência como elementos incluídos em um dispositivo político (FAÉ, 2004).

Daí ser a genealogia uma emergência de interpretações diferentes que a história de uma coisa traz na cadeia de seus signos. A genealogia não se propõe a fazer uma outra interpretação mas, sim, uma descrição da história das muitas interpretações que nos são contadas e que nos têm sido impostas (SILVA, 2008).

Em seus estudos genealógicos, Foucault foi levado a distinguir no poder uma situação central e periférica e um nível macro e micro de exercício, o que pretendia era detectar a existência e explicitar as características de relações de poder que se diferenciam do Estado e seus aparelhos (FOUCAULT, 2012).

A genealogia é considerada, segundo Faé (2004) uma atividade de investigação trabalhosa, que procura os indícios nos fatos desconsiderados, desvalorizados e mesmo apagados pelos procedimentos da história tradicional, na busca da confirmação de suas hipóteses. Ela busca estabelecer um estudo das relações de poder sobre o corpo, constituído numa prática social histórica. Esse poder surge com as punições desde a idade clássica se atualizando em cada espaço disciplinar que possuem uma estrutura que terão procedimentos próprios para disciplinar os corpos, como também compõem-se de relações que visam a submissão do corpo.

No estudo das marcas do saber e poder sobre o corpo se inserem os jogos de significações, a partir do discurso médico, as regras que fazem emergir o discurso sobre o corpo, seja ele psicológico ou sociológico e as técnicas utilizadas pelo sistema diretivo as quais visavam fazer agir uma “verdade produzida – a do outro”, e, também, visavam fazer agir o poder disciplinar do regime asilar no corpo do indivíduo (BOUYER, 2009).

Essas marcas do saber sujeito vão não apenas dar “corpo” ao saber médico, como permitir que o médico funcione na articulação da instituição com o indivíduo. A análise do saber, no método genealógico, jamais descarta os “saberes sujeitos”, mas, por sua vez, vai colocá-los no cerne da investigação histórica. Ou seja, o genealogista almeja desbravar o “saber sujeito”, soterrado nos porões da história convencional, contínua, regular, homogênea, para aí reencontrar o não convencional da história, as descontinuidades e rupturas, a irregularidade, as erupções na dispersão e na heterogeneidade dos acontecimentos e enunciados de um saber desnudado de traços ideais e finalísticos (BOUYER, 2009, p. 3).

Conforme Maia (2011), a genealogia do corpo passa pelas tecnologias do poder, postas em funcionamento pela emergência do Estado Nacional Europeu nos séculos XVI e XVII. Ele identificou e descreveu ao longo no período que vai de 1973 a 1978, o biopoder nas suas duas dimensões, por um lado, a administração parcelada dos corpos, revelada por uma anatomia política onde o corpo humano é tratado como máquina (em especial através dos mecanismos articulados pelo poder disciplinar), e por outro, a gestão global da vida, posta em funcionamento através de uma biopolítica da população, na qual o corpo humano é considerado como elemento de uma espécie (sofrendo a incidência, basicamente, das práticas de normalização).

Pesquisar a genealogia do corpo de indivíduos em situação de adoecimento, sua individualidade e diferenças, não com o mérito da cientificidade, mas de promover a visibilidade de um novo tipo de poder que ele representa, buscando o passado e articulando com os pontos de emergência do presente é intervir num campo em que os mecanismos normalizadores de dominação deste corpo estão presentes nas instituições que o cuidam e o tomam, tanto no âmbito do coletivo quanto individual, como um acontecimento e com sentidos atribuídos pela historicidade.

Lobo (2008) refere que não se deve negar a existência dos signos do corpo, mas desnaturalizá-los em seu caráter arraigadamente biológico, como se o corpo tivesse somente as leis de sua fisiologia e que, por isso, pudesse escapar à história.

Como qualquer marca na história de vida do sujeito, a doença não tem sentido para ele se não for reconhecida como parte essencial de si, pois ela lhe possibilita reconhecer a si mesmo. A doença não é o objeto, o doente sim. Este será constituinte de saberes sobre o seu corpo e sua enfermidade, pelas relações que estabelecem com seus cuidadores e que terão como experiência, a busca pela objetividade pura. O objetivo dessa experiência é fazer com que sujeito e objeto tendam a se transformarem um pelo outro, cada qual em relação ao outro e como função do outro.

Ao olhar da genealogia, o saber sobre o corpo e o cuidado em saúde constituem um conjunto de eventos e acontecimentos dispersos, que segundo Bouyer em 2009, esse olhar constitui-se um conjunto de acidentes e desvios, uma verdadeira luta entre a razão e a

desrazão no interior mesmo do espaço clínico, fazendo nascer o saber sobre o corpo e a doença. A verdade está na exterioridade do acidente, das técnicas e táticas do regime intitucional que abriga esse corpo, desvelando uma terapêutica que produza uma disciplina sobre o corpo.

A doença passa a ser o universo do doente e seus significados podem variar com o tempo e as circunstâncias. Os doentes portadores de doenças crônicas passam a se identificar, muitas vezes, pela condição patológica em que se encontram. Nessa perspectiva, o tratamento, muitas vezes, tentará reorganizar a identidade do sujeito, na medida em que este vai se apropriando dos saberes necessários para o seu cuidado.

O “paciente” toma a doença e o corpo para si, manifestando marcas no seu corpo que agregarão valores e comportamentos na confluência do tempo. Ou seja, doença e tempo se dirigirão ao mesmo ponto, reaparecendo novas formas de convívio na espera de um prognóstico favorável ou não à sua recuperação.

Durante o tratamento, o sujeito nunca será o mesmo porque a rotina diária ou intermitente dos cuidados revelará aos cuidadores e doentes novas formas de lidar com a condição, pois o corpo e o tempo se dinamizam pela relação que estabelecem entre si, pois cada acontecimento marcado pela sua história é o fio condutor que relaciona, interpreta, vive e cria nesse mundo.

Não existem verdades absolutas sobre o corpo saudável e doente. Nesse sentido, a genealogia não tende a julgar esse corpo, ou mesmo estabelecer critérios de verdade, mesmo provisoriamente universais. Os acontecimentos desse corpo serão para a genealogia, caráter único; suas rupturas, seus descontínuos, suas emergências, as novas figuras que entram em cena e as forças que o atravessam, ao longo de sua história, constituirão as múltiplas e impuras proveniências. O que marca o corpo são as estruturas sucessivas que o compõem, por isso, para a genealogia é preciso sempre recorrer às práticas dos discursos sobre o corpo. Esses discursos pelas práticas serão diversificados, mais ou menos metódicos e intencionais, envolvendo simultaneamente a ação e o pensamento nas práticas sobre esse corpo na constituição do sujeito.

O corpo não é o mesmo desde o surgimento das primeiras civilizações até a presente época, da tecnociência, que visa empreender nele espaços de produção, comercialização, disciplina e controle para a eficiência nessa era virtual. Esse corpo desprende-se da sua esfera física e mental e ocupará um novo espaço, uma nova identidade, que, ao mesmo tempo, assume um caráter individualista, se deseja compartilhar o mundo coletivo ilimitado e digitalizado para sua reafirmação. Falamos, então, da sua crise identitária

e a busca aparente das variações que escapam à dominação das forças que tentam fazê-lo resistir.

### **O corpo na genealogia de Michel Foucault**

A genealogia se relaciona com o corpo não apenas em sua inscrição biológica, mas nele se encontram inscritos os acontecimentos, a linguagem que o marca e as ideias que o dissolvem. O corpo é lugar da vontade, da fraqueza, do poder e do erro. É o corpo que sustenta, em sua vida e sua morte, em sua força e fraqueza, a sanção de qualquer verdade e de qualquer erro, tal como ele sustenta também, e inversamente, a origem – proveniência.

O corpo é transformado pela história, os vigores, os desejos, as contemplações, as imaginações devem aos estados de espíritos. O corpo – e tudo o que se refere ao corpo: alimentação, clima, o solo é o lugar da origem: no corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados, assim como dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros: nele se ligam e subitamente se exprimem uns e outros e prosseguem seu insuperável conflito (FOUCAULT, 2013, 280).

A articulação dos significados do corpo com a história imprime marcas que nele surgem, seus sentidos, as palavras que o definem como lugar de confronto, do bem e do mal, da saúde e da doença, de vida e morte e de relações de dominação vistos em cada momento da história. Cada lembrança é inscrita no corpo através da história e observa-se como o corpo, em toda sua trajetória, vivencia formas de regras, violência, consciência, moral e dever.

O corpo passa por uma situação de emergência de significações, de substituições, de reposições e de deslocamentos e de conquistas disfarçadas. Como interpretamos a origem do corpo e seus significados na história sem entrar no jogo do poder e da violência? Pode-se afirmar que o corpo passa por um sistema de regras, impondo-lhe sempre uma direção, dobrá-lo a uma nova vontade? O corpo está sempre submetido a novas dominações?

A genealogia do corpo segundo Foucault, deve ser a história dos seus conceitos, da sua moral, de suas regras e liberdade. Ele é dominado por uma série de regimes que o constroem. É transformado por ações externas e internas.

Pensar o corpo é desenvolver processos de subjetivação que incluem a relação com o outro e, desta relação, nascem as representações alimentadas pela construção e desconstrução destas imagens subjetivadas. O corpo se traduz em um símbolo, este não é parte do sujeito, ele é o próprio sujeito. Nele estão inscritas suas memórias e experiências que introduzem o indivíduo no universo. O tratamento ofertado a este corpo dependerá das experiências vivenciadas e irão caracterizá-lo como órgão periférico ou totalitário.

Em que lugar situamos o nosso corpo? Que saberes do corpo perpassam pelo sujeito social? Como tem sido o enfrentamento do corpo frente às crises impostas pela

modernidade? Quais formas de resiliência o corpo utiliza diante das transformações culturais impostas pela sociedade?

Tendo em vista que a satisfação das necessidades orgânicas ou básicas do homem e da raça é um conjunto de condições impostas a cada cultura, e que tais obrigações impõem ao corpo novas ressignificações, diante das tentativas de criar condições básicas para a satisfação cultural que, conforme Malinowski (1975), podem ser vinculadas à necessidade de sobrevivência, o que imprime uma marca no ambiente.

Portanto, os signos do corpo são determinados pela atividade humana, o que o faz construir a sua própria história. Todo corpo tem sua história, e não pode ser considerado como imutável e sim encarado como uma construção cultural, sujeito a variações, tanto no tempo quanto no espaço.

A realidade do corpo perpassa pela sua constituição social, histórica, cultural, biológica e antropológica. Ele pode ser compreendido sob a ótica dos diversos saberes, e a ideia é extrair destas disciplinas as diferenças dos olhares, mas também o compartilhamento de seus juízos, a fim de explicar as suas convergências.

O corpo é o suporte material, o operador de todas as práticas históricas, sociais e culturais e, sobretudo de trocas entre os atores. É negligenciado por sua condição de carne e assume o pesar pela doença, muitas vezes única forma de afirmar sua existência. A doença nos faz refletir acerca da sua essência? O preço desta condição leva ao indivíduo ressignificar suas formas de apreender o mundo em condições de vulnerabilidade psíquica e constituir novas formas de corporeidade.

O adoecimento resgata a memória e história do sujeito para o desenvolvimento dos processos de subjetivação que irão definir as marcas de sua singularidade, seu modo de existir, o enfrentamento da enfermidade exigindo uma constante organização que remeta ao aparelho biológico e psíquico, o que leva a novas possibilidades para a compreensão da finitude. A doença impõe ao sujeito a consciência de descontinuidade. Neste sentido, o que se propõe é uma história do sujeito na sua relação com o mundo vivido.

A crise do corpo é a crise da sua história. O saber sobre o corpo na construção Foucaultiana refere o saber, o poder e a constituição de si e emerge como a tripla raiz de uma problematização do pensamento. O corpo enfrenta posições que o diferenciam em sua temporalidade, espacialidade onde sujeitos e sociedade, atravessados pelas práticas discursivas, se transformam na continuidade um do outro.

O discurso do corpo expede ao que Foucault (1996) refere, que nós somos remetidos, a todo momento, a uma complexa relação entre a realidade e o signo, não sendo este último apenas expressão simbólica da primeira, mas a própria; ou melhor, a primeira



entra em uma relação de derivação quanto ao enunciado que lhe produz. O discurso, portanto, não existe em outra dimensão senão a do real, já que é no campo dos enunciados que toda realidade se manifesta.

Assim como toda sociedade, o corpo engendra discursos, a partir da sua produção controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos, que têm por função, evitar seus poderes e perigos. A genealogia busca a origem dos saberes do corpo.

Foucault entende a genealogia como uma atividade de investigação trabalhosa, que procura os indícios nos fatos desconsiderados, desvalorizados e mesmo apagados pelos procedimentos da história tradicional, na busca da confirmação de suas hipóteses (FAÉ, 2004).

Conforme Foucault (1993), a genealogia escuta a história, prestando atenção a seus acasos e suas descontinuidades, pois se há algo a decifrar, algum segredo a desvendar, é que as coisas não têm essência, ou melhor, a suposta essência foi deliberadamente construída, a partir de situações específicas contextualizadas histórica e socialmente. A genealogia ou a análise da proveniência está no ponto de articulação do corpo com a história.

Segundo Foucault (2000) a parte genealógica se detém na análise da formação efetiva do discurso e busca entendê-lo em seu poder de constituir domínios de objetos, através dos quais se poderiam afirmar ou negar proposições verdadeiras ou falsas; enfim, é a tática que, partindo da discursividade local, ativa os vários saberes através da crítica à sujeição que ali emerge.

Uma história do corpo deveria se preocupar com as experiências dos sujeitos. Na escrita desta história deve ser dada importância à vida cotidiana; esta inclui ações, atitudes e relações com as mudanças, e o desafio é mostrar como este cotidiano influencia os modos de subjetivação que atravessam e atualizam os saberes e as relações de poder que se inscrevem no corpo, sua preocupação com o mundo vivido, os valores, experiências e comportamentos.

Ao pretendermos formular uma genealogia do corpo bem como das implicações subjetivas das práticas integradas do cuidado, implica analisarmos este corpo submetido às formas de poder, à submissão de regras e aos espaços de possibilidade para que o sujeito se submeta aos códigos de conduta.

O espaço curativo coincide com o espaço social, atravessando-o e penetrando inteiramente. Os olhares clínicos formam uma rede e exercem, em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel e diferenciada, pois que se deseja é um controle da saúde, da doença e morte. A melhor maneira de propagar a saúde é difundir a medicina. O saber clínico não se constitui um saber destinado ao jardim

patológico (FOUCAULT, 2011), mas uma consciência generalizada de que o corpo individual e coletivo necessita de um conhecimento que se desenvolve para além dos saberes biológicos, mas diante de uma discussão comparada sobre as diversas áreas de representação do corpo.

Quando a medicina, por exemplo, com o nascimento da psiquiatria, inicia um controle do louco, ela cria o hospício, um espaço para se apropriar da sua especificidade, controlando tempo e espaço através do trabalho e vigilância dos olhares dos profissionais, extraindo da sua prática ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico para tornar o corpo útil e dócil. Essas técnicas não se constituem como técnicas repressivas, elas são tecnologias utilizadas pelos indivíduos para produção de poder e saber.

O adestramento do corpo, a apropriação da doença, suas causas e consequências, a educação do gesto, das atitudes e comportamentos, a normalização do prazer, o discurso fazem segundo Foucault (2012), com que apareça o homem como figura individualizada para produção do poder e saber.

Não se pretende, na genealogia de Michel Foucault, massificar o corpo e sim individualizá-lo, a partir da instauração de relações disciplinares de poder e seus importantes dispositivos de individualização que o adestrarão. O que se pretende é fabricar o indivíduo e não destruí-lo.

O esforço genealógico, por conhecer o “saber” sobre o corpo em sua possível envergadura científica, mostra que o discurso da saúde atrelado ao saber da instituição não possui esta ossatura de racionalidade científica. Suas proposições e enunciados não derivaram de algo como aquilo que as atuais ciências (numa certa “*epistème*” e sob um dado “*cogitatum*” científicos...) conhecem por verificações e demonstrações.

O que fez a genealogia foi considerar o saber, compreendido como materialidade, prática, acontecimento, peça de um dispositivo político que, como tal, se articula com a estrutura econômica. Mais especificamente, a questão foi a de como se formaram domínios de saber, a partir de práticas políticas disciplinares. Todo saber é político servindo como instrumento de dominação, pois todo saber tem sua gênese em relações de poder.

A história genealógica dos saberes sobre o corpo e a doença é uma história de poder sujeição, dominação e disciplina no espaço de práticas nas instituições. Corpo sujeito ao poder disciplinar, ao regime asilar, ao sistema diretivo com seus jogos de forças, e emergência de um novo indivíduo cuja vontade é reprimida e dominada pela vontade do outro. Portanto, como o princípio da autonomia transita nos espaços de poder e saber sobre esse corpo, interferido pelas relações?

As relações humanas são permeadas pelo poder, uma mistura heterogênea da opressão versus produção, disseminando-se no âmbito social, imposto por intermédio da disciplina, da tecnologia, e demais formas de instrumentalização, gerando um confinamento do indivíduo, que não consegue se insurgir diante da complexidade sistêmica do poder.

Não se pode limitar ao nível do discurso para dar conta da questão da formação histórica da Fisioterapia e o cuidado com o corpo. É preciso centrar-se nos espaços institucionais de controle do corpo, que percorre, desde a Antiguidade, uma diversidade de discursos teóricos sobre ele. Discursos esses articulados em várias instâncias, sociais, políticas, econômicas, sociais, a família, igreja e justiça; modificados pelo tempo, pelos objetos, conceitos e métodos diversificados que compõem a história da medicina, anterior ao nascimento da Fisioterapia, mais explicitamente através de seus princípios de organização.

Segundo Foucault (2012), na comparação entre a medicina clássica e moderna, a primeira se funde na história natural da doença (medicina grega social), enquanto a segunda encontra seus princípios na anatomia clínica (medicina moderna – economia capitalista) se apropriando das esferas micro e microbiológicas do corpo e que ignora as dimensões global e coletiva da sociedade. Porém, nas análises de Foucault, observa-se que, com o capitalismo desenvolvido em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou-se um primeiro objeto que foi o corpo, enquanto força de produção e de trabalho. Ou seja, a sociedade capitalista investindo sobre ele.

O olhar da medicina social sobre os corpos, nessa época, percorreu três etapas: medicina do Estado, na Alemanha, com um sistema de observação da morbidade, controle na formação do médico e de suas práticas e a incorporação da gestão em saúde. A medicina voltada para um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização, na França. A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, tendo a higiene pública uma variação sofisticada da quarentena, tal fenômeno também foi incorporado no Brasil, sobretudo no final do século XVIII e, por último, a medicina dos pobres, na Inglaterra, da força de trabalho, pois, antes a pobreza não se vinculava a perigo, mas no século XIX, com a Revolução Francesa, a população numerosa tornou-se uma força política e as grandes epidemias cristalizaram-se em torno da população proletária. Enquanto na Alemanha favorecia o aparecimento de uma medicina de Estado, na Inglaterra, uma medicina essencialmente de controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosa às classes mais ricas.

A Fisioterapia, oriunda da medicina, nasce em torno desse espaço que se configura pela regência dos indivíduos, durante o período de industrialização que impactou o processo produtivo, repercutindo nas esferas econômicas e sociais. A busca pela esfera

assistencial pública e privada, preocupada com intercorrências gerais no âmbito da prevenção das doenças, com formas de poder que possibilitavam um esquadramento médico. Um controle médico que favorecia, principalmente, a assistência à classe pobre para a proteção aos mais abastados social e economicamente.

O controle disciplinar pela saúde e, em especial, da Fisioterapia, não consistia simplesmente em ensinar ou impor uma série de gestos definidos; impõe a melhor relação entre o gesto e a atitude global do corpo para uma condição de eficácia e mobilidade, pois nada no corpo deve ficar ocioso e inútil. A reabilitação do corpo favorecia uma leitura do curso das incapacidades, impostas pela situação de adoecimento, assumindo feições mais ou menos previsíveis para o profissional que não diz muito à experiência humana, intrinsecamente subjetiva. O que se pretendia era quantificar as capacidades corporais para o aperfeiçoamento do homem produtivo.

### **Saúde e doença: o corpo entre o normal e o patológico**

Nessa seção, apresentam-se os principais conceitos teóricos sobre o corpo transitando entre o estado de saúde e na vivência do adoecimento e a problematização da noção de cuidado de si e para com os outros, postulados em Michel Foucault, para a compreensão das práticas de saúde como categoria genealógica.

O processo de compreensão e aceitação do adoecimento apresenta fases em que o indivíduo identifica-se como: “estou-doente”, “sou-doente” e “sou paciente”. O “estou-doente” possui um sentido abrangente da consciência de sentir-se mal, que se confirma no “sou-doente” que, por sua vez, caracteriza-se pela impossibilidade da produção/criação, o que torna o indivíduo “sujeito-da-doença” (GARCIA et al., 2005, p.2).

O sujeito percebe a doença por meio dos sinais e sintomas, e a partir desse momento, transformações físicas e psíquicas ocorrem, como também através do diálogo com o paciente, percebemos que representações da doença são evidenciadas na explicação do processo do adoecimento. Enquanto a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio, tal conceito passa a ser diferente para cada indivíduo quando são levados em conta o caráter de transição epidemiológica e a interação do indivíduo com o meio ambiente.

A influência da determinação social no processo de adoecimento parte do pressuposto de que a saúde é um fenômeno social e humano, considerando os indivíduos nas dimensões de seus processos sociais e históricos, na expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, relacionadas com a história e a práxis

humana, isto é, com os espaços de liberdade dos indivíduos e da coletividade (BARBOSA; COSTA, 2013).

Segundo Canguilhem (2012), o ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O ser humano vive em um mundo de acidentes possíveis e as transformações ambientais ocasionadas pela necessidade do homem para sobreviver custaram preços altos para o setor de saúde.

A saúde como qualidade de vida é condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, tais aspectos surgiram com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986.

Segundo Backes *et al.*, em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu como um completo bem-estar físico, social e mental e, não apenas, ausência de doenças; este conceito evoluiu, pois saúde, em sua concepção ampliada, é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986 (BRASIL, 1986).

Portanto, quando avaliamos o ser humano, identificamos que os estados de normalidade oscilam conforme a interferência de inúmeras variáveis, tais como: situações de descanso, de exercícios, relacionadas à idade, ao sexo, à raça, à cultura, ao ambiente, entre tantas outras variáveis possíveis de serem vivenciadas (BACKES *et al.*, 2008).

Tais conceitos evoluíram ao longo da história e transitaram pelas causas místicas, com o uso de terapêuticas mágicas, passando pelo valor da Filosofia das Luzes e do Positivismo, mesmo com tendências ao cientismo até a chegada da medicina, baseada em evidências, reafirmando a importância de não se confundir a doença com o pecado nem com o demônio. A doença, com suas dolorosas consequências, seria obra de algum espírito, cuja ira importaria aplacar com os sacrifícios, ou seria obra de algum inimigo, dotado de poderes especiais, cuja animosidade haveria de ser combatida por meio de sortilégios.

Hipócrates dotado de uma observação rigorosa sobre o corpo humano, descreveu diversas doenças a partir de suas causas naturais e não místicas:

Na época de Hipócrates, a Natureza era contemplada como combinação de quatro elementos: terra, água, ar e fogo. Na dependência das proporções em que compareciam, esses elementos delineavam as propriedades dos objetos: o seco, o úmido, o quente e o frio. Hipócrates associa os quatro elementos a quatro "humores" do corpo humano: o sangue, o "*phlegma*", a bile amarela e a bile negra. As proporções em que comparecessem delinearão correspondentes atributos dos seres humanos - a que se associariam os males e a ação dos medicamentos. A saúde resultaria de equilíbrio ("crase") dos elementos; a doença dever-se-ia ao

desequilíbrio ("discrase") dos mesmos elementos (HENGENBERG, 1998, pp. 20-21).

Galeno, até o final do século XVIII, introduz o estudo da doença pela ação dos humores ou pneumas, considerados espíritos vitais, pois havia interação entre o ar respirado e o sangue arterial e venoso. O desequilíbrio desses "humores" ocasionava as doenças. Durante a Idade Média houve uma preocupação com a higiene e, como os romanos se interessaram pela engenharia, começaram a construir aquedutos.

As teorias de Galeno, Aristóteles e Hipócrates foram questionadas, pois com a transformação do mundo medieval, a civilização ocidental passou a usufruir dos conhecimentos mais consistentes sobre o corpo humano e suas anomalias (Figura 7). Percebe-se que o conhecimento mais aprofundado sobre o funcionamento do corpo contribuía para o aperfeiçoamento e modificação das teorias propostas por esses filósofos gregos, entre a Idade Média e o Renascimento.



Figura 7: O corpo representado em esculturas gregas/ Fonte: Google Imagens

Com o Renascimento (final do século XV ao início do XVI), ocorreu uma queda gradativa do poder e da influência, exercidos pela Igreja Católica, em todos os âmbitos da sociedade, sendo possível notar grandes transformações do conceito de saúde e doença, realidade da época.

Tomando como base o paradigma conceitual - saúde e doença, Descartes (século XVII) desenvolveu o dualismo mente e corpo, passando a encarar o corpo como uma máquina, o qual poderia ser explorado e estudado (paradigma mecanicista). Essa visão quebrou a concepção predominante na Idade Média, do corpo como algo sagrado e inviolável, por ser considerado o "depósito" da alma.

No âmbito dessa nova concepção, ganha força a interpretação do sinal físico, ou seja, do sintoma, sendo desenvolvido todo um sistema de classificação das doenças de uma

forma ordenada e sistematizada. A doença passou a ser identificada a partir de uma realidade concreta e começou a ser localizada no corpo, sendo evidenciada a partir da lesão anatômica (PRATA; SANTOS, 2009). A ruptura do corpo e da mente foi muito forte dentro do programa de burocratização imposto pela Revolução Industrial (Século XVIII), onde a saúde e a medicina foram separadas acompanhando também o processo de cisão do corpo e mente.

Durante a Idade Moderna, introduzem-se termos de classificação das doenças pela introdução da Anatomia Patológica e Comparada no século XIX. Esse agrupamento de doenças fortaleceu o pensamento classificatório, onde a doença só existe na medida em que ele a constitui como natureza. A ideia de estudar funções e órgãos levou a amplo exame do diagnóstico estabelecido com base em alterações físicas e químicas provocadas pelas doenças. Foucault (2011) refere aos nossos olhos o corpo humano, constituído por direito de natureza como um espaço de origem e repartição da doença; cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia do corpo apresentada à doença e que irá constituir o espaço para a mesma.

A ciência positivista, no século XIX, levou a uma nova concepção de saúde e doença, uma vez que a medicina incorporou o conceito de função, desenvolvendo, a partir desse, a visão de saúde como um processo.

No século XX, falar sobre saúde e doença era tomar como referencial o modelo biomédico. Isso porque o biologismo e o mecanicismo predominantes no modelo biomédico, bem como a acentuada especialização e tecnificação existentes, apresentaram impactos diretos no que diz respeito à compreensão do processo saúde-doença e à prática realizada junto ao paciente (PRATA; SANTOS, 2009).

A doença como foco de interesse, tratada por suas causas objetivas e reduzindo o processo de adoecimento às causas puramente orgânicas, levou à orientação nas formas de ensino sobre ela e o corpo reforçado pelo poder econômico e produtivo da época.

O conceito de doença é o traço de união entre pensamento e ação, à beira do leito do enfermo. Esse conceito organiza as ideias recolhidas nas concretas investigações e estabelece alicerces em que se assenta cada fase da atividade médica; a ele cabe tornar inteligíveis as transformações que ocorrem no paciente, fundamentando, assim, eventuais indicações terapêuticas. O conceito de doença possibilita a ação médica.

Com a redefinição do processo saúde e doença (metade do século XX), a partir dos questionamentos sobre fatores, como mudanças demográficas e epidemiológicas, excessiva medicalização, desproporção crescente entre custo e qualidade de vida da população, inacessibilidade do serviço, incorporação tecnológica descontrolada, urbanização, além de falhas desse modelo em explicar de uma forma abrangente os conceitos de saúde e

doença, a noção de que a primeira não é o contraditório de doença, ela é algo mais amplo de ser tratado e ,quando se discute o binômio saúde/doença é essencial que ele seja encarado como processo, como algo dinâmico que se manifesta em qualquer ambiente, sob a presença de diversos fatores inerentes à própria condição humana.

O que se pretende demonstrar é que a ação do homem sobre o meio e sobre ele mesmo, altera qualitativa e quantitativamente o estado da doença. Nesse ponto de vista, é absolutamente ilegítimo sustentar que o estado patológico é real e simplesmente a variação do estado fisiológico. Normal e patológico não tem sentido no nível em que o objeto biológico é decomposto em equilíbrios coloidais e soluções ionizadas. A ampliação do conceito de saúde e doença está ligada por todos os intermediários que se tornam homogêneos, mas que não se confundem nas diferenças. A individualidade de cada ser vivo está no afastamento do modelo de norma biométrica, pois nem todo desvio é considerado como anormal. A norma e a média biométrica dos indivíduos se constituem resultantes de um cálculo estatístico, onde o corpo e suas variantes estruturais e de função são classificados dentro de um padrão de cálculos de médias.

E, quanto às questões ambientais e psíquicas? Estas podem ser classificadas em médias e desvio padrão, assim como a média de frequência cardíaca e respiratória para mulheres e homens sadios? Mesmo sabendo da inegável relação que existe entre os fenômenos saúde/doença e os fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais?

Tomando em consideração as doenças que caracterizaram todo o século XX e que trouxemos como herança para o século XXI, temos ideia da degenerescência dos organismos que as transportam e do grau das neuroses que elas acarretam, ou seja, vivenciamos um período da história da humanidade onde o risco da falência orgânica, do contágio e da contaminação são uma constante. Dada a gravidade do caso, ao se referirem ao corpo, os discursos proferidos estão frequentemente voltados e atentos para os perigos que representam... Assim, conotar saúde enquanto condição de estado de não doença, ou mesmo da ausência de doenças, tem sido uma constante, revelando a dificuldade que os próprios sujeitos encontram para a expressão do seu corpo sentido/pensado (CHAMNÉ, 2008, p. 5-6).

A saúde é um fenômeno multidimensional influenciando na atenção à saúde do homem nos diferentes ciclos de vida. Há uma transformação na relação clínica do paciente e do profissional da saúde, principalmente pelo tempo de intervenção. Hão de se desenvolver vínculos, necessidades e novos valores sobre a doença e sua cura. Daí a importância de se entender as subjetivações no palco onde encenam o corpo, a doença e a díade sujeito e cuidador, pois, ainda que tenham a mesma origem social e cultural, veem a má saúde de formas muito diferentes; portanto, o problema é assegurar alguma comunicação durante a relação de cuidado.



De acordo com Helman (2009) a doença, na perspectiva do profissional de saúde, é vista como uma “subcultura” de cura, com sua própria visão de mundo. No processo de formação, o estudante sofre um processo de aculturação com um papel legitimado de agente de cura, que comporta conhecimentos baseados em evidências, além de algumas premissas básicas: abordagem central humanitária com ênfase nas medidas objetivas e numéricas, dualismo corpo-mente, visão das doenças como entidades, reducionismo biológico e ênfase no paciente individual, e não na família e comunidade, do ponto de vista da saúde coletiva.

A decisão clínica funcional de um problema de saúde baseia-se, em grande parte, nas alterações físicas que podem ser quantificadas em relação às medidas fisiológicas “normais”. Tais disfunções são vistas com uma “personalidade própria de sintomas e sinais.” Estes signos devem ser interpretados com precisão para decidir quais métodos de tratamento serão vantajosos ou não para o doente. É preciso obter poder sobre a doença, a partir do estudo científico dos seus sinais e sintomas. Ou seja, tornar-se senhor dos seus doentes e de suas afecções.

É preciso, também, adivinhar as necessidades dos doentes, seus caprichos e dirigir sua vontade, não como tirano cruel, conforme menciona Foucault em 2011.

Adoecer significa deixar de lado as atividades antes desenvolvidas. Os costumes e hábitos são modificados e o doente se sacrifica em aceitá-los. Em alguns casos percebe-se a negação da própria doença, pois, de acordo com Sousa (2001), a doença é um mal que deve ser evitado, pois simboliza impureza adquirida como resultado de uma conduta irregular. A doença passa a ser não somente um mal do corpo, mas também da alma. Foucault (2011, p. 107) em seu livro “História da Sexualidade – o cuidado de si” enfatiza:

Os elementos do meio são percebidos como portadores de efeitos positivos ou negativos para a saúde; entre o indivíduo e o que o envolve, supõe-se toda uma trama de interferências que fazem que tal disposição, tal acontecimento, tal mudança nas coisas, irão induzir efeitos mórbidos no corpo; e que, inversamente, tal constituição frágil do corpo será favorecida ou desfavorecida por tal circunstância.

De acordo com o filósofo, o corpo é uma série de compartimentos, assim como uma casa e seus cômodos, que podem ser viáveis à obtenção de determinadas enfermidades. Caso estes compartimentos sejam nocivos ou benfazejos, assim como o corpo, este poderá estar apropriado para a manifestação de muitas enfermidades. Cabe ao indivíduo se apropriar do cuidado consigo através da atenção dispensada. Ou seja, a pessoa deverá se manter em estado de contínua vigilância para obtenção de modelos de cuidados em saúde.

A doença é para o indivíduo um momento catastrófico pelas anomalias que ela o acomete. O portador de uma disfunção motora apresenta defeitos nas suas estruturas físicas,

funcionais, mas também no desenvolvimento de suas atividades e participação social. A funcionalidade e incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões e distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais). Essa proposta tende a classificar desordens e condições de saúde de maneira universal, o que possibilita o entendimento dos fatores biológicos e sociais, refinando a análise da relação entre a deficiência e incapacidade, a partir da percepção do corpo como fenômeno biológico e produção social (SAMPAIO; LUZ, 2009).

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista com transmissão de receitas sem bases científicas. A doença era vista em torno de suas crises que afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo. A cura da doença era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Essa cura era trabalhada na relação médico e doente, pois no Século XVII, o hospital era um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, mas fomentava efeitos negativos por suas desordens (doenças que ele poderia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade; fora a desordem econômica-social que ela acarretava. Daí o uso da disciplina no Século XVIII, como técnica do exercício do poder elaborada a partir dos mosteiros, escravidão, Legião Romana para tornar os hospitais militares e marítimos reorganizados devido às inúmeras desordens que apresentavam. Portanto, a doença e sua incapacidade mental ou física significava para o indivíduo e seus cuidadores, personagens ideais do hospital até o Século XVIII, um caminho para a própria salvação. Observa-se uma relação entre a religião e o adoecimento, apesar de preocupações como higienização, cuidados terapêuticos, taxa de mortalidade e ambiente.

No Século XIX, houve uma preocupação com as epidemias, e razões econômicas contribuíram para uma transformação do saber médico, no qual se concebia a doença como uma natureza devido a uma ação particular do meio sobre o indivíduo, onde a medicalização favorece o desenvolvimento da tomada de poder pelo médico que caracteriza o hospital como local de produção de saber, organizado como espaço de formação e transmissão de saber, mas também com a sua disciplinarização (clínica).

Nesse espaço o doente emerge como objeto do saber e da prática médica, alvo da investigação e intervenção médica, graças à tecnologia hospitalar. Porém, outros fatores como qualidade de vida e questões subjetivas do adoecer foram considerados apenas na metade do século XX.

No que concerne à deficiência, as questões que envolvem qualidade de vida, enquanto percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos; expectativas, padrões e

preocupações deverão pautar-se nas subjetivações desse sujeito, entendendo, que perpassaram pelo sentido histórico dessa condição, sentimentos de medo, desprezo, destruição, e que foram paulatinamente se convertendo em dó, piedade, aceitação neutra, assistencialismo e tolerância neutra. Hoje, ainda se busca o sentimento do respeito ativo à diversidade, da compreensão, da aceitação e tolerância também ativas. Porém,

uma vez que se compreende a qualidade de vida como fenômeno que se constrói nas relações (intrapessoal, interpessoal e intragrupos), e visualizando o lento processo de reconhecimento como pessoa, porque passaram aquelas com uma condição de deficiência, pelas sem uma condição de deficiência aparente, é forçoso reconhecer que ainda estão prejudicados (SILVA; ARAÚJO, 2010, p. 56).

Quando o doente vivencia o diagnóstico da sua doença que o incapacita, no início, há uma sobressignificação desse corpo que, em nossa sociedade, configura-se como uma representação provisória (LE BRETON, 2013). A pessoa tende a perceber o corpo doente como um objeto transitório e o tratamento tende a isolar esse corpo do sujeito.

A intenção é romper com a dicotomia enraizada culturalmente na sociedade, cujas patologias mentais eram dissociadas dos estados biológicos e sociais do sujeito. O ser humano passa a ser pensado na sua integralidade, não apenas como corpo físico depositário das patologias orgânicas, sem a contextualização do adoecer ou, ao contrário, como mente dissociada das condições de produção da existência (JORGE; BEZERRA, 2004).

O corpo transita norteando-se entre a saúde e doença, seus determinantes não serão ditados pela exclusividade do acometimento biológico, mas também pelas condições culturais e simbólicas que configuram sua ampla e complexa identidade.

### **O contexto doença e a exclusão social**

O contexto em que acontece a doença, as suas experiências de vida, as suas relações sociais, a sua bagagem de conhecimento, a sua orientação de vida, as suas crenças e seus valores pessoais, ou seja, o conhecimento do senso comum afeta o significado do adoecer (MARUYAMA; ZAGO, 2005, p. 217).

O indivíduo passa por um processo de construção dos significados da doença e usará as próprias experiências de vida para fundamentar e equilibrar a relação com a sua doença.

Segundo Helman (2009), os significados dados aos sintomas e sua resposta emocional a eles são influenciados pela sua própria origem e personalidade, bem como pelo contexto cultural, social e econômico, onde os sintomas surgem. Os sintomas podem ser interpretados de maneira diferente, a depender do contexto que o sujeito vive. A perturbação que a doença causa é um conceito mais amplo, embora mais difuso do que a própria

enfermidade, devendo ser compreendida pela interpretação que o paciente faz de seus problemas de saúde, seu sofrimento e de como se responde a ele.

A perturbação é uma resposta subjetiva da doença. Refere-se, também, como o paciente interpreta a origem e o significado desse evento, como ela afeta seu comportamento e das pessoas ao seu lado. Assim como os caminhos para a sua remediação.

Quando existe uma condição que o incapacita permanentemente, esta aumenta a situação de vulnerabilidade social do doente, o que designará aos familiares e cuidadores um forte e contínuo apoio para otimizar a sua qualidade de vida. Observa-se, muitas vezes, carência de apoio familiar e institucional.

A situação de exclusão social ou mesmo isolamento imposta pelo adoecimento expressa uma verdadeira mutilação da funcionalidade, onde o indivíduo deixa de lado sua condição de exercer suas atividades e participação social. Todas as culturas excluem pensamentos e comportamentos insanos.

Existem diferentes dimensões de exclusão, como a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento.

Tais dimensões reforçam que o doente precisa ser afastado da sociedade e mantido sob o cuidado de quem sabe cuidar e tem responsabilidade, “os especialistas” e a família, retirando do doente a sua capacidade de se cuidar e de exercer sua cidadania. Essas representações criam uma lógica que seria cuidar/proteger/tratar/hospitalizar, o que termina por sustentar a exclusão (MACIEL *et al.*, 2008).

O maior ou menor grau de exclusão social, representado pela inserção e ressonância participativa do sujeito no tratamento, refere-se à desigual realidade em que vive, enquanto um sujeito, portador de um corpo adoecido, considerado sem saber e sem poder. Portanto, o princípio de autonomia e co-participação nos cuidados com a sua saúde não se revelam na experiência de ser/estar doente.

Para o profissional de saúde compreender a doença é situar-se nela. O processo de cura do doente pressupõe uma constante atualização de saberes, visando abranger todas as dimensões do processo “existência”. Pressupostos perpassam toda nossa conduta, evidenciando que o saber não pode ser compreendido como uma área de conhecimento fechada, tais como a compreensão de que o homem é sujeito circunstanciado, que conhece, pensa, age e busca no mundo e com o mundo, e a desconstrução de verdades absolutas e a existência de interdependência entre fenômenos.

Compreender a doença como um processo de aproximação da finitude humana gera inúmeras possibilidades de reflexões e serve como meio imprescindível para o estabelecimento de um tratamento eficaz, centralizado no paciente como pessoa. É, portanto, necessário buscar conhecimentos para que se tome consciência das questões acerca da gênese das doenças, pois a postura indiferente à questão humana só salienta um profissional descomprometido com o momento de profunda crise do doente (ARRUDA, 2005, p. 2).

Em situações que o próprio indivíduo exclui a doença observamos o quanto é expressiva a descrição do corpo em pacientes mutilados que sofreram traumatismos. Por exemplo, no momento inicial, as pessoas precisam negar a própria condição para lançarem estratégias de sobrevivência, pois, na ocasião em que desvinculam a doença do corpo e do espírito na condição de negação desta, o paciente tenta superar o terror da morte ou a ideia de incapacidade permanente.

Segundo Salim (2003), a exclusão do doente da sociedade implica uma ruptura de vida e exigirá uma desconstrução de valores e hábitos. Ou seja, uma ressocialização do doente às novas condições, principalmente se for uma doença crônica e incapacitante, para uma redefinição de seus projetos de vida.

As doenças que incapacitam causam um forte impacto social, pela qualidade de vida negada, uma vez que os incapacitados por essas doenças crônicas, majoritariamente jovens e mulheres, situando-se nas faixas etárias mais produtivas do ciclo de vida, se veem, pela invalidez ou aposentadoria precoce, sem o referencial de vida que a sociabilidade pelo trabalho, em tese, representaria para eles ante a impossibilidade da doença ocupacional.

A redefinição de papéis na construção de um cuidado mais contingente, individualizado, onde o cuidador possa percorrer sua prática clínica voltada às relações, ressignificando e transformando suas ações na assistência ao doente e, sobretudo, na percepção do corpo e do adoecer. Os cuidados em saúde devem ultrapassar o significado biológico da doença. Os profissionais, que lidam com doentes graves necessitam muito mais do que um olhar para o corpo visceral e fragilizado fisicamente. Estes deverão inserir nas suas práticas o desejo do cuidado, ou seja, incitar no outro o “cuidar de si”.

Como propõe Foucault (2004) o cuidado de si implica o desejo de uma transformação contínua destinada a uma avaliação do que seria melhor ser feito e/ou dito, em função das peculiaridades de cada circunstância. Para o filósofo, quando os gregos preconizavam o cuidado de si, na verdade referiam-se ao cuidado da alma como espaço para o pensamento, para a reflexão, para o diálogo e para o encontro com o outro (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011). Portanto, é preciso ocupar-se com o próprio corpo, este sendo objeto de profunda preocupação devendo se complementar com a alma para alcançarmos o bem estar no mundo.

O corpo não é um objeto, é, sim, uma vivência. O corpo e a alma não são separados, mas são uma unidade, pois a consciência não tem autonomia em relação ao corpo. Assim, como totalidade, o corpo é a própria expressão do ser-no-mundo. Desta forma, o corpo habita o mundo, apóia-se em experiências, não sendo, portanto, um corpo morto, um objeto. O corpo é uma complexidade de dialéticas como sujeito/objeto, vivente/vivido, tocante/tocado, num movimento incessante (ARRUDA, 2005, p.5-6).

A doença implica uma perda para o doente e um novo jeito de lidar e perceber esse corpo, surgindo os esquemas de adaptação. A morte é pensada numa perspectiva de desequilíbrio e a iminência de fracasso da cura. O sujeito deve se apoiar em alguém que o ajude a encontrar o significado para a sua doença. A distância entre o profissional e o doente, causada pela neutralidade tecnicista, causa autoexclusão numa sociedade intolerante. A ressignificação da doença deve pautar-se na busca pelo empoderamento e resiliência do paciente à procura de um protagonismo no palco do adoecimento.

### **O doente e seu universo na perspectiva do cuidador**

O *logos* médico é desses, ditando a cada instante o bom regime da vida. (FOUCAULT, 2011)

A noção de cuidado de si fundamentada no grego pela ideia de *epimeleia heautou*. Era considerada uma atitude geral, uma forma de atenção ou de algumas ações pelas quais nós, como seres humanos, nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos. Tais preceitos e práticas eram exercitados para definirem os destinos da história, do pensamento e das representações do espírito (WANZELER, 2011).

Essa filosofia consagrada por Sócrates passou a ser a “arte da existência”. O fato de ocupar-se consigo mesmo impregnou novas formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; e constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT, 2011, p.50).

Nessa relação consigo mesmo estabeleceram-se formas e modalidades. Ou seja, como o sujeito se constituía em si mesmo, discorrendo entre a subjetividade e a verdade. Além disso, permeava nessa relação a busca pela moral, em meio as práticas de renúncia e de desprendimento dos prazeres.

Ao voltar-se para si o indivíduo constrói sua subjetividade e se identifica como sujeito de desejo na busca pela verdade, através da problematização. Essa relação consigo pode estar associada à exaltação da singularidade individual que confere cada vez mais

espaço aos aspectos privados da existência, aos valores da conduta pessoal, e ao interesse que se tem por si próprio para chegar ao poder sobre o outro. Ou seja, não se pode governar bem os outros, não se pode exercer poder sobre o outro, discipliná-lo, se inicialmente não ocupar-se consigo.

Assim, o cuidado de si pode ser constituído de exames (matinais e vespertinos), exercícios de memorização de princípios, cuidados com o corpo, regimes de saúde, exercícios físicos sem excesso, satisfação das necessidades, meditações, leituras, anotações e ainda conversas com um confidente, amigo, guia ou diretor de alma.

O objetivo comum dessas práticas de si, através das diferenças que elas apresentam, pode ser caracterizado pelo princípio do bem geral da conversão a si. Mantendo em mente que o fim principal a ser proposto para si próprio deve ser buscado no próprio sujeito, na relação de si para consigo. Essa conversão implica um deslocamento do olhar para si, constituindo uma cultura de si.

É esse tema que, extravasando de seu quadro de origem e se desligando de suas significações filosóficas primeiras, adquiriu progressivamente as dimensões e as formas de uma verdadeira “cultura de si”. O princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele tomou uma forma de atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constitui assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo instituições; proporcionou de certa forma conhecimentos e elaboração de um saber (FOUCAULT, 2011, p. 50).

É nesta perspectiva que a categoria “cuidado de si” é definida, dando-nos conta de um movimento de construção, manutenção e transformação das identidades dos indivíduos na civilização ocidental cristã, entendidas por Foucault como “tecnologias do si”.

Foucault aponta que a ideia de ocupar-se consigo é bem antiga na cultura grega, estando presente, conforme relato de Plutarco, já no ideal do cidadão espartano de treinamento físico e guerreiro em detrimento do cultivo da terra, ou na afirmação de Ciro, segundo Xenofonte, de que toda a glória decorrente dos grandes feitos de um homem de nada valiam se fosse à custa do sacrifício do ocupar-se consigo mesmo. Sustenta, contudo, que, até então, este ocupar-se de si tinha a conotação de uma prerrogativa (de alguns), ou mesmo de um privilégio, uma dádiva. Mostra, então, que é com o Sócrates do “Alcebiades”, ou da “Apologia”, que esse ocupar-se de si vai ganhar a forma de um cuidado de si, adquirindo progressivamente “as dimensões e formas de uma verdadeira ‘cultura de si’” (AYRES, 2004, p. 79).

De acordo com Foucault (2011), o cuidado de si apresenta uma articulação não apenas possível, mas necessária com o cuidado dos outros. O conceito de *epimeleia heautou* influenciou as ações de assistência médica que, nos relatos de Aires (2004), vale tão somente destacar as relações mutuamente esclarecedoras e fecundantes entre o desenvolvimento do

discurso e da prática médica ocidental, e uma ontologia existencial fundada na ideia de cuidado com ênfase a racionalização de suas práticas.

A medicina era amplamente reconhecida como prática elevada de cultura, próxima da retórica e filosofia, mesmo que a demarcação das fronteiras colocasse problemas de doutrina e suscitasse conflitos de competência. Ela não era simplesmente concebida como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregaria remédios e operações. Implementava, também, um *corpus* de regras e condutas nos modos de viver, de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividades e com o meio. Preconizava o desenvolvimento de autonomia para as pessoas aprenderem a cuidar de si. Ou seja, adquirir conhecimentos suficientes para poder ser, no decorrer da vida e nas circunstâncias comuns, seu próprio conselheiro de saúde.

É nesse quadro global, tão fortemente marcado pela solicitude para com o corpo, a saúde, o meio e as circunstâncias, que a medicina coloca a questão também dos prazeres sexuais: de sua natureza e de seu mecanismo, de seu valor positivo e negativo para o organismo, do regime a que convém submetê-lo. Daí, não apenas o corpo faz a lei para o corpo, mas o exercício da medicina orienta-se com práticas no exercício de poder sobre a sexualidade, preocupada em indexar a atividade sexual às necessidades elementares do corpo, uma medicina que exige constante vigilância sobre a atividade sexual, com um jogo de regras para a formação de um discurso que ensine a esse sujeito um regramento da conduta sexual. Portanto, a arte da medicina é a responsabilidade de uma produção técnica que habite a conduta como forma de prescrição, ocupando-se com o outro.

Com efeito, Foucault mesmo nos mostra que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva (AYRES, 2004).

Dessa forma, para ocupar-se com o outro é necessário ocupar-se de si mesmo. O cuidado deve estar travado na existência dos homens, tendo como ponto de partida o cuidado de si, na sua relação direta com o conhecimento de si ou com a consciência de si. Isso implica um deslocamento do olhar que significa, ao mesmo tempo, uma trajetória na qual o indivíduo acaba por voltar-se para si, mesmo que esse detenha o poder sobre os outros.

O ato de cuidar vai exigir do cuidador um envolvimento intenso e uma parcela significativa de seu tempo, por um período indeterminado. Também são necessárias tomadas de decisões que atinjam diretamente o doente. Devido a essa sobrecarga de trabalho, o cuidado pode se tornar ineficaz, pois o cuidador, atribuído de serviços, prestará assistência necessária somente aos cuidados básicos, esquecendo que este portador necessita também de



cuidados baseados na patologia que ajudem a minimizar os efeitos danosos desta (ROCHA; CARLOS; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011).

Muitos cuidadores lidam com a dor e o sofrimento continuamente, fragmentando a relação técnica - paciente para evitar relacionamentos mais próximos e, até duradouros com o paciente. Muitas vezes esses cuidados tendem a se tornar uniformes e universais evitando os cuidados individualizados e diferenciados.

O relacionamento profissional de saúde-paciente é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico-científico, que põe à disposição da outra, que o aceitará, ou não, contrariamente ao que pensam muitos médicos que percebem esse relacionamento como uma subjugação, suspendendo-o diante de dúvidas, críticas ou "desobediências" do paciente; também aqui, a escolha do termo foi proposital, visando à ênfase na forma de percepção desses profissionais. É nessas condições, de pleno exercício da autonomia de duas pessoas, que o tratamento terá sucesso, a menos que uma delas - o "paciente" - renuncie à sua própria autonomia, optando pela sujeição a uma postura mais paternalista do profissional de saúde, o que é frequente, dada a condição de "regressão" que o mal-estar habitualmente produz no cliente (SEGRE, 1997, p.541).

A necessidade de impor um distanciamento com o doente pelo cuidador, impedindo registros afetivos, controla e define melhor os seus processos de trabalho, perante a tomada de decisões rápidas e competentes diante do quadro grave do paciente. Tal fato é bastante vivenciado em unidades de terapia intensiva, onde o paciente e seu corpo potencialmente crítico estão totalmente entregues à equipe.

A rotina diária, os protocolos operacionais e padrão instalados nas unidades, os inúmeros doentes graves e a supervisão em relação à normatização do serviço reforçam o poder sobre o comportamento dos profissionais, cada vez mais ligados às tecnologias leves e duras para o cuidado.

As recentes transformações da Medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresenta efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identifica-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites (AYRES, 2004, p. 82).

Em *Microfísica do Poder*, Foucault (1979) apresenta mecanismos que podem se apresentar sob forma de supervisão, rotinização, capacitação e normatização de serviços, estratégias competentes para reforçar o poder sobre o comportamento dos trabalhadores, justamente por eles serem membros da organização.

Esses argumentos demonstram, que a organização do processo de trabalho dos profissionais da saúde foi pautada em normas e discursos científicos, que parecem sagrados para a sociedade ocidental, elementos constituintes da assistência. Ou seja, o discurso do profissional nos diz exatamente como as coisas devem ser.

Por essa razão, o conhecimento científico adquire um status, superior às outras formas de conhecimento. Desse modo, é importante que a ciência chegue para todos e o principal modo de fazê-la é através da educação, que se torna tanto condição para ascendência deste tipo de conhecimento quanto um dos resultados/produtos da aplicação da ciência moderna, com efeitos notáveis naquilo que é tomado como sujeito necessário a esses tempos atuais (BUGES, 2001, p. 152).

As práticas disciplinares na saúde induzem à formação de corpos dóceis, com o uso do dispositivos tecnológicos de atenção à saúde e doença influenciando os comportamentos, as crenças e atitudes dos sujeitos.

O doente, disciplinado se encontra sobre forte vigilância, constituída pela relação do profissional e sujeito, onde os cuidados com o próprio corpo devem ser tomados. As práticas de cuidado médico se exercem através das tecnologias do eu.

A experiência racional dessa relação não pode desenrolar-se sem uma “prática de saúde”, que constitui, de certa forma, a armadura permanente da vida cotidiana, permitindo a cada instante saber o que e como fazer. O ambiente do indivíduo doente é percebido com seus elementos positivos e negativos para a saúde; entre o indivíduo e o que o envolve, supõe-se toda uma trama de interferências que fazem tal disposição, tal acontecimento, tal mudança nas coisas, que irão induzir efeitos mórbidos no corpo; e que, inversamente, tal constituição frágil do corpo será favorecida ou desfavorecida por tal circunstância (FOUCAULT, 1985).

Tais questões deverão minimizar o enfrentamento com a doença, pois é através do empoderamento sobre o seu corpo, que o doente “disciplinado” pelo saber-poder profissional, constrói autonomia para lidar com o adoecimento.

Destarte, o cuidar exige uma obrigação com o outro num complexo papel relacional que possui sua força, seus problemas, suas dificuldades, benefícios e prazeres próprios.

Permitir que o sujeito conheça seu corpo, suas potencialidades e seus limites, através do desenvolvimento de hábitos saudáveis constituem formas de modelagem para individualizar e normatizar os corpos.

## 2.2 A História comparada da Fisioterapia e a formação dos profissionais para o cuidado com o corpo

Apresentamos, nesta seção, o marco teórico da formação do fisioterapeuta numa perspectiva comparada e como recurso metodológico para a discussão do ensino em Fisioterapia no âmbito nacional, internacional e global.

A história da constituição do campo da Educação Comparada (EC) não pode iludir o fato de tratar problemas específicos, mas transversais a todas as áreas de questionamento, que se colocam nas Ciências da Educação. Por isso, como já foi apresentado anteriormente, ela é inter e transdisciplinar (MADEIRA, 2010).

A EC é uma *episteme* explicativa/interpretativa que busca compreender e interpretar a forma como os sistemas nacionais de educação desenvolveram-se para ser o que são; não é uma ciência social associada à predição ou orientada à formulação de políticas, ou de aplicação prática (KAZAMIAS, 2012).

Segundo Nóvoa e Catani (2000), tais estudos exigem uma problematização do próprio exercício cognitivo: a comparação é um exercício crítico que permite criar categorias férteis na apreensão das peculiaridades dos processos de apropriação dos saberes e da invenção das práticas no campo educacional.

Com ela se permite compreender os processos culturais e educacionais exigindo um olhar transcultural em busca da interpretação dos fenômenos sociais. Ou seja, a EC utiliza abordagens pluridisciplinares para dar sentido aos processos educacionais, o que garante possibilidades para novos olhares e conhecimentos que extrapolam o seu caráter positivista. De acordo com Ferreira (2008), a Educação Comparada não pode deixar de ser um produto da história de uma sociedade. A comparação sempre marcou a evolução do pensamento humano e, por isso, sempre esteve presente na construção de saberes. No entanto, foi introduzida de maneira sistemática e especializada no intuito de reformar e otimizar os processos educacionais.

Nóvoa (2011), descreve a EC como fonte extraordinariamente importante de pesquisa e de conhecimento crítico reforçando um pensamento que inscreve as lógicas de comparação no tempo, concedendo-lhe uma historicidade própria e, por outro lado, a adoção de perspectivas metodológicas que não consagram modelos de análise, exclusivamente centrados na geografia nacional.

A globalização está reorganizando e transformando o conhecimento, o contexto político e econômico em que estamos vivendo, a dinâmica demográfica, munida principalmente das migrações e transições de populações gerando processos de

disseminação, intercâmbio e a necessidade da educação multicultural. Para isso, é importante estabelecermos a contribuição da Educação Comparada no estudo dos fenômenos culturais, históricos e educacionais, na compreensão das identidades sociais e culturais múltiplas, bem como dos sistemas educacionais.

A proposta da Educação Comparada, na construção das representações desse território multicultural, é apresentar a diversidade, resistências, impactos teóricos e práticos da educação, bem como os seus efeitos sobre a civilização.

Seu caráter pluridisciplinar fornece o aprofundamento dos conhecimentos referentes à educação, pois ela utiliza correlações, transferências de ideias, conferências, confrontos, princípios e políticas para tomada de decisões. Oferece um vasto campo de análise, no qual as teorias de educação, em suas relações com as circunstâncias da vida social, encontram apoio para julgamento de princípios existentes e, conseqüentemente, para revê-los, emendá-los e aprofundá-los.

O que se colhe pelos estudos comparativos é um conjunto de informações que conduzem a hipóteses e a construção de modelos, para melhor compreensão do processo educacional e condições de sua institucionalização. Esclarecem os elementos, não conduzindo, porém, a soluções obrigatórias em cada caso. O que fazem é dizer-nos que, em tal ou qual situação de conjunto, tomando-se tais ou quais decisões, os resultados serão estes ou aqueles, com maior probabilidade (LOURENÇO FILHO, 2004, p. 21).

A comparação é uma condição do conhecimento e sistematização do diferente entendendo o seu impacto na educação e sociedade, a partir da transformação, compreensão das diferenças e da sua necessidade de intercomunicação.

A EC é um instrumento de reflexão e crítica, pois se utiliza das vertentes históricas, sociológicas e psicológicas. Compreendendo que, nesse diálogo multidisciplinar, ela fornece uma descrição mais dinâmica do mundo. Seria como se seus propósitos metodológicos permitissem acompanhar a mobilidade global, em perfeita atualização dos seus fatos e fenômenos, pois ao comparar estamos analisando e avaliando processos civilizatórios que englobam as transformações da ciência, política, economia e cultura das nações.

Através do método comparativo, pode definir-se o tipo de educação que corresponde a cada sociedade e, ao mesmo tempo, é este método que permite decidir qual a prática educativa adequada à determinada realidade (MADEIRA, 2010).

Portanto, não se pretende com a EC, apenas diagnosticar situacionalmente estruturas educacionais, mas a sua habilidade para transformar, aprimorar e integralizar novos atores nos processos educacionais, pois o conhecimento em educação se movimenta de tal forma que esta necessita de novas fundamentações teóricas para entender seus efeitos

práticos, conforme salienta Jason Beech no capítulo do livro *Educação Comparada: “Quem está passeando pelo jardim global?”* Agências educacionais e internacionais e transferência educacional.

Podemos perceber o quanto é necessário enxergar e compreender o outro na sociedade global e a utilização da EC, como campo intelectual, para entender a circulação de ideias sobre educação no mundo de hoje, e o modo como essa circulação afeta às práticas educacionais em diferentes contextos.

Entender o processo de compreensão dos fatos e fenômenos educacionais é um aspecto importante para conhecermos os posicionamentos, as relações entre as diferentes posturas, bem como a mobilidade e a transformação dos discursos, pois no momento em que essas ideias vão disseminando, estão sendo agregadas novas leituras dentro do espaço acadêmico global, onde os fluxos conceituais atravessam as redes sociais, acadêmicas e políticas.

Para entendermos isso basta, estudarmos o pensar teórico dos processos migratórios populacionais, seus movimentos espaciais e culturais na formação de identidades e subjetividades. Comparando a proposta metodológica da Educação Comparada com os processos de migração, podemos conceituar que ambos carregam nos seus propósitos a palavra “circulação”, o que torna cada indivíduo que migra e cada comparatista “sujeito histórico”.

Cada fato ou ideia é modificado, readaptado e transformado a partir das contribuições dos mobilizadores, portanto a EC assim como as migrações estão em constante movimentação. Segundo Cavalcante, Leitão e Araújo (2013), essa circulação de saberes, ideias e práticas sociais entre mundos emergem no contexto, através das interconexões globais, portanto o nacional, o internacional e o global influenciam o espaço educacional, este como local de prática cultural.

A Educação Comparada não se reflete apenas na apresentação de fatos ou fenômenos justapositionados. As análises comparativas destacam o entendimento de que elas deverão se desenvolver, de maneira integralizada e transversal, caracterizando seu caráter múltiplo, complexo e funcionalista da realidade, não se restringindo na organização de fatos e observações. Os espaços para a EC devem ser problematizados porque há movimentação pelas experiências vivenciadas por grupos e/ou indivíduos.

Pensar nos estudos comparatistas e não compreender suas influências sobre a educação é extrair da sua proposta o caráter transnacionalista, dissolvendo todos os seus vínculos históricos, religiosos, políticos, culturais e sociais, onde o próprio Jullien enfatizou

a necessidade de novos olhares que permitissem, a partir da educação, uma nova leitura do mundo.

Segundo Lourenço Filho (2004), o que é lícito esperar da educação não diz respeito apenas aos aspectos propriamente técnicos, mas culturais em geral. Os estudos comparativos nos levam a relacionar conceitos e instrumentos de análise que se colhem em muitas e variadas fontes, dado o caráter interdisciplinar da matéria. Segundo Nóvoa (1998), a educação é uma atividade analítico-comparativa, por isso mesmo dependente da conceituação e do emprego de uma teoria da comparação, configurando-se, a um só tempo, em prática científico-social. Corroborando com Holanda (2011), a educação comparada auxilia na compreensão da educação, a partir dos fatores históricos, culturais, sociais, psicológicos e políticos que envolvem.

A investigação pedagógica, na qual a EC é pautada, busca elucidar os processos educacionais e suas relações com a cultura, política, economia, filosofia, história, psicologia, antropologia e sociologia para que possamos compreender aspectos da dinâmica social para a explicação de fenômenos. No que concerne ao objeto de estudo dessa investigação, a educação comparada desempenhará uma função de integração entre estas disciplinas para a compreensão dos processos de subjetivação do corpo na clínica do adoecimento e as representações dadas pela fisioterapia. Portanto, nesta pesquisa se questionam quais os significados atribuídos ao corpo na história da Fisioterapia. Para isso, deveremos confrontar esse corpo à luz dos diversos saberes. Neste caso o que a Educação Comparada se propõe fazer, à luz destas ciências, é aprofundar a análise destes processos, bem como as suas relações.

A EC tomará o objeto apresentado desta tese, como objeto especial de indagação, admitindo as forças sociais, educacionais, políticas, afetivas e culturais que o apreendem, suas relações de dependência compreendidas, através de sua estrutura e função. Portanto, compreender a genealogia do corpo e sua relação com a prática fisioterapêutica integrada dos recursos organicistas e humanistas é apelar para instrumentos de análise através das diversas fontes, entendendo que a categoria corpo se reporta a um mundo de símbolos e significações.

Nesse sentido, o desafio é retomar a constituição genealógica desse corpo vinculada a estudos interdisciplinares com abordagem ancorada na Educação, História e no Estruturalismo de Michel Foucault, e contracenar com o nascimento da Fisioterapia, no Mundo e no Brasil, pois conforme Marcondes (2005), as transformações dos sistemas de ensino são percebidas com maior profundidade, na medida em que se pesquisam, não apenas os contextos educacionais nacionais, mas também os internacionais e globais para relacioná-los, compará-los e analisá-los.

### 2.3 A genealogia da Fisioterapia numa perspectiva comparada: trânsito de ideias entre Inglaterra, Estados Unidos e Brasil

A Fisioterapia, como ciência do movimento humano, busca cada vez mais aprofundar as evidências científicas de seus métodos e procedimentos, tendo suas concepções e práticas de cuidados com o corpo adoecido desde a Antiguidade (Figura 8), e, que influenciaram a formação dos profissionais fisioterapeutas.

Esse corpo tem sido alvo de entendimentos culturais diversos a cada época. Nesse sentido, até chegar a ser apropriado pelos cuidados médicos na modernidade, conheceu modos diversos de olhar. Contudo, o corpo sempre foi subjugado à profunda atenção à doença.

Nesse processo de mudança dos sentidos do corpo adoecido, foram determinados também os conhecimentos necessários para a sua formação e a influência no desenvolvimento dos primeiros currículos, bem como as transformações causadas pelo multiculturalismo e globalização.

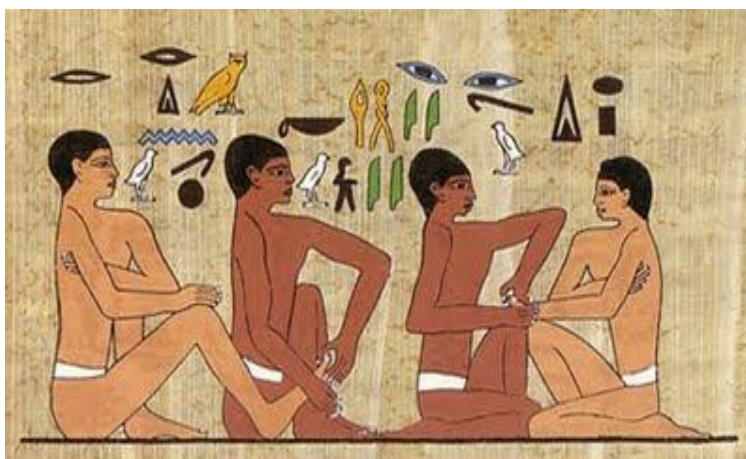


Figura 8: “Fisioterapia” na Antiguidade/ Fonte: Google Imagens

Segundo Barros (2003), na Grécia antiga, o filósofo Aristóteles (384 a.C.) já descrevia a ação dos músculos, ficando conhecido como o “Pai da Cinesiologia”, que designava-se pelo estudo do movimento humano. Segundo Lindeman, na medicina praticada na Trácia e Grécia, a terapia pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de tratamento. Galeno (130 a 199 d.C) descrevia uma ginástica planejada do tronco e dos pulmões que teria corrigido o tórax deformado de um rapaz até alcançar condições normais.

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. A doença, no entanto, sempre esteve presente no desenvolvimento da humanidade. Estudos de paleoepidemiologia relatam a ocorrência, há mais de três mil anos, de diversas doenças que até hoje afligem a humanidade. Esquistossomose, varíola, tuberculose foram encontradas em múmias, restos de esqueletos e retratos em pinturas tanto no Egito como entre os índios pré-colombianos. Também podem ser encontrados relatos de epidemias na Ilíada e no Velho Testamento (BATISTELLA, 2008, p. 1).

Na Antiguidade, período compreendido entre 4.000 a.C. e 395 d.C, havia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam as chamadas “diferenças incômodas”.

Através de recursos, técnicas, instrumentos e procedimentos havia uma necessidade em eliminar estas chamadas “diferenças”. O uso da ginástica nessa época era empregada somente com fins terapêuticos sendo utilizados no tratamento das disfunções.

Segundo Pinto (1995), na época medieval, as doenças atacavam em surtos e quase sempre conduziam os sujeitos à morte. Na Europa Ocidental muitas enfermidades, como a lepra, causavam sequelas físicas e excluía as pessoas do convívio social, principalmente pelo fato de o corpo ser entendido como um mero reflexo do espírito.

Na Idade Média, (período aproximadamente compreendido pelos historiadores entre os séculos IV e XV), tempo que ocorreu uma interrupção no avanço dos estudos e da atuação na área da Saúde. A maioria dos livros foi perdida e os estudos de anatomia se encontravam proibidos pela igreja.

A prática médica era feita por monges e havia uma mistura desses cuidados com as curas místicas. Muitas informações sobre causas das enfermidades eram equivocadas, influenciando na terapêutica adotada, até porque fora do universo médico acreditavam que as causas das doenças eram devido às consequências do comportamento das pessoas, sobretudo no trato com o seu corpo. Este passou, nesta época, em decorrência de influência religiosa, a ser considerado algo inferior. Assim, o exercício estava inibido em sua forma anterior de aplicação, a curativa, e passou-se a usá-lo para outros fins: a nobreza e o clero tinham o objetivo de aumentar a potência física, enquanto, para burgueses e lavradores, os exercícios serviam, cada vez mais, unicamente como diversão.

Já no Renascimento (período entre os séculos XV e XVI) a preocupação de manter um corpo saudável revela-se não somente pela ocorrência da doença, mas também com a manutenção das condições normais de um organismo vivo; esse período foi descrito como um momento de crescimento científico e literário. Há, então, uma retomada dos estudos onde o interesse não se destina apenas à concepção curativa, mas também à manutenção do estado normal existente em indivíduos sãos.



No período da industrialização (séculos XVIII e XIX), o corpo vai sendo maquinizado e submetido a um regime de trabalho fabril, que pede um comportamento adequado ao ritmo do modo de produção industrial (Figura 9). O ser humano era oprimido e submetido a jornadas de trabalho exaustivas e laboriosas. As doenças oportunistas levaram muitos à morte ou a sequelas incapacitantes. Ao lado das doenças do trabalho, surgem epidemias como cólera, tuberculose pulmonar, doenças sexualmente transmissíveis, uso de álcool e acidentes de trabalho que levaram o homem a se preocupar com medidas que minimizavam as doenças e suas incapacidades.



Figura 9: Período da Industrialização/ Fonte: Google Imagens

Rebellato e Botomé (2004) relatam que com a urbanização, surgiram condições sanitárias precárias, jornadas de trabalho estafantes, e condições alimentares insatisfatórias que provocaram a proliferação de novas doenças. Com isso emergiram novas doenças e epidemias, exigindo da medicina uma investigação minuciosa desse novo cenário. Porém, nessa época, os estudos na área de saúde concentraram sua atenção ao "tratamento" das doenças e sequelas, e deixaram de lado as outras vertentes iniciadas na época renascentista, como a "manutenção" de uma condição satisfatória e a "prevenção" de doenças.

Mais tarde, ainda no século XIX, surgem as especializações médicas cujo olhar voltava-se para as partes e não para o todo. A Fisioterapia parece ter seguido a mesma direção dividindo-se em diferentes especialidades, principalmente devido à base de seu nascedouro, a medicina. No decorrer da história, percebemos que essa área sofreu todas essas oscilações, passando da atuação curativa na Antiguidade para uma certa estagnação na Idade Média, chegando à atenção preventiva e clínica no Renascimento, porém volta-se ao direcionamento curativo durante a industrialização.

Portanto, o período da Industrialização proporcionou o desenvolvimento das bases racionais, metodológicas e mecânicas das terapias aplicadas, sobretudo o início de uma nova profissão, que teve como marco inicial a Inglaterra do século XIX.

Torna-se importante reconstituir o percurso de tais formas de ver o corpo para entender o surgimento da Fisioterapia, na Inglaterra, uma vez que ela estabeleceu modelos de funcionamento e de prática profissionais; assim como, a história da Fisioterapia nos Estados Unidos, devido às influências que exerceram em toda a América Latina, incluindo o Brasil, após o fim da Segunda Guerra Mundial (OLIVEIRA, 2012). Destarte, o trânsito de ideias e conhecimentos sobre a profissão, entre os dois países permitiu o crescimento da profissão como ciência da reabilitação, embora outros países da Europa também tenham contribuído para a formação dos profissionais e desenvolvimento da profissão.

Corroborando com Marcondes (2005), a busca de novos parâmetros de referência para compreensão, análise e inovação dos sistemas de educação impulsiona intelectuais a sair dos locais onde vivem e trabalham e a se integrarem a outros estudiosos em busca de novas informações e, com isso, contribuir para a melhoria da qualidade de vida nacional, local e mundial:

Em pleno século XIX vários estudiosos de diversos países da Europa contribuíram para o desenvolvimento do que posteriormente foi definido como campo da fisioterapia. Na Suécia, Gustav Zander criava uma série de exercícios terapêuticos realizados com máquinas e diferentes equipamentos, e no ano de 1864 fez demonstrações dos aparelhos que havia criado para exercícios ativos, assistidos e resistidos, era o início da mecanoterapia. No mesmo século, Frenkel criou um método de tratamento para a ataxia (incoordenação dos movimentos), baseado na repetição lenta de movimentos específicos e coordenados, que é ensinado até os dias de hoje nas universidades brasileiras (BARROS, 2003, p. 9).

Na Inglaterra, após a I Guerra Mundial (1914 – 1918), muitos soldados foram mortos, mutilados e sequelas oriundas dos acidentes por armas de fogo, como amputação e ferimentos graves, levaram ao desenvolvimento de disfunções graves que incapacitaram muitos homens. A necessidade de tratamento dessas pessoas vigorou ainda mais a profissão de massoterapeuta, da ginástica médica, treinamento funcional na água e o uso da eletricidade com o intuito de recuperar e devolver os soldados à sociedade. Na verdade, o impulso para o desenvolvimento da fisioterapia como ciência reabilitadora foi devido a I Guerra Mundial, pois o tratamento visava não apenas à restauração anatômica, mas também à funcional.

Não somente as guerras levaram a estas modalidades de tratamento, mas também outras enfermidades, tais como poliomielite, escoliose, paralisia cerebral, tuberculose óssea, fraturas e queimaduras, todas de reconhecimento na área médica (Figura 10). Porém, foi na Segunda Guerra Mundial que a identidade da profissão ficou profundamente marcada,

levando ao surgimento das escolas de cinesioterapia (terapia pelo movimento) com o intuito de reabilitar os soldados lesionados. Somente no século XX, a profissão foi introduzida como área independente da saúde. No entanto, esse itinerário evidencia certa evolução, que sai de uma perspectiva puramente reabilitadora, que tratava apenas indivíduos doentes e incapacitados, passa pelos prejuízos para a saúde dos soldados no envolvimento com a II Guerra Mundial, quando cresceu o número de massagistas para tratarem os vitimados. A partir desse fato, houve uma mudança no tempo de formação técnica dos profissionais para três anos e, na nomenclatura dessa prática restauradora, designada às mulheres, chamadas “auxiliares da reconstrução”.



Figura 10: Fisioterapia na poliomielite/ Fonte: Google Imagens

Este salto da Fisioterapia se deu, principalmente, devido ao retorno dos soldados no período do pós guerra. As mulheres foram pioneiras na reconstrução da funcionalidade dos indivíduos sequelados da guerra para a sua formação, segundo Oliveira (2012), preferencialmente, eram aceitas as candidatas que possuíssem cursos em qualquer uma das áreas da Fisioterapia; eram aceitas aquelas graduadas em escolas de educação física ou enfermagem, ou que fossem treinadas por ortopedistas. Os homens eram proibidos de exercer a profissão, sendo aceitos somente em 1942.

Conforme cita o mesmo autor, na Inglaterra, no período de 1880 a 1890, se deu o surgimento da massoterapia para o tratamento de mulheres neurastênicas. Isso possibilitou algumas evidências científicas para seu uso no tratamento de problemas ortopédicos, reumatológicos, neurológicos, obstétricos e aqueles vitimados pela obesidade. Inicialmente, os cursos para massagistas eram realizados por médicos e enfermeiros, para depois ser uma

profissão independente, principalmente, porque abria uma nova possibilidade de trabalho para as mulheres. Porém, escândalos vincularam massoterapeutas a questões relacionadas à prostituição, o que levou à criação da “Sociedade dos Massagistas”, em 1894, com atribuições que formalizavam o emprego da massagem para fins puramente terapêuticos. Juntamente com a massoterapia, foram inseridos também exercícios terapêuticos para o tratamento das disfunções em crianças e adultos, bem como utilizar tais recursos na parcela da população menos abastada. Nessa mesma época nos Estados Unidos, a atuação das mulheres estava voltada para a ginástica médica e para isso, incrementavam-se os estudos de anatomia, fisiologia e cinesioterapia.

Após a I Guerra Mundial, houve uma demissão maciça dessas “mulheres reconstrutoras”, nos Estados Unidos e Inglaterra, e em consequência, onde muitas migraram para outros países, favorecendo a migração e o fluxo de conhecimentos e experiências desses dois países.

Também a ocorrência de surtos de poliomielite, nesses dois países, provocou o crescimento da área pela necessidade em recuperar crianças e adultos, vitimados pelas incapacidades impostas pela doença. Tal fato foi impulsionado, também, pelo acometimento do presidente norte-americano, Franklin Delano Roosevelt, que havia contraído pólio em 1921, aos 39 anos de idade. Em 1937, Roosevelt criou a Fundação Nacional para Paralisia Infantil, talvez uma das maiores responsáveis pelos investimentos maciços na pesquisa da vacina contra a pólio, pois ele desenvolveu poliomielite paralítica em suas pernas e tronco inferior. Este fato possibilitou a criação de centros especializados no tratamento da poliomielite. Segundo Oliveira (2012), pág. 7:

Dois acontecimentos do final do Século XIX impulsionaram o desenvolvimento das técnicas utilizadas pela Fisioterapia, tanto nos Estados Unidos quanto na Inglaterra. Primeiramente a epidemia de poliomielite, que incentivou o aparecimento de centros de treinamento e o desenvolvimento de procedimentos visando a reeducação e restauração da função muscular. E o aumento considerável de trabalhadores portadores de lesões e mutilações, resultantes da nova política de trabalho adotada após a Revolução Industrial.

Numa perspectiva comparada, os Estados Unidos também inseriram as mesmas técnicas de tratamento utilizadas na Inglaterra para seus doentes da Primeira e Segunda Guerra Mundiais, além da poliomielite, os profissionais médicos se dirigiam para os dois países com o intuito de receberem formação técnica em reabilitação. Muitos desses médicos participaram da formação de Fisioterapeutas, enquanto área técnica e, posteriormente nos primeiros cursos superiores de brasileiros, nascidos nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco.

O trânsito desses profissionais entre os dois países, que deu origem à Fisioterapia, corrobora com o argumento de Marcondes (2005), que os estudos comparados são importantes para a compreensão dos processos de formação do Fisioterapeuta brasileiro, pautados na troca de conhecimentos entre EUA e Inglaterra, não podendo ser tomados como universais e neutros. Ou seja, cada país tem sua peculiaridade e, ao mesmo tempo, similaridade, principalmente porque ao chegar ao Brasil, esses saberes tiveram que se moldar à realidade social, econômica e política dos sistemas de ensino e da profissão.

Tomando como exemplo, o principal aspecto retratado pelas Escolas Americanas de Reabilitação, no processo de formação dos futuros “fisioterapeutas”, eram os problemas que levavam à incapacidade física como também às consequências destes para a saúde da população afetada. Sendo assim, os principais encaminhamentos para a reabilitação eram as deformidades da paralisia cerebral, fraturas, desnutrição e defeitos congênitos. Até o momento, a formação em fisioterapia se limitava a cursos com cargas horárias mínimas e era exigido que as candidatas tivessem currículo em educação física e enfermagem.

Esse período foi marcado pelo aumento do intercâmbio profissional entre diversos países. Muitos membros da Sociedade na Inglaterra viajaram para participar de cursos ou conferências em Viena; Pistany, na Tchecoslováquia; em Copenhagem e Estocolmo; na Alemanha e França. Ocorreram nessa década: o Primeiro Congresso Internacional de Massagem, em Paris; o Congresso da Sociedade Internacional de Hidroterapia, em Wiesbaden; e a 17ª Convenção Anual da *American Physiotherapy Association* (Associação Americana de Fisioterapia), em Boston (OLIVEIRA, 2012, pág.18).

Na Inglaterra, várias doenças como a poliomielite e o reumatismo foram designadas à atenção fisioterapêutica, principalmente com terapia aquática, surgindo a necessidade em implementar cursos para o tratamento aprimorado desses pacientes que apresentavam referidas enfermidades incapacitantes. Essas doenças, principalmente a poliomielite, sequelas oriundas das duas Grandes Guerras e as doenças do trabalho, ocasionadas pelo desenvolvimento da industrialização também marcaram o nascimento da profissão no Brasil. Portanto, observam-se diferenças e igualdades no campo da saúde e, principalmente da doença nesses países e, sobretudo no Brasil.

Segundo Novaes (1988), no Brasil, o surgimento da Fisioterapia, precisamente no eixo Rio - São Paulo, foi influenciado pela vinda da Família Real ao Brasil. Napoleão Bonaparte acabou por contribuir indiretamente com o desenvolvimento dos primeiros serviços organizados de Fisioterapia, no Brasil, ao invadir Portugal e fazer com que a família real portuguesa desembarcasse na colônia em 1808. Com os monarcas, vieram os nobres e o que havia de recursos humanos de várias áreas para servir à elite portuguesa, de passagem por estas terras. Junto com a família real, vieram cerca de quinze mil pessoas para servi-la,

trazendo aos serviços existentes, no Brasil, avanços já existentes na Europa, obrigando que os profissionais aqui existentes se adequassem a esses avanços.

No entanto, foram os vários surtos de epidemias de poliomielite, assim como a 2ª Guerra Mundial, que contribuíram também para o surgimento e desenvolvimento da profissão no Brasil, seguindo o mesmo perfil epidemiológico estadunidense e inglês. O envio de pracinhas para a frente de combate dos aliados para a 2ª Guerra Mundial na Itália foi considerado como fator decisivo para o desenvolvimento da nossa profissão, embora esses fatores tenham contribuído para tornar a Fisioterapia uma profissão puramente reabilitadora, assim como nos Estados Unidos e Inglaterra, o que levou a criação e modernização dos primeiros serviços de Hidroterapia, no século XIX (1879 – 1883), em Petrópolis no Rio de Janeiro, conhecido como “Casa das Duchas”; em 1884, o médico Arthur Silva participou intensamente da criação do 1º Serviço de Fisioterapia da América do Sul, localizado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1919, o estado de São Paulo recebe o Departamento de Eletricidade Médica e, posteriormente criou o Serviço de Eletroradiologia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Em 1929, o médico, Waldo Rollim de Moraes, criou o Serviço de Fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, no Rio de Janeiro. No mesmo ano ocorreu a criação e instalação do Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas em São Paulo.

Entre 1930 e 1940, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam alguns serviços de Fisioterapia, todos desenvolvidos por médicos que exerciam integralmente as ações terapêuticas, utilizando recursos físicos (água e eletricidade) (Figuras 11 e 12). Esses médicos eram distintos dos outros por estarem preocupados não apenas com a estabilidade clínica dos pacientes, mas também com sua recuperação física para que pudessem voltar a viver em sociedade, com suas sequelas minimizadas ou tratadas integralmente. Houve empenho para que o ensino da profissão, como recurso terapêutico, fosse restrito às faculdades médicas. Além de novos serviços que foram agregados no Rio de Janeiro, como o caso do Hospital Municipal Barata Ribeiro. Em 1947, o médico Dr. Camilo M. Abud organiza o moderno serviço de Fisioterapia No Hospital Carlos Chagas, em Marechal Hermes, no mesmo estado e, em 1949, ele defende a tese para sua admissão na Universidade do Brasil, como professor catedrático da cadeira de Fisioterapia aplicada, na então Escola Nacional de Educação Física e Desportos.



Figura 11: Uso de Recursos Elétricos para Tratamento das Doenças Físicas/ Fonte: Google Imagens



Figura 12: Uso de Recursos Aquáticos para Tratamento das Doenças Físicas/ Fonte: Google Imagens

Em 1950, ocorreu a abertura do Serviço de Fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia, o qual foi anexado ao ambulatório de reumatologia e a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. No mesmo ano, foi regulamentada pelo Ministério da Saúde a profissão de massagista; os estudantes frequentavam cursos regulares, como os existentes na Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil; aqueles massagistas, denominados práticos, não eram oriundos de escolas regulares, mas, faziam cursos livres, tendo, porém, que se submeter às provas teóricas e práticas que eram realizadas duas vezes por ano, no Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia. Em 1951, surge o primeiro curso na Universidade de São Paulo (USP) para a formação de técnicos em Fisioterapia (figura 13), chamados Fisioterapistas, com duração de 1 ano, período integral, ministrado por médicos, e acessível às pessoas com 2º grau completo. O curso levou o nome do médico Raphael de Barros, professor da cadeira de física biológica da Faculdade de Medicina, criador do serviço de Eletroradiologia, em 1919. Os cursos de

Fisioterapia iniciaram em São Paulo antes do Rio de Janeiro, cidade que sediou os primeiros serviços de Fisioterapia do Brasil. Contudo, em 1952 retoma-se a cátedra de Fisioterapia, pela Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, com o Professor Titular Jacinto Campos.



Figura 13: Instituto de Ortopedia e Traumatologia - USP em 1951/ Fonte: Google Imagens

Em 1954, foi criada, no Rio de Janeiro, a Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR), ministrando dois anos depois o curso e o cargo de Técnico em Reabilitação, extinto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em 13 de outubro de 1969, Decreto-Lei nº 938/69, não havendo espaço para a figura do técnico, mesmo porque é ilícito ao Fisioterapeuta e ao Terapeuta Ocupacional delegarem suas atuações profissionais para quem não seja Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, respectivamente, e assim definir a Fisioterapia como profissão de nível superior, cabendo ao fisioterapeuta, de forma privativa, a realização de "métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente" (BRASIL, 1969).

A fundação da ABBR no Rio de Janeiro representou uma resposta original da sociedade carioca à epidemia de poliomielite vigente na cidade e no país. O impacto da deficiência física na sociedade (afetando diferentes classes sociais), o forte apelo emocional da doença, a capacidade de mobilização social através do voluntariado, da filantropia, do empresariado local, o apoio de governantes, as soluções adotadas por outros países aumentando a presença de fisioterapeutas, juntamente com a capacidade e experiência técnica de alguns profissionais médicos no cenário internacional da reabilitação constituíram um ambiente favorável à criação da ABBR e da primeira escola de reabilitação no país (BARROS, 2008, p. 12).

Conforme Oliveira (2012), o interesse crescente pela reabilitação, que de fato era uma necessidade social, incentivou o desenvolvimento de pesquisas na área com expansão



de cursos, e investimento de mais de um milhão de dólares em dez escolas médicas distribuídas pelo país, e empregado também no ensino da medicina e em residências médicas, transformando a Medicina Física em uma especialidade médica denominada Fisioterapia.

### **As primeiras escolas de Fisioterapia no Brasil e no mundo**

A primeira instituição americana a oferecer cursos nessa área de reabilitação foi a *Sargent School*, fundada em Boston, em 1881, pelo médico Dudley Allen Sargent, com a profunda convicção de que o termo ‘medicina preventiva’ poderia ser melhor praticado por meio do treinamento físico individual. Suas técnicas, empregadas por todos os estudantes de Harvard, lhe renderam reconhecimento nacional. Conforme Barros (2008), as primeiras escolas formadoras de fisioterapeutas na Inglaterra ocorreram no ano de 1895, na Alemanha em 1902, e ainda hoje existem escolas que formam técnicos em Fisioterapia; a França, que em 1927, já possuía Faculdade de Fisioterapia, e novas instituições foram sendo criadas em outros países da Europa, Canadá e Austrália, enquanto na América Latina, países que criaram as primeiras escolas foram a Colômbia, em 1952-53, com a Escola Nacional de Fisioterapia, o Chile, com a Escola de Fisioterapia da Universidade do Chile, criada em 1956 e a Argentina, com a criação dos primeiros serviços especializados, que incluíam o treinamento profissional em fisioterapia, Instituto Municipal de Radiologia e Fisioterapia, criado em 1925, em Buenos Aires.

Nos Estados Unidos da América (EUA), os padrões curriculares adotados até então eram aqueles estabelecidos pelo Conselho de Educação Médica da *American Medical Association* - (AMA) (Associação Médica Americana), responsável pelo reconhecimento das escolas de Fisioterapia, onde os currículos dos cursos de Fisioterapia eram modelados, a partir dos currículos médicos, prevalecendo a anatomia básica e a neurologia (OLIVEIRA, 2012).

As pesquisas em favor da poliomielite nos EUA cessaram e deu início a atenção voltada às doenças crônicas e àquelas associadas à idade. Houve um vasto crescimento da fisioterapia pensada como uma profissão de nível superior e currículos voltados ao perfil clínico e epidemiológico. As áreas de Fisioterapia comunitária, respiratória, neurologia, psiquiatria, reumatologia, incapacidade mental, acupuntura, terapia animal, hidroterapia, geriatria, pediatria, manipulação, medicina esportiva, ortopedia e ginecologia e obstetrícia foram incluídas nos currículos.

No Brasil, o ensino de Fisioterapia inicialmente se restringia a aprender apenas a manusear aparelhos e reproduzir, sob prescrição médica, mecanicamente, determinadas técnicas de massagem e exercícios. Os primeiros profissionais eram auxiliares do médico, seus ajudantes de ordem, que não possuíam os conhecimentos necessários para o diagnóstico, o funcionamento normal e patológico, bem como os componentes necessários para o conhecimento de métodos e técnicas de avaliação do corpo humano, nem sobre os mecanismos de lesão e conduta terapêutica.

Posteriormente, as primeiras instituições de ensino a formar fisioterapeutas regularmente no país, com currículos definidos em áreas de especialidades, antes mesmo da regulamentação da profissão foram, segundo Barros em 2008, a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, em 1956, o Instituto de Reabilitação de São Paulo, em 1958, e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (Fundação Arapiara), em 1962.

O Conselho Federal de Educação emitiu, Parecer nº 388/63, a 1ª definição oficial da ocupação do fisioterapeuta como auxiliar médico, “trata-se de formar um profissional para-médico”, pois a fisioterapia e enfermagem são profissões que “executam prescrições médicas”. Em 23 de julho de 1964, o Ministério da Educação definiu, pela primeira vez, o currículo mínimo (três anos) dos cursos superiores de fisioterapia e de terapia ocupacional, Portaria Ministerial de n.º 511/64, baseando-se no Parecer nº 388/63. No Ceará, o primeiro Curso de Fisioterapia surgiu na Universidade de Fortaleza, em 1973, quatro anos após a regulamentação da profissão como nível superior no Brasil.

A preocupação em ampliar os conhecimentos na área de fisioterapia para o ensino teórico e assim otimizar o exercício da profissão fez com que, em 1959, a Fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), entidade esta influenciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que seguia os parâmetros do Comitê de Reabilitação Médica da OMS, do qual fazia parte o Dr. Godoy Moreira, professor de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da USP, formasse a primeira turma de técnicos em Fisioterapia com duração de dois anos. Esses cursos foram inspirados nos currículos de países desenvolvidos da América do Norte e Europa.

A crescente colaboração internacional, o desenvolvimento nas técnicas de retraining muscular e as pesquisas realizadas por um crescente número de fisioterapeutas foram alguns dos fatores que ajudaram no estabelecimento da fundamentação moderna da Fisioterapia a ser construída nas décadas seguintes, embora ainda marcada pelo forte contexto da reabilitação.

Na perspectiva do corpo na história da Fisioterapia, foi essencialmente fundamentado o seu desempenho físico, que acometido por incapacidades desfavorecia o

indivíduo no seu meio. A recuperação parcial ou total do seu “maquinário” constituía a principal fonte dos seus cuidados. Sendo assim, observa-se um olhar sobre o corpo apenas no referencial de motricidade sem apreender a complexidade da pessoa em um discurso muito além da reabilitação física, mas no contexto da subjetividade do sujeito. A motricidade vai além de conduções nervosas cerebrais que, descarregadas nos músculos, provocam o movimento, mas ela implica segundo Prista e Manoel (2010), dialeticamente, a apropriação da cultura e a experiência relacional e social da pessoa humana no mundo.

### **O Reconhecimento da profissão no Brasil**

A Junta Militar que governava o país em 1969, ao assinar o Decreto-lei nº 938, regulamentou o exercício das profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional, definindo suas áreas de atuação e formação. O exercício profissional na área da fisioterapia tornou-se desde então exclusividade de fisioterapeutas formados em cursos de nível superior. Conforme Brasil (1969), o Decreto - Lei provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, a seguir:

Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artigo 1º do Ato Institucional nº. 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o parágrafo 1º do artigo 2º do Ato Institucional nº 5, de 13 de dezembro de 1968, decretam: O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior. Portanto,

Os documentos legais publicados oficialmente e que tratam da regulamentação da Fisioterapia no Brasil são: o Parecer nº 388/63, elaborado por uma comissão de peritos do Conselho Federal de Educação; o Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969; a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, sancionada pelo Presidente da república, e o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, estabelecido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO). (BOTOMÉ; REBELATTO, 1999, p. 51)

Segundo esta documentação, o Art. 3º refere que: “É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.” Portanto, a finalidade da sua intervenção voltava-se apenas para o tratamento das sequelas e incapacidades motoras, onde o diagnóstico e a prevenção das disfunções não eram valorizados. Destarte, a Fisioterapia iniciou seu objeto de intervenção designado apenas a curar e reabilitar. Centrada na doença, seus procedimentos favoreciam a dicotomia entre corpo e mente, reduzindo o indivíduo em órgãos, corroborando com os modelos de intervenção europeu e americano. Além disso:

No início do século XX, o Brasil também passou por mudança de sua economia, deixando a condição de país agroexportador para adotar o modelo de produção capitalista, com o surgimento das primeiras indústrias. Em decorrência, cresceu o número de trabalhadores acidentados e lesionados e a consequente necessidade de reinserção desses trabalhadores no mercado de trabalho. Assim, surgiu a fisioterapia como instrumento de reabilitação da mão de obra e sua reintegração à força produtiva. Compreendia-se, à época, a saúde como instrumento de sustentação econômica e não como direito social da população (BISPO JÚNIOR, 2009, p. 3).

Conforme Bandeira (2011), a supremacia política, militar, econômica e ideológica em 1945, influenciou a educação brasileira. No século XIX, o Brasil suspendeu três vezes nos anos de 1827, 1847 e 1869, as relações diplomáticas com os EUA, e não aceitou sua hegemonia, ainda que, até a primeira metade do século XX, dependesse das exportações do café, e estas, do mercado americano.

Após a Segunda Guerra Mundial, os EUA emergiram como a maior potência militar, política, econômica, tecnológica e ideológica do mundo, culminando na abertura de uma “tradicional amizade” entre os dois países, constituindo um estereótipo ideológico, com o objetivo de influenciar a sua política exterior.

A consolidação dessa hegemonia permitiu a criação de órgãos responsáveis pelos investimentos em setores como educação, saúde e economia, como o Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD; Organização dos Estados Americanos – OEA, Organização do Tratado Atlântico Norte – OTAN e outros). Além disso, gerou um abismo ideológico através da mídia e programas que transitaram dos EUA para outros países, influenciando a formação educacional e profissional, em todas as áreas, inclusive militar.

Porém, nesse período (1964 - 1985), os esforços brasileiros para desenvolver conhecimento e capacitação tecnológica (nas áreas nuclear e informática) foram obstaculizados sistematicamente pelos Estados Unidos.

O Presidente Roosevelt era favorável ao desenvolvimento industrial do Brasil, porque não apresentava perigo para a ordem internacional, pois o país servia como fornecedor de matéria prima para as indústrias de armamento americanas. Sendo um país de regime democrático, não era considerado como uma ameaça aos investimentos privados e independência nacional.

As relações entre Brasil e EUA foram intensas no governo do Presidente Getúlio Vargas (1930 – 1945 e 1951 – 1954) devido a necessidade de fomentar a industrialização promovida principalmente pela elite brasileira, o que agravou as contradições entre os dois países concorrendo para o golpe militar de 1964.

O governo do Presidente Arthur da Costa e Silva (Arena), 1967 a 1969, se caracterizou pelo avanço do processo de institucionalização da ditadura. O que era um regime militar difuso, transformou-se numa ditadura que eliminou o que restava das liberdades públicas e democráticas.

De acordo com Lins (2009), na área de educação, o governo lançou em 1969 o curso de Educação Moral e Cívica, tornando-o obrigatório, a partir de 1971, para todos os alunos em qualquer série e escola do país. O decreto-lei, que instituiu o programa, destinava-o a “defender os princípios democráticos pela preservação do espírito religioso, da dignidade do ser humano e do amor à liberdade” (BRASIL, 1969).

O regime implantado pelo golpe civil-militar de 1964 produziu uma lógica de acesso à educação no Brasil, dentro da perspectiva de vinculação da educação pública aos interesses do mercado e de estímulo e favorecimento à privatização do ensino (SAVIANI, 2014).

A Reforma Universitária de 1968 produziu efeitos paradoxais no ensino superior brasileiro, especialmente no setor privado, com instituições organizadas a partir de estabelecimentos isolados, criando os departamentos, ensino em sistemas de créditos, com caráter semi estatal, voltado para a mera transmissão de conhecimentos e forte interesse na profissionalização do estudante, enquanto a universidade pública com incapacidade para absorver os alunos aprovados nos vestibulares e, principalmente, preservando-a de um processo de massificação (MARTINS, 2009).

No Brasil, a formação em fisioterapia sofre, ao longo de sua história, influência dos contextos políticos, históricos, econômicos e sociais. Em 1969, quando da regulamentação da profissão, existiam no Brasil apenas seis cursos dessa graduação. Em 15 anos surgiram mais 16, totalizando 22 cursos em 1984. Nessa fase o crescimento da oferta de vagas foi lento, o que se pode explicar por dois fatores principais: a pequena expansão do ensino superior no país, em decorrência da repressão do regime militar à educação superior, foco de resistência do regime ditatorial, e o pouco conhecimento das competências e dos benefícios da fisioterapia sobre a saúde da população. Durante a década de 1980 e a primeira metade da seguinte, a expansão dos cursos de fisioterapia seguiu a mesma tendência de crescimento lento, atingindo o total de 63 em 1995 (BISPO JÚNIOR, 2009, p. 4).

Conforme Bispo Júnior (2009), a regulamentação da Fisioterapia, como área profissional de nível superior, ocorreu no auge da ditadura militar no país, quando se agravaram as condições de saúde da população, devido à sobrecarga epidemiológica e à deficiência do sistema assistencial brasileiro. Também, nesse período, intensificou-se o agravamento das condições de vida da população, em consequência do modelo econômico concentrador de renda. A política de privilégio para as grandes corporações, com forte

incentivo ao crescimento industrial, desenvolveu-se em paralelo à deterioração das conquistas da classe trabalhadora. O desenvolvimento da Fisioterapia aconteceu, portanto, em momento turbulento da sociedade brasileira, de forte crise no setor saúde e com grandes implicações para a população.

Além disso, as demandas assistenciais se dirigiam para o setor de reabilitação, com forte ênfase ao tratamento da doença (modelo biomédico) e não à prevenção dos fatores considerados risco para seu aparecimento que efetivavam os locais de atuação destes profissionais: clínicas e hospitais.

O modelo biomédico e a Reforma Universitária ocorreram durante o governo militar-autoritário no Brasil (ditadura), que tinham como modelo socioeconômico o capitalismo. A fisioterapia ainda mantém sua atuação voltada a práticas dispendiosas, centradas na doença e, a certo modo ao alcance de pouca parte da população. A priorização desses espaços condiciona e restringe as possibilidades de intervenção em apenas um nível de atenção, a reabilitação. Tal situação impõe à população grande carga de doenças e sequelas que poderiam ser, muitas vezes, evitadas.

Percebe-se que, ao longo da história, a Fisioterapia se organizou diante de um modelo assistencial voltado para a doença e suas incapacidades; o número desordenado de cursos intensificou ainda mais o forte apelo da profissão no tratamento das disfunções neurológica, ortopédicas e reumatológicas, o que levava à compartimentalização dos saberes sobre o corpo e o processo saúde e doença.

Outro fator que condicionou a profissão a ser designada, eminentemente, como reabilitadora, foram os acidentes de trabalho no Brasil, reforçando o interesse na criação de métodos de tratamento e não de prevenção e promoção de saúde, com o intuito de fazer as pessoas retornarem ao seu posto produtivo. Além disso, o quadro epidemiológico brasileiro, naquela época, caracterizou-se pelo predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as epidemias de varíola, malária, febre amarela, poliomielite, tuberculose e sífilis.

Atualmente, seu enfoque de atuação tem-se transformado desde a implementação do Sistema Único de Saúde, em 1988, com seus níveis de atenção, que vão desde a prevenção, promoção, diagnóstico e recuperação, permitindo um olhar mais voltado para a condição de saúde das populações, mesmo tendo uma sobreposição de modelos de doenças, além das supracitadas, incorporam hoje as doenças cérebro vasculares, cardiovasculares e obesidade. Daí a necessidade em reestruturar os modelos curriculares dos cursos de Fisioterapia, a partir da década de 80, período que, segundo Souza (1993), retratou questões temáticas tradicionais do currículo — como planejamento, objetivos, integração e avaliação, além de discutir o contexto social do desenvolvimento de currículos.

Michael Apple em 1982 demonstrou que, o currículo foi construído, a partir da perspectiva sociológica com um referencial teórico-marxista, onde a cultura era entendida como mercadoria (capital cultural), e como experiência vivida pelos indivíduos em interação uns com os outros até o aparecimento das questões subjetivas do currículo no contexto da multiculturalidade. Tais questões repercutem o processo de formação dos profissionais fisioterapeutas, que pode sofrer variações entre as necessidades do mercado de trabalho e protagonismo epidemiológico, político e sócio-cultural.

Desta forma, quando há concentração de esforços voltados para as solicitações do mercado, prevalecem os modelos de formação tecnicista, em detrimento dos aspectos ideológicos e transformadores da sociedade.

Percebe-se, então, que, desde sua criação, como área técnica, e, posteriormente, superior de formação, o objeto de estudo da Fisioterapia se restringia apenas à reabilitação do corpo na esfera física, em detrimento da atenção integralizada do ser humano. Há que se fazer relação da formação norte-americana dos médicos que formaram fisioterapeutas na gênese da profissão e seus primeiros anos, com o documento “Relatório Flexner” (MIRANDA, 2011).

Mesmo ciente de que os recursos físicos têm sido utilizados, desde a Antiguidade, com o objetivo de promover relaxamento ou estimulação, para prevenir deformidades ou remediá-las, o marco inicial é o contexto europeu, mais precisamente a Inglaterra do século XIX, período este que remeteu à Industrialização. O Brasil teve uma forte influência, no século XIX, dos Estados Unidos, após o fim da segunda guerra mundial.

Para tanto, a evolução histórica e social da profissão dificultou a sua formação identitária, pois, até o ano de 1963, no Brasil não havia cursos superiores na área, o que levou à formação inicial de médicos em reabilitação e paramédicos alicerçados em uma assistência reabilitadora e não como ciência.

Destarte, essas intercorrências produziram resultados na composição do objeto de trabalho da Fisioterapia, limitando sua atuação profissional e sua compreensão de corpo e do processo de saúde e de doença, esta última parecendo merecer mais atenção, principalmente pelas suas consequências físicas. Ou seja, como um fenômeno isolado do contexto da saúde, o que enfatizou o dualismo corpo e mente da lógica cartesiana.

De acordo com o COFFITO (2007), a Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais, intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas (anatomia humana), das ciências fisiológicas, das

patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Esse conceito foi construído ao longo de sua história e das transformações do seu objeto de intervenção legalizados pelos documentos: o movimento humano, além das novas concepções de saúde com a possibilidade de compreensão do ser humano de forma mais integral. Tais concepções permitiram o avanço da profissão nos diferentes níveis de atenção em saúde e frente as novas tecnologias, porém, percebe-se ainda que o entendimento de corpo, como construção social e cultural, está apenas começando.

Isso ocorre, apesar de que os constantes esforços em transformar sua atuação nas necessidades coletivas, através do redimensionamento do seu objeto de assistência. Isso não significa dizer que a área teve que abandonar a atenção reabilitadora, mas aproximar seu foco de estudo, alargando-o para ver o movimento humano das dimensões social, psíquica e biológica.

O avanço da ciência e da tecnologia investe nesse corpo de um poder que abre possibilidades de aperfeiçoamento quase ilimitadas de suas habilidades, de conservação da saúde e prolongamento da vida. Tal fato é percebido pela necessidade em quantificar as capacidades corporais. Uma retrospectiva histórica nos permite observar que, desde o século XV, diversas tecnologias foram produzidas para permitir o acesso ao interior do organismo. Tais razões mediaram a percepção que construímos sobre o nosso corpo. Basta lembrar a história da anatomia que testemunhou a produção de verdades científicas sobre o corpo.

Essa tecnologia permitiu desvelar as doenças que se tornaram acessíveis para os especialistas, porém ocorreram transformações nos modos de compreensão deste corpo e na concepção do processo de saúde e de doença o que influenciou também as suas formas de intervenção (ORTEGA: ZORZANELLI, 2010).

Os mesmos autores referem que se o corpo se tornou mais visível em sua interioridade, tornou-se tecnologicamente mais complexo. Apoiado nessa concepção, interessa-nos compreender que as tecnologias influenciam a construção cultural e social do corpo, bem como das doenças que o afetam. Daí uma tensão entre as exigências de uma reorganização dos saberes sobre o corpo pela fisioterapia que deve considerar de forma contextualizada, e sempre, o diálogo com o doente e seu corpo, tangenciando suas escolhas, e velando por sua competência em oferecer decisões que beneficiem o doente, assegurando uma leitura mais completa do curso das disfunções do corpo. O Fisioterapeuta deve perscrutar manifestações vigentes ou iminentes de disfunções, resgatando não apenas a



harmonia sistêmica, mas sabendo que, para manter a beleza do espetáculo, é necessário entender que o corpo se comporta pleomorficamente, assumindo feições intrinsecamente subjetivas.

A Fisioterapia, como profissão mais recente, colheu os frutos do processo de hiperespecialização que levaram ao desenvolvimento dos seus recursos de alta tecnologia e procedimentos de alto custo, enquanto que as necessidades básicas em saúde foram subestimadas pelos profissionais. Para tanto, há necessidade em compreender o ser humano em seus aspectos afetivos, culturais e sociais, reforçando a inserção de outras áreas de atenção aos indivíduos. Daí a importância da interdisciplinaridade como eixo para a construção dos conhecimentos importantes para a organização dos cuidados necessários à saúde das populações.

A formação do Fisioterapeuta deve assegurar uma prática pautada na interdisciplinaridade e integralidade para a assistência do indivíduo, seja nos níveis de prevenção de doenças, promoção de saúde e tratamento, sendo portanto capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo, considerando não apenas as disfunções físicas e funcionais, mas também as manifestações subjetivas do processo de adoecimento (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Os conteúdos essenciais inseridos no currículo do Curso de Fisioterapia instituídos pelas diretrizes curriculares nacionais em 2001 que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior, tendo como perfil formar o egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001, p. 1).

As disciplinas e/ou módulos que incluem as temáticas transversais tais como: Antropologia, Filosofia, Psicologia, Bioética e Sociologia possibilitam ao profissional atuar de forma a garantir a integralidade do cuidado, estão inseridas no primeiro semestre do projeto pedagógico do Curso de Fisioterapia da UFC.

Estes conteúdos, mesmo que apresentados em módulos, tomam a forma de disciplinas isoladas e se constituem uma forma de produção de saber individualizado, e sobretudo, não transitam nos demais semestres, como também não se apresentam nos módulos práticos assistidos e supervisionados.

Os conteúdos programáticos do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC são agrupados em módulos temáticos, integrando as informações antes oferecidas sob forma isolada. A apresentação dos conteúdos em módulos temáticos confere ao currículo a necessária integração vertical e horizontal.

Percebe-se, então, mesmo no “currículo modular”, a presença de uma dicotomia entre os conteúdos relacionados às ciências humanas com os conteúdos das áreas técnicas, voltadas para o tratamento das disfunções. Portanto, a articulação entre as múltiplas determinações da saúde e da doença, elencando seus aspectos sociais e culturais, mesmo que ocorram ainda superficialmente, dificultam uma apreensão do corpo subjetivado na clínica fisioterapêutica, crenças e práticas relacionam-se com as alterações biológicas, psicológicas e sociais no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença (HELMAN, 2009).

Ademais, trata-se de uma proposta da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Lei n.º 9.394/96), que trouxe consigo as bases das reformas do ensino superior, tendo as experiências proximais como eixos norteadores para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 1996).

De acordo com Helman (2009) em todas as sociedades humanas, as crenças e práticas relativas aos problemas de saúde são uma característica central da cultura. Tais questões não poderão ser estudadas isoladamente. Não se pode compreender de fato como as pessoas reagem à doença, à morte ou a outros infortúnios, sem uma compreensão do tipo de cultura em que elas vivenciam e interpretam seu mundo. Portanto, a doença e/ou disfunção deverá ser interpretada pela clínica dentro de um contexto biopsicosocial.

O processo de formação do estudante de Fisioterapia deverá ordenar inicialmente a história natural da doença. A clínica pede um olhar tanto quanto a história natural. Ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupando-os e classificando-os por espécies ou famílias (FOUCAULT, 2011). Não se trata simplesmente de um deslocamento desse olhar para os signos e sintomas da doença, aleatório à linguagem simbólica do indivíduo. É o reconhecimento da estética da existência: eu cuido de mim, mas também cuido do outro.

A relação entre o estudante e o paciente, palco de experiência cotidiana do seu saber, desenvolve-se numa sequência organizada de situações desafiadoras da aprendizagem sobre o adoecimento, ambos são sujeitos do processo e protagonistas na luta contra a doença.

Não se deve apenas abranger o *corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem, durante a formação do aluno do curso de Fisioterapia; deve-se envolver, também, o reconhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição de saúde regida pelas relações físicas, funcionais e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Ou seja, um homem capaz de cuidar de si e do outro. Uma evolução que começou no século XVIII pela saúde, com regras de vida e de alimentação, ou seja, ser médico de si mesmo percorreu o século XIX com a normalidade das estruturas orgânicas e o papel da fisiologia para a explicação do sadio e do mórbido, e chegou ao século XX com a medicina do espaço social.

O Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Desenvolver a sensibilidade dos profissionais fisioterapeutas nas crenças culturais, práticas, expectativas e origens dos pacientes e comunidades, principalmente relacionadas à má saúde, auxilia na redução dos entraves na relação profissionais e pacientes, desenvolvendo a competência cultural.

O conceito de competência cultural segundo Helman (2009) tornou-se popular entre os planejadores de saúde, bem como entre médicos e enfermeiros, especialmente na América do Norte. Isso resultou, em boa parte, do aumento da diversidade cultural e étnica da população e da necessidade de melhorar a comunidade com as minorias e os imigrantes, bem como a qualidade dos cuidados em saúde.

Segundo o mesmo autor, a competência cultural tem várias dimensões: melhorar a sensibilidade dos profissionais para lidarem com as diferentes crenças, valores e comportamentos dos pacientes e de suas famílias; o acesso aos cuidados em saúde para as minorias e reduzir barreiras organizacionais e intersetoriais de acesso aos serviços de saúde. Ou seja, todas as realidades sociais, culturais e econômicas da sociedade – como suas relações de poder e desigualdades – sempre precisam ser levadas em conta ao se tentar melhorar os cuidados de saúde.

Surgem, assim, questões que se relacionam ao corpo doente e subjetivado, no currículo do curso de Fisioterapia. Como deve ser apresentado esse corpo subjetivado, bem como a doença que o atinge, no ensino na área da Fisioterapia, levando-se em conta a sua história? Como deve ser construída uma relação entre o corpo do sujeito e sua doença com os processos de aprendizado e ensino dos estudantes? Como o docente pode participar na construção dos saberes sobre esse corpo, sabendo que o que ele deverá aprender é aquilo que

é realmente necessário para uma atuação efetiva, responsável, ética, levando-se em conta as particularidades do contexto social onde se insere? Como o currículo do curso de Fisioterapia da UFC tem se adequando às novas transformações do corpo na contemporaneidade? Como fornecer um ambiente de aprendizagem que possibilite ao estudante a compreensão desse corpo que chega com experiências multiculturais pré-existentes para que ele possa dialogar através dos significados da realidade?

Ao tomar o discurso do corpo emergente da estrutura epistemológica do modelo biomédico, deve-se considerar: o processo histórico de inserção e legitimação da Fisioterapia no mundo e posteriormente no Brasil; a formalização de um conhecimento especializado; a institucionalização desses saberes no contexto da academia e da assistência e cultura profissional.

Conforme Oliveira (2015), a Fisioterapia, em suas ações de cuidado, é orientada pelo poder do discurso científico e condicionada ao uso deste conhecimento pela profissão na sociedade. Observando que essas ações orientam a redução do corpo do sujeito através da dinâmica discursiva do profissionalismo vigente na época do seu reconhecimento, em 1969, pois, desde a sua chegada ao Brasil, em 1930, e introdução dos cursos técnicos em meados dos anos 50, a Fisioterapia, até ser reconhecida como nível superior, foi modelada numa lógica de organização de trabalho, pautada no mercado e no profissionalismo. Além disso, seu “currículo” foi desenvolvido, a partir do modelo médico, relacionando o processo saúde doença apenas no contexto biológico, repercutindo assim no ensino da profissão.

As dimensões no processo de educação formal deixam claras as ideias de que o currículo escolar é desempenhado indissociavelmente em seus aspectos explícitos e implícitos. Neste sentido, a universidade não ensina apenas aos estudantes as técnicas pertinentes aos processos de formação profissional, mas estão recheados de assuntos e práticas não correlacionados que são agentes de socialização, concomitantes ao papel educacional que produz transformação social. Portanto, o currículo precisa interagir com o mundo do qual ele fará parte. Este deve percorrer a natureza dinâmica da cultura, dos valores, da política, economia e sociedade. Para compreender o corpo, sua doença e seus aspectos biopsicossociais, o aluno e professores precisam vivenciar um currículo que habite na formação ética, crítica e reflexiva da natureza humana, onde sua linguagem com o campo remeta-se a um jogo de construções simbólicas, produzidas por relações em um mundo historicamente construído. Qual a intencionalidade do projeto político pedagógico do Curso de Fisioterapia da UFC frente às questões do processo de adoecimento do corpo? Que experiências e subjetividades transitam nos espaços de aprendizagem do aluno para com o

corpo doente? As experiências e saberes dos alunos são utilizadas para a construção identitária desse corpo, submetido ao tratamento fisioterapêutico?

### **A Fisioterapia e o Sistema Único de Saúde: um novo olhar para o corpo**

O nascimento da saúde pública, no Brasil, deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da "República Velha". Configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Nascimento (2007) refere que a emergência do movimento pela reforma do setor da saúde surge em período anterior ao da transição para a democracia no País. Em torno dele, havia críticas, ainda desarticuladas, ao regime autoritário, que se concentravam tanto em núcleos universitários e acadêmicos como em determinados setores profissionais. Essas críticas predominavam contra a forma antidemocrática de o regime militar organizar o sistema educacional e de atenção à saúde, com ênfase para a lógica de privilegiamento dos interesses econômicos e lucrativos de prestação de cuidados médicos pelo empresariado privado, padrão esse de dominação política vigente no país, desde 1930.

O Estado funcionava como núcleo organizador da sociedade e impulsionador da construção do capitalismo industrial do país e a formação de uma sociedade voltada para a expansão do capital estrangeiro e do capital interno. A criação de programas sociais para ampliar os apoios da população ao regime militar, o exemplo mais claro é o da previdência social, criada em 1970, que vinculava programas assistenciais aos trabalhadores previdenciários.

O processo de industrialização das cidades promoveu um crescimento do proletariado urbano industrial, que culminou com a urbanização das cidades, ampliando o setor de serviços com o desenvolvimento de novas profissões de cunho técnico e burocrático. Também abriu espaço para novos segmentos políticos, cujos atores vinculados às universidades, aos movimentos estudantis e aos partidos de esquerda (opositores do regime militar) contestavam o capitalismo e a ausência da liberdade de expressão.

No final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, o agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (FORTES, 2013).

Essa política “social” individualizada e adotada pelo regime autoritário foi alvo de críticas, pois se voltava aos problemas advindos da expansão médica da previdência social, como também a consolidação de uma área privada de atenção médica.

Em 1975, a Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000, p. 2).

Nessa época, os fatos sociais não eram associados ao processo saúde doença. Ou seja, a saúde, vista sob o olhar técnico, assistencialista e especializado, em detrimento da saúde pública e com dicotomia entre prevenção e cura que extraía a compreensão dos fatores sociais relacionados à saúde e doença, permitindo um saber dominante e divisório sobre o corpo repercutindo para uma formação puramente técnica do fisioterapeuta.

O grande marco histórico nesse processo foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000, p. 3).

Houve a necessidade de uma intensa reformulação das práticas médicas sob a influência de novos marcos teóricos de abordagem marxista, que nortearam a determinação social da doença, à historicidade do conceito saúde e doença, aos processos de trabalho em saúde, ao poder médico e à medicalização. Além disso, ampliaram estratégias de gestão em saúde voltadas ao uso de tecnologias do cuidado.

A mudança também ocorreu nos cenários acadêmicos, permitindo uma reestruturação dos currículos das áreas da saúde, levando o estudante a desenvolver uma visão crítica da realidade vivenciada para além dos hospitais, clínicas e consultórios. Essa defesa, por uma abordagem mais integralizadora da saúde, percebendo o sujeito e não o paciente e/ ou cliente, possibilitava a transformação das práticas de cuidado em *práxis*.

Portanto, o que também se pretendia era um sistema que fosse para todos (SUS para todos). Como assegurar ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. Além de atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável (BRASIL, 2006).

Com o advento do Sistema Único de Saúde, presente na Constituição Brasileira de 1988 e o aparecimento dos seus princípios da autonomia, integralidade, universalidade e equidade, ocorreu uma transformação no objeto de trabalho da Fisioterapia com alcance para a promoção à saúde, prevenção de doenças e disfunções motoras e sensoriais, diagnóstico cinesiológico funcional e tratamento das alterações do movimento e da postura (Figura 14). As intervenções fisioterapêuticas começam a pautar-se em modelos centrados na condição de saúde e, não somente na doença, fazendo com que os profissionais percebessem melhor o indivíduo em seu mundo e os processos de subjetivação relacionados à saúde e à doença.



Figura 14: Fisioterapia no SUS – Um olhar para além da deficiência: ações coletivas para as mães sobre prevenção de alterações no desenvolvimento da criança/Fonte: Google Imagens

Podemos perceber que, tanto a nível internacional, como nacional, o campo de conhecimento e atuação da fisioterapia se reduzia nos seguintes aspectos: uma profissão técnica alicerçada pela área médica, a formação pura em ciências básicas voltadas também para o quadro epidemiológico da época, focada na doença e não nas disfunções, ausência da atenção voltada à promoção e proteção e, finalmente, um olhar designado às especializações, fruto da emergência social; além disso, não importava a atenção integral do indivíduo, da coletividade, a relevância da remoção ou do controle dos fatores determinantes.

Esta atenção disciplinar privilegia as partes e não o todo, dificultando um cuidado com dimensões mais ampliadas e globalizadas, entendendo que o ser humano é dotado de uma multiplicidade de aspectos que exige uma atenção mais integral. O paciente não é uma patologia ou um sintoma qualquer, um pedaço de corpo, mas antes de tudo, um ser humano, inserido em sociedade, que precisa de uma abordagem integral e holística.

A inserção dos três níveis de atenção em saúde primário (cuidados primários em saúde - primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema

nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde); secundário (reúnem os serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico) e terciário (atenção à saúde em nível de alta complexidade) sob a ótica da fisioterapia privilegia o cuidado com o corpo e a visão de seus diferentes mundos subjetivos.

Desde muito tempo, estuda-se a relação entre corpo e alma. Inicialmente, o corpo foi considerado exclusivamente instrumento da alma, mas, com o dualismo cartesiano, corpo e alma passam a ser considerados duas substâncias diferentes e independentes. Essa forma de pensar influenciou e influencia até hoje o pensamento médico-científico ocidental, que passa a conceber o corpo fragmentado em duas “partes”: fisiológico e psicológico, destinando a diferentes especialistas o cuidado de cada uma de suas “partes”. Nasce, aqui, a dificuldade da fisioterapia em considerar a dialogia corpo-mente, com implicação direta na relação fisioterapeuta-paciente (SIMÃO; MORAES CANTO, 2009).

A aproximação entre fisioterapia e saúde coletiva<sup>10</sup> tem como propósito ampliar o campo de prática da profissão e disponibilizar para a sociedade novos saberes capazes de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida. A defesa da inserção da fisioterapia na saúde coletiva, em especial na atenção básica, não se pode restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho do fisioterapeuta; acima de tudo, deve pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da área de saúde (BISPO JÚNIOR, 2009, p. 12).

O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde/ Resolução nº 10 que aprova o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional em 1978.

A ação do SUS visando aproximar a área de fisioterapia e as demandas da população não pode ocorrer fundamentada nas práticas de atuação profissional exclusivamente reabilitadoras. Conforme Bispo Júnior (2009, p.661):

...seu objeto de intervenção tem sido o sujeito individualizado, quando não apenas partes ou órgãos isolados de seu corpo. Um dos fatores que contribuem para explicar essa situação é a própria opção da fisioterapia em constituir-se como profissão liberal, direcionada para o atendimento à classe média e aos estratos de maior poder econômico. Durante muitos anos, o fisioterapeuta atuou como profissional autônomo, com atividade desenvolvida quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético. Parece ter ocorrido certa letargia, por parte desses profissionais, em discutir e apresentar proposições sobre as contribuições da fisioterapia para promoção da saúde e prevenção de doenças e sobre intervenção em âmbito coletivo.

A rotina diária e a objetividade para a cura dificultam a interatividade e o diálogo terapêutico, entre o fisioterapeuta e o sujeito que tenta expressar, nesse processo, uma dialogicidade corporal, tentando superar suas expectativas e anseios frente à doença numa espécie de resiliência:



É preciso considerar que a experiência de estar próximo ao sofrimento de outros (in) sensibiliza os profissionais que, por vezes, se recusam a conhecer as circunstâncias de vida do paciente, evitando o confronto com seus sentimentos, isso talvez pela crença de que sua formação profissional não abarque esses possíveis aspectos da vida humana (SIMÃO; MORAES CANTO, 2009, pág. 308).

Para que uma pessoa se exprima enquanto corpo que realiza seus próprios desejos, é necessário que ela cresça, não em sua individualidade absoluta, mas em suas relações com os outros e com o mundo. No caso da relação com o fisioterapeuta, a busca pelas representações será sempre no seu aspecto positivo da deficiência (figura 15), tentando retirar do processo de adoecimento motivação para seguir em frente aos desafios propostos pela doença.



Figura 15: Manuseio de uma criança com deficiência/Fonte:Google Imagens

É nesse diálogo corporal proposto pelas mãos do fisioterapeuta no paciente, que se expressa em relação à compreensão dos papéis, muitas vezes confrontados pela competência do profissional e o desenvolvimento de comportamentos, que podem desenvolver uma relação de hostilidade entre eles. A interatividade, através de um diálogo horizontal entre o fisioterapeuta e paciente, permitirá a construção de novos conceitos sobre doença e o desenvolvimento da autonomia para cuidar de si.

Ao tocar o sujeito, o fisioterapeuta estabelece uma relação interativa que favorecerá o aparecimento da personalidade corporal, antes intrínseca ao olhar de si e do outro. Nesse aspecto, aparecem cenários instantâneos de vida (Figura 16).



Figura 16: O toque como elemento de comunicação entre o sujeito e o fisioterapeuta  
Fonte: Google Imagens

É comum observar, durante um atendimento de fisioterapia, alterações da imagem corporal; pelo fato do paciente em estado de incapacidade tentar não finalizar em si. Na verdade, ele passa por processos de desconstrução e reconstrução da imagem de si como se desejasse aceitar-se e ser aceito pelo outro. A partir desse diálogo não verbal, expresso pelo corpo, o fisioterapeuta também constrói suas reflexões e estabelece mudanças durante o cuidar, através do reconhecimento do corpo do outro, expressão de vida e das constantes resignificações para o estabelecimento das relações interpessoais.

## 3 CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

### 3.1 Natureza e tipo de pesquisa

A abordagem da pesquisa foi qualitativa e do tipo descritiva. Segundo Neves (1996), os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto aos métodos, enumerando um conjunto de características essenciais capazes de identificá-la, como: o ambiente natural como fonte direta de dados, o pesquisador como instrumento fundamental, o caráter descritivo, a busca do significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida, como preocupação do investigador e o enfoque indutivo, pois, a pesquisa qualitativa parte da particularidade das evidências empíricas, suficientemente, constatadas para inferir uma verdade universal.

Incorpora a questão dos significados e das intencionalidades; se preocupa com o universo dos significados, motivos, aspirações, valores e atitudes e, suas evidências empíricas demonstram os significados atribuídos pelos participantes da pesquisa, sujeitos da investigação.

Conforme Oliveira (2012), a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando detalhá-los, classificá-los e interpretá-los, com base na forma como se apresentam esses fatos e fenômenos. Ela é abrangente, permitindo uma análise do problema de pesquisa em relação aos aspectos sociais, políticos, econômicos, percepções de diferentes grupos, comunidade, entre outros aspectos.

Conforme Bosi e Mercado (2007), ao lado da subjetividade, a perspectiva dos outros, ou seja, a alteridade constitui uma preocupação central na investigação qualitativa. Corresponde à já aludida dimensão política inerente a essa modalidade de pesquisa, uma vez que significa diluir a visão dominante que confere superioridade de uma visão – a tecnocientífica. Desse modo, a perspectiva dos sujeitos é que dá importância para a vertente qualitativa, expressa em suas percepções, opiniões, representações, significados, experiências e práticas.

Para Minayo (1992), é imprescindível considerar, na perspectiva qualitativa, as classes sociais, as ideologias e visões de mundo dominante que se estabelecem entre agrupamentos e classes sociais, diante dos fenômenos que serão discursados pelos sujeitos.

### **3.2 Estratégias e recursos de análise: Genealogia de Michel Foucault e Educação Comparada**

Como recursos metodológicos para análise dessa pesquisa foram utilizados a genealogia do corpo e a perspectiva comparada para pensar o percurso da Fisioterapia no tempo, e seu trânsito internacional, nacional e local para a formação dos fisioterapeutas para o cuidado com o corpo em adoecimento.

Tratando, inicialmente, da metodologia genealógica, Faé (2004) revela que ela escuta a história, prestando atenção a seus acasos e suas descontinuidades. Busca a origem dos saberes, através dos fatores que interferem na sua emergência, permanência e adequação ao campo discursivo, como elementos incluídos em um dispositivo político que abre as condições para que os sujeitos possam se constituir imersos em determinadas práticas discursivas.

A genealogia favorece a articulação do entendimento dos sentidos atribuídos ao corpo com a história. Para Foucault (1992), por meio dela, vê-se o corpo marcado de história com seus acidentes, acasos e perspectivas, o que recebe inscrição nos poderes sobre ele. Dessa forma, emergem mais claramente os processos de subjetivação que serão construídos, a partir das experiências do corpo, para com o corpo. Nesse sentido, o recurso genealógico não promete uma avaliação do passado em nome de uma nova verdade, mas de uma análise do que somos, enquanto atravessados pela vontade de verdade (FAÉ, 2004). Portanto, nesta perspectiva, não se busca a origem, mas a proveniência dos discursos sobre o corpo em processo de adoecimento, a partir das falas dos sujeitos participantes da pesquisa, pacientes, estudantes e professores do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará.

A construção genealógica do corpo adoecido, na história da Fisioterapia, fundamenta-se, inicialmente, na concepção do seu objeto de assistência: a reabilitação de sequelas neurológicas e traumato ortopédicas, aprofundando sua análise através do entendimento das condições que possibilitaram o surgimento e a permanência de determinadas práticas discursivas, em uma perspectiva genealógica, possibilitando a direção do caminho histórico, epistemológico e político da Fisioterapia no cuidado com esse corpo, destacando as condições de saúde e adoecimento vivenciados pelo doente, alunos e professores no ambiente das instituições de ensino, sujeitos da pesquisa e assistência com suas características e necessidades existentes, que produzem ou permitem a emergência dos saberes sobre esse corpo, como dispositivo de poder daqueles que sistematizam a doença. Portanto, se, de um lado, as circunstâncias históricas e tradicionais da atenção fisioterapêutica voltaram-se para a utilização de técnicas para o tratamento da doença e não

para a manutenção de um estado saudável do outro, as próprias diretrizes das atividades científicas, que temos no Brasil atual somaram-se aos fatores restritivos da profissão. Identificando as raízes históricas da profissão, assim como os obstáculos enfrentados pela Fisioterapia, desde a forma como foi concebida, caracterizada e regulamentada, com base em concepções acerca do corpo e do adoecimento, perceberemos que sua história transita pelos períodos da Antiguidade, Idade Média, Renascimento, Período de Industrialização européia e na contemporaneidade, a Revolução da informação “era virtual” e, segundo Baumann (2016), em tempos de interregno.

A Educação Comparada, como área específica de estudo, teve seu início no século XIX, mas começou a se consolidar no âmbito da Sociologia, segundo Verhine (2015), a partir da década de 1950, com o desenvolvimento de suas próprias teorias, metodologias, sociedades acadêmicas, periódicos e programas de pós-graduação. No Brasil, foram produzidos trabalhos importantes de educação comparada por intelectuais da educação, tais como Rui Barbosa, Anísio Teixeira e, especialmente, Lourenço Filho.

Segundo Nóvoa e Catani (2000), a possibilidade de realização do estudo histórico-comparado às realidades educacionais deve ultrapassar os limites das comparações tradicionais que, muitas vezes, limitam-se ao apontamento de similaridades e diferenças. A comparação exige a problematização e um exercício crítico do ponto de vista teórico e metodológico, que permita criar categorias férteis na apreensão das peculiaridades dos processos de apropriação dos saberes e da invenção das práticas no campo educacional. Isso exige, também, que se constituam instrumentos comuns de investigação a serem empregados no estudo das situações.

Historicamente, a globalização e a industrialização estimularam e fundamentaram estudos que empregam, até hoje, a metodologia comparada, para responder sistemas políticos e educacionais. Sendo assim, para compreender sistemas de ensino brasileiros é necessário percorrer um panorama internacional e global que envolva, também, questões relacionadas ao multiculturalismo. Seu maior valor reside na análise das causas que determinam o desenvolvimento dos sistemas, na comparação de suas diferenças, nos motivos subjacentes à sua formulação e no estudo de um ponto de vista histórico das soluções tentadas para as condições e/ou problemas resultantes. Por isso, a necessidade em ser definida por meio da comparação intercultural, em que a convivência de estruturas, processos, interações, dependências e diferenças das práticas e políticas em matéria de formação nesse campo de conhecimento se confrontam para explicar os fenômenos educacionais (NÓVOA; CATANI, 2000).

A importância dos estudos em Educação Comparada (EC) para esta pesquisa vem do interesse e da necessidade em discutir acerca das questões do corpo na clínica fisioterapêutica, pois existe uma estreita relação entre seus métodos de trabalho e o caráter interdisciplinar para a investigação do objeto.

Para entender a história da profissão e o corpo que nela transita, saudável ou doente, é necessário se apropriar de suas instâncias assistenciais e de ensino no percurso Estados Unidos – Inglaterra – Brasil.

É nosso propósito utilizar o caráter pluridisciplinar da Educação Comparada para investigar os fenômenos educativos e fatos históricos que colaboraram para a vinda da Fisioterapia ao Brasil, com ligação muito estreita com a incapacidade física do corpo ocasionada por guerras e doenças, que justificaram o seu nascimento.

Sendo assim, a concretização de um estudo que vise à relação entre o adoecimento do corpo e suas (re) significações psicossociais, para a formação do Fisioterapeuta, deve percorrer algumas dimensões que envolvem essa área, sabendo que apenas uma descrição histórica não seria suficiente para responder ao seguinte questionamento: como esse corpo adoecido será apreendido inicialmente pela medicina no período das Grandes Guerras e doenças depois ser manuseado pela Fisioterapia? Trata-se, afinal, a Fisioterapia como uma área profissional que deu continuidade aos modelos médicos que incorporaram exames de práticas, processos e vincularam esse corpo a instituições de poder e que, até hoje, se configuram em um modelo biomédico e tecnicista, embora os novos paradigmas tendam a resignificá-lo. Portanto, este é o maior desafio para o desenvolvimento dessa pesquisa, que utilizou a perspectiva comparada, com destaque para a circulação de ideias e saberes da sua história.

### **3.3 As fontes bibliográficas**

As fontes bibliográficas e documentais utilizadas para a pesquisa foram constituídas, a partir de autores de referência no campo teórico, histórico e metodológico, afetos à temática escolhida; o projeto pedagógico e o currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, *web sites*, busca através da Biblioteca virtual (BIREME), com o apoio da revisão sistemática de literatura na qual abrangeu os seguintes descritores: corpo, religião, história e doença, entrevistas dos pacientes, alunos, docentes e anotações no diário de campo. As matrizes teóricas que sustentaram esta pesquisa contextualizaram o objeto de investigação deste estudo que situou-se no campo da fenomenologia, para a valorização do que não poderia ser apreendido pela ciência positivista.

### 3.4 Fontes documentais

O exame do Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC) de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (2009) apresenta um currículo integrado, com intenção de incluir nos processos de ensino e aprendizagem do aluno a reflexão sobre sua prática.

Enfatiza a necessidade em desenvolver um projeto inovador de ensino nesta área, pois entende que a renovação da prática docente poderá contribuir para um novo cenário na formação do fisioterapeuta, fugindo de modelos pedagógicos voltados apenas para formação tecnicista ou para especialidades, afastando-se de modelos educacionais conservadores que tenham como foco essencial a reprodução do conhecimento. Destaca-se, também, nesse documento, a orientação para a formação profissional, com base nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual está destacada a necessária visão sistêmica que permita compreender a saúde em todas as suas dimensões, as quais não se distanciam das dimensões de vida do ser humano (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2009).

Conforme descreve a Universidade Federal do Ceará (2009), o currículo do curso de Fisioterapia propõe o desenvolvimento da competência para atender a saúde, através do desenvolvimento das ações de prevenção, promoção, proteção, recuperação funcional e reabilitação, ao nível individual e coletivo com práticas integralizadoras para a resolução dos problemas de saúde fundamentada na capacidade em tomar decisões sobre o estado de saúde e doença dos indivíduos.

Sendo assim, o critério de escolha em que esta pesquisa se baseia tem como fonte, o currículo do curso de Fisioterapia da UFC. Para seu estudo foi a intencionalidade prescrita no PPC em formar alunos com uma visão humanista, crítica e reflexiva, agregando seus conhecimentos teóricos/práticos, o mais precoce possível, com a realidade vivenciada. Além de verificar a pretensão do currículo para desenvolver no aluno a compreensão do corpo, enquanto representação simbólica do indivíduo, com ênfase na sua experiência, nos significados subjetivos e intersubjetivos atendendo assim às demandas sociais na área de saúde funcional (SANTIAGO *et al.*, 2012).

### 3.5 Campo social da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, localizado no *Campus* do Porangabussu, na Rua Major Weyne, 1440 no Bairro Rodolfo Teófilo, e na Unidade Atenção Primária à Saúde (UAPS), vinculada ao

município de Fortaleza, Carlos Ribeiro (Regional I), na Rua Jacinto Matos, nº 944 – Jacarecanga, no período de abril de 2014 a setembro de 2014. Trata-se de um espaço público de atenção, eminentemente primária à saúde, que contempla, no interior de seu espaço, uma Clínica de Fisioterapia para atendimento de pessoas com disfunções musculoesqueléticas, especialmente neurológicas, traumatológicas e reumatológicas, além de sediar as práticas supervisionadas e internato do Curso de Fisioterapia da UFC.

### **3.6 Participantes da pesquisa**

Fizeram parte desse estudo 03 grupos de indivíduos, perfazendo um total de 24 pessoas. A determinação desse número decorreu pela saturação das falas extraídas durante a entrevista:

a) Grupo 1 - 08 pacientes com faixa etária situada entre 40 a 70 anos, 02 participantes do gênero masculino e 06 do gênero feminino, assistidos pelos alunos do curso de Fisioterapia da UFC, em atendimento no setor de Fisioterapia da Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro (Regional I), que apresentavam diferentes enfermidades, tais como sequelas de acidente vascular cerebral, politraumas (fraturas e amputações de membros) por acidente automobilístico e outras disfunções (hérnia de disco), com os discentes do curso de Fisioterapia da UFC.

b) Grupo 2 – 08 alunos, 04 participantes do gênero masculino e 04 do gênero feminino, cuja idade variou de 19 a 24 anos, estes regularmente matriculados nos módulos de clínicas assistidas (Clínica Fisioterapêutica Traumatológica e Ortopédica e Clínica Fisioterapêutica Neurológica e Psiquiatria) e Internatos I, II e III (Saúde Coletiva, Ambulatorial e Hospitalar).

c) Grupo 3 – formado pelos docentes efetivos do curso, totalizando 08 indivíduos, 01 do gênero masculino e 07 do gênero feminino, idade variando entre 29 a 36 anos, todos eles supervisores das práticas (Módulos de Clínicas e Internatos), 07 todos com mestrado e 01 com doutorado nas áreas supracitadas.

### **3.7 Fontes orais**

Foi utilizada entrevista semi estruturada e aberta, que conforme Amoras (2010), trata-se de uma técnica de coleta de dados utilizada para obter-se uma certificação mais idônea das informações dos sujeitos da pesquisa.



A entrevista é um momento de se obter informações de outrem e, conforme se desenvolve um diálogo, cria-se uma oportunidade de se comunicar com o ser ouvido. As entrevistas tiveram caráter reflexivo, com o intuito de colocar o entrevistado diante de um pensamento organizado e inédito para ele mesmo, inquestionáveis. Os discursos gravados e transcritos, na íntegra, produzem um volume imenso de dados que se acham extremamente diversificados pelas peculiaridades da verbalização de cada entrevistado (ALVES; SILVA, 1992).

A entrevista reflexiva tem sido usada no estudo de significados subjetivos e de tópicos complexos, cuja tessitura, quando bem desenvolvida, permite obter melhor compreensão dos fenômenos, haja vista tratar de opiniões, sentimentos ou condutas livres dos indivíduos. Configura-se como um espaço formulado com a representatividade da fala e a interação resultante do pesquisador e do pesquisado.

Tal fato ocorre porque a reflexividade é a ferramenta que poderá auxiliar na construção de uma condição de horizontalidade, em especial quando os mundos do entrevistador e entrevistado forem muito diferentes social e culturalmente (SZYMANSKI, 2011).

Esse instrumento tem sido empregado em pesquisas qualitativas, como uma técnica adequada aos estudos de significados subjetivos. Para gerar um caráter de interação social na entrevista consideram-se importantes as experiências humanas, influenciadas pelos processos relacionais, onde o próprio instrumento de investigação, segundo Szymanski *et al.*, (2011), adquire um sentido interativo.

De acordo com Szymansk *et al.*, (2011), o processo considera não apenas um movimento de simples escuta, ou coleta de dados (no sentido unilateral), mas uma contínua volta ao entrevistado, movimento este que tem como objetivo o esclarecimento daquilo que está sendo dito, bem como a criação de um espaço de interação no qual o entrevistado se sinta confortável. O “resultado” é sempre um recorte, um ângulo que foi trazido à tona, de uma maneira específica, pela linguagem possível.

As entrevistas foram realizadas em salas reservadas, onde foram gravadas, posteriormente transcritas e devolvidas para os participantes, a fim de que eles pudessem constituir um momento de apreciação, a partir da interpretação da pesquisadora, considerando, assim, a fidedignidade da sua produção tornando um estímulo para novas considerações. O local de entrevista dos pacientes foi o consultório da Clínica de Fisioterapia da Unidade de Saúde Carlos Ribeiro, e os alunos e professores, também participantes da pesquisa foram entrevistados na sala de reunião, instalada no prédio da Faculdade de Medicina, localizado no prédio da Prefeitura do *Campus* do Porangabaçu \_ UFC.

As questões desencadeadoras que impulsionaram as falas dos pacientes entrevistados foram: “Para você o que significa estar doente?”; “Como o tratamento fisioterápico tem influenciado no enfrentamento da sua doença?” e, finalmente, as perguntas que nortearam os discursos dos professores e alunos do Curso de Fisioterapia abordando suas experiências, assim feitas: “Como você compreende o processo de adoecimento do corpo de um sujeito em atendimento fisioterápico?”, “Como os significados desse processo de adoecimento são identificados e inseridos durante as práticas de ensino?” e “Como o adoecimento do corpo é tratado no currículo do Curso de Fisioterapia?”

### **3.8 Aspectos éticos**

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEPE) da UFC, com o parecer substanciado, número **703.129, em 27/06/2014**, o processo de entrevista assim se desenvolveu, inicialmente, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, em seguida, o pesquisador realizou a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices), o qual foi assinado pelo entrevistado. Conforme o parecer do COMEPE\_UFC, a pesquisa trouxe riscos mínimos aos entrevistados, principalmente devido ao cuidado em estabelecer o critério de encerramento da entrevista, caso o participante não se sinta confortável durante a mesma.

Os nomes dos pacientes, alunos e docentes foram mantidos em sigilo, sendo preservados a sua integridade e seu anonimato. Eles receberam a denominação de *Sujeitos* para os pacientes, *Alunos* para os discentes e *Docentes* para os professores, seguidos de um número designado pela ordem de entrevista. Foram respeitados os preceitos éticos da beneficência, não maleficência e justiça regidos pela Resolução 466/12, que envolve as pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### **3.9 Análise e interpretação dos discursos**

A análise das entrevistas foi feita com base em unidades temáticas ou temas, que podem ser entendidos como unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Foram seguidos os critérios sugeridos por Bardin (1979), em três etapas, para a organização da análise: a pré-análise; nesta fase, o material bruto foi submetido à organização em unidades temáticas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa; a exploração do material: o material selecionado na primeira leitura foi reorganizado em unidades temáticas orientadas pelas categorias; tratamento dos resultados obtidos e

interpretação. Nesta etapa, pretendeu-se ultrapassar o nível de descrição das falas e de observações para chegar à interpretação das informações.

O suporte do processo de interpretação das categorias de análise das falas foram postulados, nas seguintes matrizes teóricas; A genealogia do corpo (CORBIN, COURTINE E VIGARELLO, 2008); Antropologia do corpo e modernidade (LE BRETON, 2011); A genealogia, enquanto metodologia ao propor uma rede formada na inter-relação dos diversos saberes sobre o corpo na história da Fisioterapia, de acordo com os escritos de Foucault em Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento (FOUCAULT, 2013); História da sexualidade: O cuidado de si; O uso dos prazeres e A vontade de saber (FOUCAULT, 2011); O nascimento da clínica (FOUCAULT, 2011); O normal e o patológico (GEORGES CANGUILHEM, 2012); O corpo (FRANÇOIS DADGOGNET, 2012); A Sacralidade da pessoa (HANS JOAS, 2012); Corpo em evidência (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010); Antropologia do corpo e modernidade e Adeus ao corpo (LE BRETON, 2013); Corpo: clínica psicanalítica (FERNANDES, 2011); Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil (LOBO, 2008); O currículo reflexões sobre a prática (SACRISTÁN, 2008) e Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo (SILVA, 2010).

## **4 CAPÍTULO III – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS EMPÍRICAS**

### **4.1 Reflexão sobre o Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC e diretrizes para a formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo**

O corpo em processo de adoecimento é reificado pelas teorias tradicionais do currículo. Ou seja, sua estrutura física está no centro das relações de saber, poder e disciplinamento pelos fisioterapeutas, que lhe impõe obrigações, limites, proibições e regras para promover a recuperação da doença (FOUCAULT, 2009).

Nesse contexto, aspectos sociais e emocionais que não se apresentavam como objetivos desse cenário são excluídos das relações de aprendizagem entre alunos e professores, dificultando até hoje os profissionais lidarem com questões subjetivas da doença e sua relação com o corpo.

Com a reforma dos currículos de Fisioterapia, nos anos oitenta, percebeu-se a necessidade em inserir novos conceitos ligados à ideologia, reprodução e resistência devido aos acontecimentos e transformações sociais e culturais da década de 60, permeando novos arranjos sociais e educacionais.

Novas teorias e conhecimentos colocavam em discussão o pensamento e a estrutura educacional, permitindo questionar o fazer curricular. Tais questões abrangeram todos os campos de formação dos educandos, contribuindo para um repensar nos currículos da área da saúde fundamentados na visão mecanicista e cartesiana.

Os movimentos de reconceitualização das teorias curriculares, baseados no importante ensaio de Althusser sobre ideologia e aparelhos ideológicos do estado, fundamentam-se por crenças que nos levam a aceitar as estruturas sociais existentes, como boas e desejáveis, levando a produção e a disseminação de novos conceitos ainda que sejam pontuais. Ou seja, conforme Vaisman (2006) essa apropriação científica da realidade com a anulação da prática do homem, na construção e transformação de si e do próprio mundo social, favorece ao pragmatismo.

Como perceber o corpo doente e incapacitado do paciente, desenvolvendo novos conceitos, a partir da vivência de alunos e professores que permitam a compreensão dos aspectos biopsicossociais do sujeito? Para isso, é preciso desenvolver uma linguagem do corpo que permita uma teia de possibilidades; os alunos precisam compreender que a história da profissão se cruza com a genealogia do corpo. Além disso, devem ser ressaltadas as

experiências de vida dos alunos, dentro do contexto educativo, e que os conhecimentos prévios não devem ser percebidos somente através do senso comum.

Conforme Campoy, Merighi e Stefanelli (2005), crenças e valores sobre o corpo, saúde e doença deverão ser apropriados pelo aluno para além de uma realidade científica; aprendendo a considerar o outro como pessoa; valorizando o cuidado integral; percebendo a relevância do conhecimento sobre comunicação e da relação entre as pessoas.

Contra a concepção técnica, o movimento de reconceitualização discutia os parâmetros tecnocráticos, compreendendo, que o currículo precisava ser questionado quanto à sua essência. Ou seja, as relações entre pessoas e o “mundo da vida”. Intersubjetivamente categorias como linguagem e mundo vivido deveriam estar inseridas não apenas na sua aparência, mas na essência (CAMPOY; MERIGHI; STEFANELLI, 2005). Nessa perspectiva, o corpo não pode ser constituído de fatos e ocorrências que irão remeter-se ao físico tão somente, mas de significados da vida cotidiana. Portanto, o currículo do curso de Fisioterapia deve permitir o questionamento desse corpo enquanto uma síntese entre mente e físico. Ou seja, para que os fisioterapeutas sejam também reabilitadores da emoção e do corpo, em simultaneidade.

O PPP do Curso de Fisioterapia da UFC apresenta-se como desconstrutor do paradigma cartesiano em saúde que, partindo do modelo biomédico, introduz modelos de formação tecnicista e fragmentado.

Aspectos preconizados pelas DCNs, tais como: saúde ambiental, cultura afrodescendente, inclusão e acessibilidade, direitos humanos e diversidade de gêneros e cultura deverão dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades: atenção à saúde, com profissionais aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, com práticas realizadas de forma integral nessas populações, sendo agente transformador dessas práticas, com a responsabilidade para resolver os problemas relacionados à saúde. Porém, tais aspectos estão inseridos em alguns módulos do curso e não apresentam trânsito longitudinal na matriz para o desenvolvimento das competências e habilidades que possibilitam avaliar, sistematizar e decidir condutas terapêuticas, baseadas nas evidências científicas, bem como nas experiências assistenciais que tenham o propósito de ir para além dos significados biopsicossociais do adoecimento.

A compreensão de currículo nos remete para aquilo que é vivido em um ambiente cultural (BOURDIEU, 1999). Pensar nas diferenças, nas especificidades, nos trânsitos de ideias, nas relações sociais, na política e na economia leva aos sujeitos aprendizes a superar a visão reducionista e técnica do currículo.

Para tanto, o currículo precisa interagir com o mundo do qual ele faz parte, transpondo-se pela natureza dinâmica da cultura, levando-o para uma constante mobilidade, constituindo a realidade educacional para além da esfera conteudista, possibilitando um aprendizado mais interativo e transformador. Essa sua inquietude tem o compromisso de nutrir o campo educacional, com possibilidades de formação de novos fenômenos educacionais e suas potencialidades.

O currículo habita na formação ética e reflexiva da natureza humana, assim como no campo burocrático, poderoso e restritivo, com tendência para a formação de um conhecimento padronizado e especialista com ênfase na produtividade (KLIEBARD, 2011).

Deve se constituir social por excelência, e seus instrumentos conceituais deverão estar profundamente centrados nos seus objetivos de conhecimento e aprendizagem. A flexibilidade curricular deve emponderar docentes e estudantes, através do diálogo com o mundo vivido. Sua linguagem se remete para um jogo de construções simbólicas em um campo historicamente construído. Portanto, Segundo Lima (2007), há uma mediação entre o currículo e a natureza do campo em que ele situa. Nessa relação, nascem as experiências educativas dos processos de ensino e aprendizagem.

Por ser um terreno prático e teórico, social e historicamente construído, não pode se reduzir a saberes especializados e desenvolvidos em disciplinas. Pensar no currículo como um corpo (conjunto) articulado de saberes e práticas, mediados pelo aspecto social, é entender que alguns elementos fazem parte da sua genealogia, sendo eles: estrutura (conteúdos), função (interação entre os conceitos), atividades (relação dos conceitos e sujeitos) e participação (relação dos conceitos – sujeito – campo). Através destes constructos se inserem os aspectos pessoais que permeiam a construção de identidades e subjetividades. É preciso articular, de fato, o contexto em que os estudantes e professores estão situados para que a prática pedagógica e o currículo possam constituírem-se práxis. O currículo para Sacristán (1998) é um processo que se inicia, desde a política educativa aos contornos da formação dos sujeitos no contexto escolar, onde esses disputam e legitimam seus saberes.

Segundo Moreira e Silva (2011), há muito tempo o currículo deixou de ser apenas uma área meramente técnica, voltada para questões relativas a procedimentos, técnicas e métodos, onde o currículo é simplesmente uma mecânica, sem fazer qualquer tipo de questionamento mais radical relativamente à organização educacional antes da década de 1960 (SILVA, 2010). Enquanto as teorias críticas do currículo começavam a colocar em questão os arranjos sociais e educacionais, já se podia falar em uma tradição crítica do currículo, guiada por questões ideológicas, sociológicas, políticas e epistemológicas, considerando o currículo como artefato social e cultural.

Portanto, o currículo precisava ser questionado e criticado para se chegar à essência da educação. As questões subjetivas afastavam-se dos aspectos políticos, pois, centravam-se nas experiências vividas, no “mundo da vida”. Ou seja, o currículo é um local no qual docentes e aprendizes têm a oportunidade de examinar, de forma renovada, aqueles significados da vida cotidiana que se acostumaram a ver como dados e naturais (SILVA, 2010).

Seus caminhos, travessias e chegadas, intermediados pelas crenças e comportamentos dos sujeitos, representarão ações que estarão constantemente se ressignificando. A elaboração de propostas metodológicas que inquietem os alunos a construir seus conhecimentos facilitará um diálogo em via dupla, pois os sujeitos apresentam conhecimentos prévios que servirão de base para sua formação; assim teremos a emancipação dos sujeitos para a construção de uma sociedade multicultural que busque, no âmbito da educação, uma justiça curricular.

O currículo tende a caminhar com as necessidades e as mudanças do mundo do trabalho, com a intenção de transformar a realidade por ser social, histórico e cultural. Por isso, não deve estar pautado apenas no contexto escolar, pois nele perpassam as experiências, os saberes prévios, os valores que implicitamente serão transmitidos (currículo oculto) por professores aos alunos. Sua contribuição intelectual e social abre espaço para lutas ideológicas e políticas que serão agentes de transformação do meio.

A visão técnico científica, com finalidade conteudista, não consegue mais se adequar às mudanças da sociedade. Cunha (2011) discute acerca da categoria disciplinar do currículo como prescrição de conhecimentos, pois limita o aprendizado pela superficialidade das aparências, por trata-se de uma prática intercruzada de saberes vinculados às experiências do homem em seu mundo. Suas intenções ultrapassam a formação por modelos prescritivos, porque as forças que nele atuam o definem. Sua pretensão é articular saberes e práticas questionadoras da realidade.

O currículo depende do contexto em que se situa. Nesse caso, Pacheco (2005) cita, que também é uma forma concreta de olhar para o conhecimento e para as aprendizagens, construídas no contexto duma organização de formação. Ele é uma intenção de práticas estruturadas cientificamente, que deverão se estabelecer em um espaço de construção, em que permeiam estruturas de poder, e tendem a moldar o currículo e as resistências que poderão atuar para lá das suas intencionalidades. Segundo Foucault (1979), o poder está nas entranhas das relações, ele está em todo lugar. Quando se define, por exemplo, qual conhecimento será contemplado no currículo, estão se expressando os interesses do grupo que o definiu e por isso, está se exercendo poder. Tudo isso refletirá uma

construção social que dependerá das relações entre os sistemas e subsistemas. Nesses territórios e estruturas de poder, inter cruzam componentes e decisões muito diversas que, segundo o mesmo autor, citam-se as pedagógicas, políticas, administrativas, de controle e inovação pedagógica e tecnológica.

Mas, qual a intenção do currículo? A procura de novas identidades através da pluralização excessiva dos discursos? Apresentar uma identidade técnico científica cerceada pela conflituosidade social em territórios de poder pelo saber? Nesse sentido, cabe a reorientação das práticas educativas voltadas para a construção criativa das competências e habilidades, digo criativa, pois deve incorporar os saberes pré existentes do educando e a aproximação das relações deste com o espaço social. Tais competências e habilidades deverão caminhar para a interpretação dos objetos de conhecimento, privilegiando a construção identitária e as subjetividades do indivíduo, principalmente, levando-se em conta, a complexidade do mundo contemporâneo.

Para o desenvolvimento de um currículo, centrado no educando, há necessidade em favorecer um ambiente acolhedor, com infraestrutura própria. Ou seja, possibilitar ao educando experiências multiculturais para possíveis diálogos que introduzirão: reflexão, ação, pesquisa, investigação, criação de hipóteses de solução e aplicação na realidade. Para tanto, é importante valorizar a capacidade de pensar dos alunos, inserindo na realidade e dela extrair princípios e conceitos que os levem a enfrentar as situações de vida.

A organização curricular deve focar, não somente conteúdos, matérias e disciplinas, mas também ampliar os espaços de educação, desenvolvendo no aluno plena capacidade de apreender o mundo, seus valores existentes, entendendo que a sociedade passa por constantes processos de transformações que afetarão o educando. Cada experiência vivida pelo aluno terá um significado.

O currículo está relacionado com questões que perguntam o “por que” das formas de organização do conhecimento, que pressupõe planejar o processo de tomada de decisões em conjunto com a equipe da instituição, visando preparar a ação educativa. Conforme Silva *et al.*, em 2008, certamente trata-se de um campo de contestação, de debates e de conflitos. A dinâmica curricular movimenta e proporciona uma educação crítica e de luta pela superação das divisões sociais.

A grande aproximação da educação com o mundo do trabalho, a influência da pedagogia das competências e a orientação para associar conteúdos técnicos, com conteúdos éticos e humanistas, tais aspectos são considerados ainda um desafio para a formação dos profissionais da área da saúde, pois, segundo Koerich e Lorenzini (2011), além do direcionamento mundial para a necessária formação intelectual, técnica e humanística, as



diretrizes curriculares, desenvolvidas em 2001, asseguradas pelo Conselho Nacional de Educação, apontam para a formação de profissionais com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e para atender às suas necessidades, uma vez que, a partir da formatura, os jovens profissionais estarão inseridos nesse sistema.

Para tanto, há de se questionar qual a intencionalidade do Projeto Político Pedagógico e do currículo do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, construído em 2010, frente às questões de adoecimento do corpo, onde nele se consiga transitar um diálogo integrado entre a formação técnica, crítica, reflexiva e humanista, pautada nas suas diretrizes curriculares, como também inserir nos espaços acadêmicos e assistenciais uma linguagem simbólica do corpo, da doença, do sofrimento e das necessidades do ser humano que possa nutrir os cuidados com o movimento, como eixo epistemológico da Fisioterapia.

No caso de sua construção, em termos específicos da formação em saúde no Brasil, é importante tomar, como ponto de partida as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área, nas quais se definem os perfis profissionais desejados.

Para tanto conforme o Ministério da Educação (2016), a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação estabelece as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação para aplicação em âmbito nacional no planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação dos seus projetos pedagógicos.

Em especial para as DCNs dos Cursos de Graduação, em Fisioterapia, de acordo com Conselho Nacional de Educação (2002), que instituiu os saberes necessários para o cuidado em Fisioterapia e para o desenvolvimento dessas habilidades e competências, estando relacionados com o processo saúde-doença do sujeito, da família e da comunidade detendo um saber-fazer próprio no campo da saúde. Essa qualificação é alcançada pela ação e atuação dos fisioterapeutas, pelas interfaces da profissão com outras áreas de conhecimento, pelos intercâmbios e atuação junto a outras profissões e com trabalhos em equipe.

Conforme o Ministério da Educação (2016), o Conselho Nacional de Educação (CNE) é definido como um órgão, atualmente regulado pela Lei n.º 9.131/95, que tem a missão pela busca democrática de alternativas e mecanismos institucionais que possibilitem, no âmbito de sua esfera de competência, assegurar a participação da sociedade no desenvolvimento, aprimoramento e consolidação da educação nacional de qualidade.

Suas atribuições são normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação, no desempenho das funções e atribuições do poder público federal,

em matéria de educação, cabendo-lhe formular e avaliar a Política Nacional de Educação, cuidar da qualidade do ensino, velar pelo cumprimento da legislação educacional e assegurar a participação da sociedade, dentro de uma gestão democrática, no aprimoramento da educação brasileira.

De acordo com o CNE (2002), as DCNs definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos fisioterapeutas, que foram estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 7 de dezembro de 2001 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002), para aplicação, em âmbito nacional, na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior:

O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002, p. 1).

As DCNs dos Cursos de Fisioterapia foram aprovadas, após grandes discussões, em que participaram representantes de instituições de ensino superior (IES), a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio), o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e docentes reunidos em fóruns de debates, o que levou à seguinte reflexão, em torno do currículo da Fisioterapia: excessiva rigidez na definição de conteúdos, fixação das cargas horárias das disciplinas, ausência de explicitação das competências e habilidades a serem adquiridas, bem como do perfil do egresso a ser alcançado (TEIXEIRA, 2012; ILKIU, 2009)

Sendo assim, o novo modelo curricular proporcionava ao profissional possibilidade de formação acadêmica mais completa, com um perfil egresso/profissional mais objetivamente delineado. Os fisioterapeutas, formados a partir da implantação das DCNs, podem, assim, passar por um processo de formação direcionado por competências e habilidades gerais e específicas claramente definidas:

Em relação à organização curricular, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de modo coerente com a Lei de Diretrizes e Bases - LDB (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.) apontam estratégias que potencializam a construção de um currículo integrado. Nesse sentido, pode-se observar a indicação de que: o projeto político pedagógico seja construído coletivamente; a interdisciplinaridade conforme o processo ensino-aprendizagem; haja valorização das dimensões éticas e humanísticas; a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço; haja diversificação de cenários; a gestão desenvolva um sistema de co-responsabilização, de avaliação e acompanhamento livre de medos; e a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais (SILVA; OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2008, p. 20).

O projeto pedagógico (PP) é o elemento dinâmico normatizador de um curso, construído coletivamente, e que deve indicar não apenas o conjunto de disciplinas que devam ser cursadas pelos alunos, mas também as estratégias que devam ser seguidas pelos docentes para atingir os objetivos do curso, devendo para tal ter afinidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

Sendo assim, as DCNs sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de um profissional crítico, sendo capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social.

Com relação à instituição formadora, esta deve estar aberta às demandas sociais, capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência deve ser priorizada a atenção à saúde universal e com qualidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças (CARVALHO, 2007).

O currículo do Curso de Fisioterapia inicial foi construído nos moldes dos modelos de formação médica, segundo Pagliosa e Da Ros (2008), publicados em 1910 no Relatório Flexner (*Flexner Report*), este considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica, assim como as outras áreas da saúde no âmbito internacional e com forte caráter técnico. Este ainda é alvo de reflexões por educadores frente às necessidades sociais de saúde da população.

Conforme Bizarro (2009) a organização do currículo tradicional, adotada pela maioria dos cursos superiores do Brasil e no mundo, baseou-se em disciplinas isoladas e estanques, com ciclos de orientação básica, clínicas e avançados justapostos arbitrariamente, fragmentando e isolando o conhecimento.

Segundo Pagliosa e Da Ros (2008), o relatório preconizava que “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença”.

Sendo assim, implementar uma prática educacional, orientada por um currículo integrado, exige dos educadores a descentralização da sua própria lógica disciplinar, para entrar na lógica multidimensional. Isto pressupõe que cada educador redimensione a importância absoluta de sua disciplina para considerar a importância relativa e contextualizada às necessidades de cada profissão.

Conforme Lotterman (2012), a construção do currículo integrado configura uma visão progressista de educação à medida em que não separa o conhecimento acumulado pela humanidade na forma de conhecimento científico daquele adquirido pelos educandos no cotidiano das suas relações culturais e materiais.

Estabelece novos sentidos ao processo educacional nos campos ideológico, filosófico e político, uma vez que educandos, educadores, gestores, profissionais, corporações, organizações governamentais e não governamentais são reconhecidos como sujeitos que representam distintos projetos disputados na sociedade, particularmente em relação à educação de novas gerações (SILVA *et al.*, 2008).

Sousa (2013) afirma que as Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde abrem espaço para a trans, multi e interdisciplinaridade. Em relação aos projetos pedagógicos dos cursos de Fisioterapia, igualmente, encontram a possibilidade de exercitar práticas inovadoras decorrentes da cultura, da história, dos contextos sociais, institucionais e pessoais do grupo que ali se inserem.

Nesse propósito de mudanças conceituais e da simbiose cultural, a formação dos fisioterapeutas sofreu profundas transformações com os processos de inovação curricular que abrangeram conceitos ligados ao contexto saúde e doença/sequelas, inserindo temas como funcionalidade e incapacidade. Também foram inseridos temas transversais que pudessem explicar os fenômenos implicados no processo de adoecimento.

A OMS, partindo da nova definição de saúde e sua relação com o contexto biopsicossocial, provoca uma sensibilização na formação dos profissionais da saúde, para o enfrentamento das implicações subjetivas desse processo (BRASIL, 1990). Portanto, a forma de organização do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC foi influenciada diretamente pela organização dos serviços de saúde, eminentemente públicos, formando um profissional protagonista para a assistência no SUS, sendo, assim, voltado para as necessidades populacionais, contextualizando os seus princípios dentro dos modelos de atenção em saúde da Fisioterapia.

Mesmo com essas transformações curriculares e adequação às demandas sociais, observa-se que os aparelhos sociais e de saúde não conseguem ainda hoje adequar-se às mudanças do sistema de saúde do Brasil, o que leva à dificuldade do curso de Fisioterapia se

inserir fortemente nas redes de prevenção e promoção de saúde, o que o torna ainda ligado ao modelo curativo e hospitalocêntrico.

A inserção de temáticas como sociedade, cultura, sujeito e não paciente, violência, cultura de paz, meio ambiente, sustentabilidade e tecnologia promovem uma melhor compreensão do conceito de saúde e doença, principalmente quando se introduz precocemente o estudante na realidade social. Destarte, Nunes (2001) discute que é necessária a formação contínua de docentes envolvidos neste cenário de transformações para que estes possam aperfeiçoar suas potencialidades na implementação do currículo com caráter inovador, como também enfrentar as possíveis dificuldades para a integração dos mundos isolados (disciplinas) que fizeram por muito tempo parte da nossa formação.

#### **4.2 A Integralização curricular na formação superior em saúde**

Ao longo da história da educação formal, desenvolvida em instituições educacionais, a discussão acerca do currículo tem sido uma busca constante e, nos últimos anos, percebe-se que diferentes propostas de currículo têm surgido em uma perspectiva de inovação das instituições, as quais buscam dar conta de uma formação que responda às necessidades da sociedade (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

A formação superior dos profissionais de saúde foi, de modo geral, historicamente construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder, as quais conferiram ao professor especialista uma posição de centralidade no processo de ensino-aprendizagem (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009). Essa excessiva especialização culminou com a visão dicotomizada do indivíduo centrado apenas no contexto da doença. Os determinantes biológicos foram priorizados, enquanto os outros aspectos dentre eles: sociais, psicológicos e culturais foram suprimidos do indivíduo submetido ao cuidado destes profissionais.

A aprovação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área de Saúde é um avanço no que se refere à possibilidade de corresponder às necessidades de saúde da sociedade brasileira. Representa também um estímulo para instituições de ensino, em especial as que tomaram iniciativas de se integrar ao SUS e adotar novos currículos e estratégias pedagógicas inovadoras, destinando ao estudante o papel de sujeito e protagonista do seu processo ensino-aprendizagem. No entanto, a realidade demonstra que a maioria dos cursos da área de saúde ainda proporciona pouco contato do estudante com a população e, infelizmente, possui currículos fragmentados, sem inter-relação entre disciplinas, priorizando as especialidades e dando ênfase às doenças (NARDI; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008, p.3).

Segundo Albuquerque *et al.*, (2009), essa formação foi fruto de uma sociedade disciplinar, marcada pela evolução do capitalismo, garantindo os modos de produção

estabelecidos no período ulterior à Revolução Industrial. A formação curricular fragmentada submete o estudante a espaços de confinamento do seu aprendizado. Tais fragmentos condicionam ao estudante uma espécie de normas e rotinas geradoras de relações de poder e saber.

Esses ordenamentos foram bastante propícios ao desenvolvimento da especialização de caráter disciplinar em concordância com o desenvolvimento da ciência e da técnica experimentados a partir do século XIX. Tal enfoque disciplinar - como fruto típico do racionalismo científico -, dividiu a universidade em três grandes áreas - a tecnológica, a biológica e a humana - as quais, por sua vez, se estilçaram em dezenas de sub-ramos e especializações (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009, p. 263).

Esses saberes foram importantes para o crescimento da ciência no início do século XIX, porém, tornaram-se tão fragmentados que dificultaram o conhecimento pluralizado dos fatos e acontecimentos para a compreensão do mundo.

O modelo biomédico influenciou a organização de currículos da área da saúde. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes interrelacionadas, e a doença representa um “desarranjo” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Em grande parte das instituições de Ensino Superior, ainda persiste o modelo tradicional de ensino, e, no caso específico dos cursos de saúde, o modelo hegemônico é, essencialmente, biomédico, cartesiano (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2011).

Além da fragmentação do conhecimento, os currículos estão organizados em uma lógica de dicotomia teoria-prática e com a precedência dos referenciais teóricos, para, posteriormente, aplicá-los à realidade; há utilização de métodos tecnicistas, evidência da existência de um corte entre ciclo básico e ciclo profissionalizante, ênfase no acúmulo/transferência de conhecimento e distância/descompromisso entre a academia e os serviços.

Vale ressaltar que, segundo Leite *et al.*, (2011), a integração entre ensino-serviço-comunidade é fonte e parâmetro para a rearticulação da teoria e prática. Entretanto, as possibilidades de essa assertiva vir a se concretizar, no cenário universitário, nos espaços de aprendizagem e na prática docente, constituem uma questão complexa e desafiadora. Com efeito, é inócua a implantação de projetos pedagógicos teoricamente inovadores se, na prática, a ação pedagógica é impermeável às mudanças.

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da UFC, apesar de inovador pelo caráter integralizador dos conhecimentos, com métodos ativos e problematizadores de ensino e aprendizagem ainda apresenta uma dicotomia entre o ciclo

básico e ciclo profissionalizante, o que pode levar ao desequilíbrio entre áreas de conhecimento, repercutindo na compreensão integralizada do corpo.

A fundamentação de um currículo integrado acentua a intencionalidade para uma proposta de educação transformadora haja vista as constantes mudanças sociais. Daí a sua necessidade em se redimensionar e, no caso da Fisioterapia, esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta não somente para uma rede curativa, mas promotora de saúde funcional, pautada no cuidado interdisciplinar:

O século XXI já se faz presente e traz consigo o abalo das certezas, das verdades e das crenças monoreferenciais atreladas a interesses etnocêntricos. A sociedade em rápida e efervescente transformação urge por avanços significativos em todos os seus campos quer sejam eles culturais, econômicos, políticos, sociais, educacionais e outros. Novas configurações nascem como novas guerras pautadas na lógica terrorista, a expectativa de vida é ampliada, entretanto não existem políticas que efetivamente produzam significações na velhice, o conhecimento e a forma cartesiana de produzir conhecimento é questionado e novas formas são aceitas criadas e recriadas (MIRANDA, 2009, p.2).

Segundo Régis, Mendes e Cabral (2007), embora a discussão epistemológica da interdisciplinaridade - trazida ao Brasil por Hilton Japiassu, e transposta para o discurso pedagógico por Ivani Fazenda – já tivesse chegado na década de 1970, os impactos desses discursos, nas escolas e nos documentos curriculares oficiais, só começaram a ser mais percebidos pelas pesquisas científicas brasileiras a partir da década de 1990. A interdisciplinaridade é um conceito inserido no currículo integrado que se apresenta, como uma forma de organização do conhecimento escolar, que permite a compreensão das relações complexas que compõem a realidade e possibilita a emancipação dos educandos, além disso, a interdisciplinaridade tem sido invocada para a criação de modelos pedagógicos e para a construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais. Seu caráter transformador está em romper com as fragmentações que dificultam o desvelamento das contradições presentes nessa sociedade:

A integração curricular, no entanto, não se realiza apenas pela oferta de disciplinas da Educação Profissional e da educação básica. Integrar requer uma leitura da realidade concreta, com a participação dos sujeitos envolvidos na aprendizagem, para desvelar suas relações e suas especificidades. Para isso, é necessário mais do que práticas de cooperação entre as disciplinas do conhecimento científico. O Currículo Integrado, portanto, inscreve-se entre as propostas de educação, cujo objetivo é romper com a ideia de neutralidade e é favorável aos processos de ensino e aprendizagem que concorram para a emancipação dos trabalhadores (LOTTERMANN, 2012, p. 2).

Na proposta de integralização curricular, perpassa a ideia da interdisciplinaridade, que deve orientar, segundo Mota (2013), o planejamento e a execução da ação do professor. De acordo com Miranda (2009), os diferentes conteúdos são partes de um todo, e cada função dessa parte é explicar este todo, não havendo nenhuma redução da

autonomia do conteúdo sistematizando o conteúdo de forma mais contextualizada e globalizada. As disciplinas e/ou módulos estarão agrupados, tornando a tarefa educativa compartilhada.

Portanto, esse novo modelo parte de uma lógica curricular, onde as disciplinas antes organizadas de forma linear, hierárquicas e com pré-requisitos, cada uma na sua gaveta ou caixinha, agora apresentadas numa lógica onde aparecem com uma nova formatação, sendo agrupadas em círculos ou conteúdos, pressupondo uma relação entre aqueles que compõem o semestre e, sendo agora denominadas de componentes curriculares ou módulos. Assim, o currículo centra-se no princípio de que o aluno deva construir o conhecimento utilizando uma abordagem relacional do conteúdo (TOASSI *et al.*, 2012).

Segundo Vilela e Mendes (2003), as transformações dos modelos de atenção em saúde permitiram o aparecimento de um novo modelo pedagógico curricular. No entanto, são necessárias modificações no sistema de formação dos profissionais de saúde. Os projetos curriculares integrados fazem parte dessa estratégia de mudança.

Um aspecto importante do currículo integrado é preparar o aluno da área da saúde como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário, principalmente porque esse irá lidar com os aspectos complexos do processo de saúde e doença. Historicamente, os currículos tiveram seu modelo organizado em disciplinas isoladas, desvinculadas da realidade profissional, hipertrofiadas em conteúdos, voltadas para uma formação tecnicista e para especialidades, não formando profissionais que atendam às necessidades de saúde da sociedade (VARGAS, 2008).

Além disso, os conteúdos curriculares deverão dar prioridade aos problemas de saúde coletivos apreendidos na relação entre a teoria e prática; muitas vezes a prática encontra-se contraposta à teoria e os atores, docentes, estudantes e comunidade, vivenciam os problemas reais, que são complexos, exigindo o enfrentamento e a intervenção frente aos fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse sentido, o processo ensino e aprendizagem passa a acontecer na prática, gerando um movimento dialético da práxis docente articulando teoria e prática.

Na dialética da prática do ensino crítico-reflexivo-criativo, com a adoção de metodologias ativas, a relação teoria-prática alcança o maior grau esperado: a práxis interdisciplinar, multiprofissional e a integração ensino-serviço-comunidade para a efetivação do projeto pedagógico do curso (LEITE *et al.*, 2011).



#### 4.2 A linguagem do corpo prescrita no currículo integrado do Curso de Fisioterapia da UFC: espaços de aprendizagem sobre a saúde e a doença



Figura 17: Alunos de Fisioterapia realizando treinamento em serviço  
Fonte: Google Imagens

O currículo é uma instância permeada de valores, concepções, crenças e (pré) conceitos, acerca do aluno, do ensino, da aprendizagem; O currículo é adaptado ao processo, portanto ele é dinâmico e necessita estar em congruência com os diversos setores da sociedade. Pode-se dizer que, o currículo é aquele que direciona o que deverá prioritariamente ser apreendido pelo profissional.

Neste sentido, entendemos o currículo como campo político-pedagógico no qual as diversas relações - entre os sujeitos, conhecimento e realidade -constroem novos saberes e reconstroem-se a partir dos saberes produzidos. Neste processo dinâmico e dialético, a realidade é o chão sobre o qual o educador e educando constroem seus processos de aprendizagens. A realidade não é um elemento externo à prática educativa, mas um elemento constituinte ao processo pedagógico. São as condições objetivas e subjetivas de sobrevivência, convivência e transcendência que mediam, orientam e constituem-se em experiências e conhecimentos a serem desvendados, apreendidos, assimilados, ensinados e re-elaborados (MENEZES; ARAÚJO, 2006, p. 2).

Conforme Colombo e Berbel (2007), a problematização foi aqui apresentada como uma ferramenta indispensável para a inserção do estudante o mais precoce possível, nos campos de atuação da área da saúde que se deseja atuar. A inserção do discente frente à observação da realidade e ao reconhecimento dos pontos críticos do problema vivenciado permitirão uma melhor reflexão dessa realidade, mantendo conexão com o mundo real e a teoria (Figura 17).

A construção do conhecimento se baseia em um aspecto subjetivo com ressalva aos contextos políticos e sociais. Por isso a importância de se entender que os interesses dos

alunos para a construção dos seus saberes remetem a ação emancipadora e à mobilização do saber fazer.

O ensino, particularmente na perspectiva da formação profissional, requer que se estimulem os alunos a aprender e construir conhecimentos coerentes com sua própria prática (ARAÚJO, 2007).

As contingências do mundo contemporâneo exigem trabalhadores capazes de enfrentar os desafios de uma realidade altamente cambiante. Assim, o processo de se instrumentalizar depende, em grande parte, dos próprios trabalhadores, que precisam identificar quais competências desenvolver, de modo a participar de forma ativa no mercado de trabalho (ARAÚJO, 2007, p.10).

O contexto mostra-se favorável às mudanças curriculares, mas é preciso agir de modo organizado para potencializar as possibilidades que se apresentam, neutralizar resistências e reorientar o processo. Uma atitude crítica pode ajudar a olhar a situação de maneira mais abrangente, e isso passa, também, pela sensibilização e mobilização de todos os que precisam se envolver na efetivação da mudança (TOASSI *et al.*, 2012).

Questões como saúde, cultura e sociedade estimulam uma nova concepção de práticas pedagógicas e educativas, ampliando a capacidade humana na análise e compreensão dos problemas. Aspectos subjetivos estão presentes nesse processo, e profundas transformações vão sendo observadas no processo de ensino e aprendizagem. A subjetividade permite desvelar as relações entre os conhecimentos e ancorá-los em suas dimensões cognitivas, psicomotoras, habilidades e atitudinais (tomada de decisão). Tais aspectos são relevantes quando se trabalha com um currículo baseado em competências (SANTOS, 2011). A subjetividade faz com que o aluno sinta a aprendizagem e suas consequências para a vida.

A Fisioterapia, como profissão mais recente, também colheu os frutos do processo de hiperespecialização que levaram ao desenvolvimento dos seus recursos de alta tecnologia e procedimentos de alto custo, enquanto que as necessidades básicas em saúde foram subestimadas pelos profissionais.

O século XX, particularmente em suas três últimas décadas, conforme Botomé e Rebelatto (1999) testemunhou o inegável avanço técnico-científico da Fisioterapia (Figura 18), a qual se tornou capaz de oferecer técnicas sofisticadas para solucionar mesmo os mais complexos problemas de saúde funcional. Em contrapartida, tal avanço não trouxe as melhorias esperadas, no sentido de diminuir os índices de doenças crônicas que levam à incapacidade física dos indivíduos e, conseqüentemente não conseguiu extrair ainda a hegemonia da formação com perfil curativo e reabilitador. Assim, no Brasil, entre o final do

século XX e início do século XXI observam-se iniciativas na implementação de um novo modelo de formação do Fisioterapeuta.



Figura 18: Uso da dinamometria isocinética no diagnóstico de lesões musculares  
Fonte: Google Imagens

A formação do Fisioterapeuta partiu da necessidade em reabilitar a população vítima da 1ª e 2ª Guerras Mundiais e dos sequelados de poliomielite. Nesse processo houve um grande desenvolvimento das áreas de neurologia, traumatologia e ortopedia como clínicas de especialidades da profissão. Portanto, conforme Divaina (2010), nas décadas de 60 e 70 até meados dos anos 80, do século passado, observou-se uma preocupação na formação curricular técnica desses profissionais em prepará-los para a reabilitação dos indivíduos incapacitados.

A integralidade do cuidado no processo de especialização das profissões da saúde sofria pela falta de formação generalista imposta aos currículos, no sentido de reorganização das linhas de cuidado centradas no indivíduo e no meio em que vive, dadas as questões subjetivas do processo de saúde e doença, individual e prioritário de cada pessoa.

A profissão tem como objeto de estudo o movimento humano tanto nas diferentes formas de abordagem biológicas, através das especialidades que envolvem as alterações cinético funcionais, como também as representações subjetivas do processo de adoecimento. Portanto, o currículo pauta-se na atenção integrada do sujeito e da comunidade.

Historicamente o conteúdo curricular dos cursos de Fisioterapia no Brasil, modelados pelos currículos americanos e ingleses, apresentava-se em ciclos de matérias básicas, ou seja, de formação geral, pré profissionalizante e profissionalizante. A representação do corpo nos currículos voltava-se fortemente para o conhecimento dos aparelhos e sistemas corporais, onde a doença, suas causas fisiopatológicas e consequências transitavam no ensino teórico prático do curso. Tais representações obtidas foram legados

dos modelos internacionais que implementaram, inicialmente, as áreas de neurologia, traumatologia e ortopedia na formação dos fisioterapeutas no mundo e no Brasil.

O currículo da UFC apresenta, como justificativa, a inserção do curso de Fisioterapia em uma instituição pública e que forma profissionais diferenciados, com uma visão técnica e de campo social, além de oferecer uma alternativa de formação acadêmica, com adequações curriculares, que permitam a formação de um profissional que irá se opor ao modelo tradicional e flexneriano dos cursos da área da saúde, e em especial a Fisioterapia que teve, como formação anterior no Brasil, uma profissão da área técnica, para somente em 1969 formar profissionais fisioterapeutas com reconhecimento superior.

No que concerne à sua ampla área de formação, o currículo do curso de Fisioterapia da UFC possibilita uma aprendizagem dos alunos, não somente através das metodologias tradicionais, como também ativas e problematizadoras, desenvolvendo a pesquisa como princípio educativo. De acordo com o PPP (2009) do curso, as metodologias empregadas serão garantidas pela inserção de forma precoce e hierárquica do estudante nos campos de atuação da fisioterapia logo nos primeiros semestres dos cursos. A aprendizagem dinâmica alia o conhecimento teórico prático do aluno, pois a vivência da realidade possibilita ao aluno apreender os conceitos sobre saúde e doença, na interação com o meio ambiente.

A flexibilização curricular garantida pelo currículo integrado não é visualizada no currículo do curso, mesmo com a apresentação de módulos temáticos que contemplam conteúdos que deverão interagir entre si e em outros semestres. Percebe-se uma organização curricular verticalizada com módulos ainda dispostos em caráter disciplinar e ainda fortemente agregados a pré-requisitos entre os módulos.

Além disso, estes profissionais deverão estar aptos para a tomada de decisão, através de um gerenciamento contínuo dos seus processos de trabalho, atuando com empreendedorismo e como líderes das equipes de saúde. A educação permanente dos profissionais favorecerá o aperfeiçoamento das condutas e procedimentos destinados à população atendida.

A atenção integral ao indivíduo deve ser pautada em uma visão humanística, fornecendo cuidados contingentes e contínuos com resolutividade das ações em saúde.

Para isto, o perfil esperado do profissional de saúde compreende o compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. A ideia é que a formação deve permitir o entendimento da necessidade de garantia do cuidado que as pessoas demandam, em todas as suas dimensões, das atividades de promoção e prevenção até aquelas que envolvem serviços com maior densidade tecnológica. Enfim, o que se deseja é uma formação que garanta o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social (ALBUQUERQUE, 2007, p 297).

De acordo com Rodrigues e Reis (2002), os inúmeros fatores, que contribuem para o descompasso entre a formação em saúde e as necessidades de saúde brasileiras, fazem parte: a falta de integração entre o ensino básico e o profissionalizante, a formação de profissionais, cada vez mais especializados e com dificuldades para um cuidado generalista, e a dicotomia do ensino em inúmeras disciplinas, que tantas vezes induz precocemente à formação profissional especializada.

A necessidade em compreender o ser humano e seu corpo, em seus aspectos afetivos, culturais e sociais, reforça a inserção de outras áreas de atenção aos indivíduos. Daí a importância da interdisciplinaridade como eixo para a construção dos conhecimentos necessários para a organização dos cuidados necessários em saúde das populações.

Para tanto, a comunicação dos profissionais fisioterapeutas deve ser de fácil compreensão aos sujeitos e a interação entre eles deverá ser pautada no respeito mútuo, na garantia de um atendimento multiprofissional e interprofissional para o bem estar da comunidade.

Em uma perspectiva transformadora, imposta pelas necessidades da sociedade e, a partir da constituição de 1988, com a implementação do Sistema Único de Saúde suas diretrizes e princípios, as instituições começaram a se adequar, inovando seus currículos cujas trajetórias permitiram a inserção de conteúdos que tratavam de aspectos antropológicos, sociais, filosóficos, psicológicos e teóricos para abranger as variáveis determinantes do processo saúde/doença.

Portanto, como se configuram as práticas reflexivas sobre o corpo e o adoecimento no currículo do Curso de Fisioterapia da UFC? Este currículo tem a intenção de incluir nos processos de aprendizagem do aluno a investigação aprofundada do corpo, enquanto lugar da saúde e da doença? Como esse corpo que adocece é representado no currículo? Por que a Fisioterapia nesse processo de adoecimento do corpo precisa de uma dose de evolução?

Tais questionamentos remetem à necessidade em pensar que o sujeito, com uma doença incapacitante, precisa de procedimentos técnicos que estimulem e resgatem sua habilidade motora, como também o seu processo histórico, social e cultural. Para tanto, conhecer tais aspectos ajuda a avaliar os “por quês” do adoecimento e suas significações.

Durante a formação do fisioterapeuta, é importante tecer diálogos acerca do corpo do “paciente”, pois esse corpo incapacitado se encontra em constante transformação. Conforme Lieberman (2015), os campos científicos como fisiologia e bioquímica nos ajudam efetivamente na compreensão dos mecanismos que estão subjacentes a uma doença

e, mais interessante é que muitos dos sintomas que o sujeito apresenta são resultados de adaptações físicas, funcionais e psíquicas que o ajudam a lidar com o adoecimento.

Destarte, a proposta do curso de Fisioterapia da UFC tem como princípios norteadores a orientação da formação profissional, com base nos preceitos do SUS (1998), permitindo revelar a necessária visão sistêmica na compreensão de que a saúde deve ser reconhecida em todas as suas dimensões, que não se distanciam das dimensões de vida do ser humano. Tais aspectos foram inseridos no currículo de um curso, nascido sob a hegemonia do paradigma newtoniano e cartesiano que se distanciavam das ideias que circulavam entre os países, Inglaterra e Estados Unidos (EUA) e outros países, sob sua área de influência.

Portanto, as dimensões (biológicas, psicossociais, históricas, antropológicas e ambientais), quando apreendidas pelas formas de cuidado dos fisioterapeutas, produzem uma significativa mudança comportamental e psíquica nas relações dos fisioterapeutas e pacientes. Para tanto, o currículo deve apresentar a necessidade de enfrentamento de modelos sistemáticos e ilhados, o que propõe uma abordagem da saúde do ponto de vista multicultural e interdisciplinar.

Porém, essas questões se mostram pontuais em alguns modelos e programas de extensão do curso. Isso é verificado através dos módulos do Eixo I (Anexo A), e neste eixo estão envolvidas atividades de formação e aprendizagem, em uma permanente articulação da prática com a teoria, objetivando utilizar o instrumental das diferentes áreas do conhecimento das ciências humanas da saúde, também fazendo parte desse eixo atividades relacionadas à pesquisa (Anexo A). O eixo contempla as experiências e atividades de formação e aprendizagem, através de uma busca permanente da articulação da prática com a teoria, e do diálogo com os demais eixos: Formação Social, Humana e Pesquisa e de Formação Biológica - Indivíduo, Cultura e Sociedade, que tratam dos aspectos sócio antropológicos e filosóficos relacionados ao corpo, saúde e doença, bem como os aspectos epidemiológicos e ambientais, relacionados à saúde e doença.

Percebe-se, através das ementas e programas dos módulos de Indivíduo, Cultura e Sociedade (Eixo I) e Vivências em Fisioterapia I (Eixo III) (Anexo B), uma aproximação para o estudo do corpo, enquanto saudável, e no desenvolvimento de doenças dentro das questões que se remetem ao sentido simbólico desse corpo (tanto físico quanto psicológico), fornecendo uma moldura para o aluno interpretar as experiências físicas e psíquicas do processo de adoecimento.

Durante essa experiência de aprendizagem, o aluno desenvolve um processo de modelagem desse corpo. Essa “política corporal”, associada aos conhecimentos prévios do

estudante sobre os saberes do corpo, saúde e doença, exerce um controle poderoso sobre todos os aspectos do corpo do indivíduo, percorrendo o contexto de sua vida através dos diferentes modos de poder, perpassando pelas formas de força e disciplina desse sujeito.

Esse poder inicial, atribuído por Foucault (1979) reprime, mas produz efeitos de saber/verdade sobre esse corpo numa via dupla (paciente- aluno/docente). A finalidade é tornar os corpos dóceis, que são corpos maleáveis e moldáveis, o que significa que, por um lado, que esse corpo disciplinado pelo saber técnico se sujeita à obediência política para se tornar saudável.

Deve ser entendido como uma relação flutuante, não está numa instituição e nem em ninguém; já o saber se encontra numa relação de formas e conteúdos. Assim, para estabelecer o poder é preciso força, ao passo que para estabelecer o saber bastaria aprender ou ensinar. Assim, do entrecruzamento de um e de outro, poder e saber, é que se dá a constituição do sujeito (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Os conteúdos curriculares iniciais e suas ementas, presentes no Eixo I (Anexos A, B) também abrangem a compreensão de corpo humano no aspecto microscópico, e como um organismo físico que oscila entre a saúde e a doença. As partes do corpo, bem como órgãos doentes, são visualizados pelas lentes de microscópios.

É apresentada, nesse eixo, uma linguagem do corpo transitando entre a filosofia e sócio antropologia da saúde, nas diferentes culturas, ensinando ao aluno a interpretar o corpo enquanto organismo que constrói uma realidade social, bem como saberes voltados às áreas técnicas e científicas da Fisioterapia, tais como: Informática em Saúde, Administração e Planejamento e os conteúdos de Pesquisa para a conclusão do trabalho final, porém não existe uma integralização na matriz curricular desses conteúdos e seus módulos.

O eixo II, formação biológica, representado pelos módulos de Lógica Molecular dos Seres Vivos I (Biologia Celular, Biofísica, Genética, Citologia, Histologia e Embriologia), Cinemática I (Cinesiologia e Biomecânica), Processos Patológicos e Mecanismos de Agressão (Patologia Humana, Parasitologia, Microbiologia e Imunologia), Biologia e Fisiologia do envelhecimento e conteúdos de Eletroterapia, Termoterapia e Fototerapia, demonstra conteúdos (Anexo A) e ementas (Anexo B), que deverão integrar-se, para que o aluno tenha uma noção de um todo e, não somente de partes do corpo.

Os conteúdos programáticos, prescritos no eixo supracitado, transitam entre os primeiros semestres do curso, porém não se articulam totalmente. Observa-se que eles são apresentados aos alunos como disciplinas “compartimentos”, que dificultam o processo de integralização curricular.

Na visão anatômica, Helman (2009) refere que o corpo é visualizado e palpado para o reconhecimento de suas estruturas com o auxílio de dissecações anatômicas, desenhos de estruturas ósseas e órgãos ou imagens de raios x, intensificando a ciência do corpo com ênfase em suas partes e nos desvios ou disfunções, dificultando a forma como o discente representará as queixas físicas, funcionais e psíquicas do doente.

Tal questão interfere nas crenças e saberes sobre como o corpo é construído e desconstruído pelo discente e paciente, durante a terapia funcional. Geralmente a construção desses saberes baseia-se na cultura herdada, em teorias e nas experiências pessoais, influenciando na relação com o paciente.

No módulo, Saúde: processo e assistência e seus conteúdos de Epidemiologia e Políticas de saúde, contidos no eixo I e Primeiros Socorros, inseridos no eixo IV (Anexo A), a saúde é entendida nesse eixo como processo sócio-cultural, econômico e político. Sendo assim, esse entendimento demonstra que as concepções sobre saúde e doença não são estáticas, elas podem variar de acordo com os estados físicos, psicológicos e ambientais.

Nesses eixos não ocorrem articulações entre as questões relacionadas à cultura, à saúde, doença e conhecimentos técnicos sobre o corpo e seus prováveis desvios. Ainda insere conhecimentos e práticas que aproximam o aluno da realidade, da atenção fisioterapêutica, na busca pela saúde e intervenção da doença no âmbito preventivo e curativo.

O Eixo III apresenta as Vivências em Fisioterapia I, II, III e IV, conteúdos de Prática Fisioterapêutica I, II, III e IV e seus Projetos Integrados, inexistentes no currículo prático e oculto. No eixo III, destinado à formação pré profissional integrativa, incorpora os chamados projetos integrados em módulos que permitem a busca permanente da articulação da teoria com a prática (DUTRA; ROSSATO; BARROS FILHO, 2011). Tais projetos permitem a interação da prática assistencial interdisciplinar, o que leva à integralização das práticas em saúde.

Nesses projetos integrados podem ser inseridas temáticas transversais que pontuem, por exemplo, temas como trabalho, ciência, cultura e sua relação com a saúde, estes deverão ser operados, didática e pedagogicamente, a partir da relação do aluno com a realidade na construção de sua identidade profissional. Portanto, corroborando com Schneider (2007), a construção dos projetos integradores em currículos integrados implica as experiências frente aos problemas cotidianos dos estudantes, favorecendo a apreensão de um conhecimento democrático e contextualizado.

As Vivências em Fisioterapia constituem as áreas de atuação da profissão e a articulação com seus conceitos históricos, saúde, doença e a abrangência da atenção



fisioterapêutica nas diferentes redes de atenção em saúde e Introdução à pesquisa II, que trata das questões éticas, bioéticas e deontológicas do processo saúde e adoecimento do corpo.

Quanto aos módulos dos Eixos IV e V (Anexo A) e suas ementas (Anexo B), observamos que eles contemplam o entendimento do funcionamento e da interação entre os diferentes sistemas do organismo, caracterizando, também, suas bases celulares e moleculares; dessa forma, os profissionais em formação poderão discutir, de forma abrangente e de forma multidisciplinar, a relevância dos processos biológicos nas diferentes patologias, as dimensões da formação do profissional fisioterapeuta, compreendendo as múltiplas dimensões envolvidas no processo atenção-saúde-doença e a instrumentalização do aluno na prática, apresentando os temas biológicos de forma integrada e crescente em complexidade, além de oferecer oportunidades de perceber e analisar criticamente o processo saúde/doença, compreendendo o desenvolvimento de uma clínica integrada e comum aos diversos campos profissionais envolvidos.

Percebe-se, então, que os conteúdos técnicos sobre o corpo e a doença dos módulos no Eixo de Formação Profissional Instrumental (Eixo IV) e Profissional Avançado (Eixo V), esses conteúdos envolvem conceitos sobre a percepção e análise crítica da doença e não do processo de adoecimento do corpo e as subjetivações, já que não articulam com os conteúdos do Eixo I, de formação social humana e de pesquisa.

Eles dispõem, em seus módulos, a compreensão do desenvolvimento de clínicas (especialidades) que não estão integradas na matriz curricular prescrita e oculta.

No que concerne, os módulos e ementas (Anexo B) dos semestres IV, V, VI, VII, VIII, IX e X já inserem práticas assistidas e avançadas sobre o corpo e sua relação com a doença. Tais práticas são vivenciadas pelos alunos em diferentes áreas do saber fisioterapêutico, levando-se em conta as validades das informações, baseadas em evidências científicas em saúde e doença, na atenção fisioterapêutica, conceitos e definições técnicas sobre as disfunções corporais, na perspectiva da avaliação, planejamento, prescrição e execução de tratamento fisioterápico, além de prognóstico de cura e incapacidade.

Os módulos de práticas clínicas especializadas se reportam ao perfil clínico e funcional dos indivíduos acometidos por incapacidades, e são apresentados aos alunos a partir dos conceitos de incapacidade, como categoria de construção social. Porém, mesmo utilizando a linguagem da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), ainda há o obscurecimento de domínios relacionados aos aspectos pessoais nesses módulos curriculares.

O conhecimento da subjetividade deverá partir da realidade vivenciada pelo sujeito, e pretende se ampliar numa leitura da relação deste com o mundo, a fim de transformá-lo.

É importante enfatizar, que a disfunção física apresentada ao aluno não tem caráter universal e aspecto negativo; o incapacitado é apresentado ao aluno como constituinte de uma sociedade que, mesmo estigmatizante, poderá ter capacidades residuais especiais.

Tal proposição se vincula à utilização da CIF, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008), pelos docentes do curso, como ferramenta de mudança na abordagem do processo saúde e doença, considerando o ambiente como facilitador ou barreira para o desempenho de ações e tarefas dos sujeitos.

Destarte, a CIF tem sido apontada como uma ferramenta multidimensional que permite visualizar a saúde humana, sob várias vertentes, e realizar diversas atuações. Abordagens sobre o corpo do doente psíquico e neurológico, assim como suas subjetivações, são incorporadas apenas ao módulo de Clínica Fisioterapêutica, em Neurologia e Psiquiatria, integralizando com os conhecimentos sobre o corpo nos módulos de Indivíduo, Cultura e Sociedade, Vivências em Fisioterapia I e II e Saúde: processo e assistência.

Portanto, o currículo do Curso de Fisioterapia da UFC apresenta-se apenas com alguns conteúdos integralizados, fazendo parte de uma concepção de organização da aprendizagem que tem, como finalidade, oferecer uma educação que contemple todas as formas de conhecimentos produzidos pela atividade humana, fruto da relação do corpo com o ambiente no qual o sujeito se contempla em todas as suas formas de expressão.

A busca pela integralidade do cuidado tem sido um princípio definido pelo Sistema Único de Saúde na busca de ampliar o escopo de assistência ao indivíduo; além dessa atenção destinada aos cuidados permanentes nas redes de atenção em saúde, com ênfase no campo primário de prevenção e promoção à saúde, procura-se pautar em construtos que se referem às atividades e participação do indivíduo, em sociedade, com enfoque aos fatores pessoais e sociais.

Sendo assim, como constituir nos currículos do curso de Fisioterapia a integralidade como eixo norteador dos campos de atenção em saúde funcional? Que adequação os currículos dos cursos de Fisioterapia deverão sofrer diante das demandas da saúde da população e do SUS? Como reorientar as práticas pedagógicas para a compreensão do processo saúde e adoecimento? Como constituir a percepção contextualizada de corpo, em situação de vulnerabilidade, pelos alunos do curso de Fisioterapia?

Sabendo que o problema das estruturas e dos comportamentos patológicos no homem é complexo, a pessoa portadora de uma incapacidade levanta inumeráveis problemas que remetem, ao conjunto das pesquisas anatômicas, embriológicas, fisiológicas, psicológicas. De acordo com Canguilhem (2012), esse problema não pode ser dividido, pois, quando visto de maneira contextualizada, as chances de esclarecê-lo são maiores. Especular tal incapacidade levantando questões que extrapolam os termos da racionalização médica, facilitará a compreensão da natureza da própria doença, pois, desde os tempos mais remotos, o homem tende a dominar a doença restabelecendo seu estado normal.

Saúde e doença não podem ser vistos como opostos quantitativos. O desequilíbrio ocasionado pela condição de adoecimento altera a norma de vida e a fronteira entre o normal e o patológico e, por isso, é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente (CANGUILHEM, 2012).

Na condição de adoecimento do corpo, instauram-se novas normas de vida pela redução do nível de atividade, em relação com um meio novo, mas agora limitado. Segundo Canguilhem (2012), o doente tenta escapar da angústia das reações catastróficas ocasionadas pela doença. A doença passa a ser uma nova dimensão da vida do indivíduo que tenta adaptar-se a esse novo corpo, habitado por essa condição que foge da normatização das estruturas e funções.

O corpo passa a ser plástico e tenta ser para além dele, renunciando a qualquer limitação vegetativa imposta pela doença ou absorve-se a atmosfera de anormalidade e ócio, entregando-se à situação de adoecimento.

A saúde é um estado de sedução, de vitalidade de ser possuidor de normas vitais. Costuma ser aflitivo ao observar a imagem de pessoas tão saudáveis, e a doença é vista como um crime muitas vezes cometido pelo excesso ou omissão do doente. Muitas vezes o estudante ou profissional fisioterapeuta se depara com a hostilidade do paciente diante do estado conflitivo da doença. Tal estado remete sensações de culpa, onipotência, desenlace para com o próprio corpo, numa espécie de fuga, diante dos problemas causados pelas alterações de seus hábitos.

A doença é um comportamento de valor negativo para um ser vivo individual, concreto, em relação a atividade polarizada com seu meio. Nesse sentido, não é apenas para o homem, mas para qualquer ser vivo que só existe doença do todo orgânico, apesar de os termos patologia ou doença, por sua relação com *pathos* e com o mal, indicarem que essas noções se aplicam a todos os seres vivos apenas na regressão simpática a partir da experiência humana vivida CANGUILHEM, 2012, p.161).

No enfrentamento dessas questões, observa-se que novas exigências são acrescentadas à formação dos alunos de Fisioterapia, frente às questões do processo de adoecimento do indivíduo. Tais questões emergem do colapso das certezas, das inovações tecnológicas, reduzindo cada vez mais o corpo, da certeza de finitude do homem e da sua necessidade de expansão.

Segundo Pimenta e Lima (2011), problematizando as práticas do ensino, o docente irá perceber que, com a utilização de novos conceitos oriundos de outros campos disciplinares, produz-se uma melhor compreensão e proposição do real.

Sabendo que todo corpo adoecido tem uma história e conta uma história, Gomes (2006, p. 2) diz que:

A história do corpo confunde-se com a história da filogênese humana, isto é, com a história do desenvolvimento da espécie. E reflete, de certo modo, a história social da humanidade. Neste sentido, repercutem também sobre o corpo as contribuições das representações sociais construídas a partir das crenças e ideias religiosas. Esta assertiva é absolutamente válida quanto às representações do corpo no Cristianismo, que foram edificadas a partir da teologia cristã. Já a história contada pelo corpo, na ontogênese, no desenvolvimento do indivíduo, reproduz de certo modo a história da filogênese e incorpora o repertório de representações coletivas oriundas de uma determinada cultura num determinado intervalo de tempo, isto é: o corpo é histórico. Ele carrega consigo, na história do corpo individual de um determinado indivíduo, a história do corpo da humanidade, do corpo da espécie.

Para os alunos, o corpo passa a ser um campo de conhecimento, atribuindo-lhe um *status* epistemológico que supere a sua tradicional redução a um instrumento ou maquinário, e busque a transformação de saberes sobre esse corpo que funciona em sistema com a mente e entre o individual e o social. O aluno ao ser permitido olhar multidimensionalmente o doente, transformará seus conceitos exercendo sobre o corpo um cuidado processual e transformador, levando o doente a perceber-se no mundo em um processo de significação que possibilite uma linguagem compartilhada sobre a doença.

O doente passa a se perceber numa rede de cuidados para além da instrumentalização e da técnica. Ou seja, não será apenas instrumento de ensino para o aluno. Cada um tem perspectivas igualmente válidas construídas, a partir das experiências vividas, onde conflitos e diferenças fazem parte desse processo de busca. O aluno em busca do saber-fazer, o doente em busca do seu reestabelecimento e o docente como mediador desse processo.

Daí a necessidade em conceber um currículo que descaracterize o aluno receptor de informações, promovendo o desenvolvimento de um futuro profissional transformador de suas práticas, corroborando o que Schon (1992) cita acerca da profundidade da relação entre o saber escolar e a reflexão-em-ação de professores e alunos.

### 4.3 Esse corpo que adocece: a construção de significados no currículo oculto

A saúde é um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e sua doença através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive (SILVA-JÚNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2014, p. 1)

O currículo é uma ferramenta muito poderosa, pois, ao encerrar práticas discursivas, conduz o processo de subjetivação. Essa subjetivação é capaz de reconstruir, a cada dia, a identidade do sujeito colocando-o em contato com o discurso e com outras subjetividades que por sua vez habitam uma realidade objetiva (FERRARO, 2009).

Os fatores psíquicos, afetivos, históricos, culturais e ecológicos do adoecer humano são subestimados pelo paradigma reducionista e fragmentado imposto pelos currículos que fortalecem as disciplinas e conteúdos biológicos que tencionam ao que Prista (2010) apresenta como atitudes rígidas, formais, rigidez dos conceitos e, conseqüente absolutização da objetividade. Muitos dos avanços tecnológicos e científicos começaram de um questionamento, de uma ideia por mais incipiente que pareça; por isso, reconhecer o processo saúde/doença de maneira unidimensional descontextualizando os determinantes em saúde, dificulta a relação entre o cuidador e a pessoa que necessita de cuidados. Interpretar a sociedade requer uma visão multidimensional e subjetiva da realidade, onde valores são considerados frente às questões humanas, técnicas e sociais.

A subjetivação da realidade impõe uma necessidade dinâmica de formação dos estudantes, o que requer esforço duplo e responsável no tocante ao seu aprendizado. No momento em que a sociedade é marcada por profundas transformações políticas, sociais, religiosas, econômicas e culturais, os currículos optam pelos processos multidimensionais e necessidade em se compor novos diálogos entre as áreas do saber. Existem recursos verbais e não verbais suscitados na relação entre o aluno e seu campo de conhecimento, sobretudo o corpo do paciente. Neste processo, o aluno aciona todas as possibilidades analíticas e sintéticas, verbal e não verbal, e ao se construir, constrói relações diferenciadas com o outro. Ao agir, ao estar em movimento, envolve o seu aparato psiconeurológico, a disposição de suas escolhas. Deixa de ser expectador de sua história e passa a ser autor e ator principal e, por mudança de atitude constrói relações de liberdade, solidariedade, de alegria e de humanidade (PRISTA, 2010). Pode-se pensar que a sociedade precisa ser entendida em um modelo em que os conhecimentos se atravessam e compõem numa interação orquestrada e dinâmica.

As práticas de ensino em Fisioterapia precisam focar seus determinantes plurais com enfoque à condição de saúde e não somente à doença e sua unicausalidade. Numa

perspectiva crítica, entendemos que, para além do currículo prescritivo, esses “aspectos e aprendizagens” são considerados como atitudes, comportamentos e valores que emergirão das relações sociais. Os aspectos do ambiente educativo que contribuem de forma implícita para aprendizagens sociais constituem o currículo oculto (SILVA, 2010).

O modelo biomédico, proposto a partir das recomendações do relatório de Flexner (1910), que avaliou as escolas médicas americanas por encomenda do governo, influencia até hoje os currículos de Medicina e das outras áreas da saúde têm, entre outras características, a ênfase na formação de especialistas, o que tem significado a exclusão dos fatores sociais, psicológicos, emocionais, entre outros, na compreensão do processo de adoecimento. Esse modelo ao enfatizar a formação dos especialistas de forma dicotômica, na qual se separa o “bio” do “psi”, ou seja, o biológico da subjetividade dificulta a compreensão integral do ser humano e de seu processo de adoecimento (CIUFFO; RIBEIRO, 2008, p. 128).

A educação superior em Fisioterapia, no Brasil, foi reconhecida no final dos anos sessenta e início dos anos setenta, surgindo, assim, pela forte tendência das especializações, configurando sua identidade voltada para o tecnicismo. As disciplinas que compartimentalizaram os saberes sobre o corpo foram hierarquicamente dispostas em semestres e continham eixos básicos, com disciplinas voltadas para as áreas biológicas, genética, fisiologia, semiologia e anatomia.

Após a conclusão dessas “cadeiras”, surgiam os eixos de disciplinas aplicadas nas áreas de cardiologia, pneumologia, traumatologia, ortopedia, pediatria, reumatologia e neurologia e, finalmente o eixo de práticas supervisionadas, estágios curriculares. Percebe-se que a configuração do currículo dos cursos de Fisioterapia ajustou-se às configurações do currículo tradicional, pautado nos construtos: ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento, eficiência e objetivos. Ou seja, o currículo revelado como processo de racionalização de resultados educacionais.

No discurso curricular tecnicista, como subjetivar o corpo organizado e estruturado? E o que fazer com as percepções e experiências subjetivas dos alunos? Como ajustar seus conhecimentos para a apreensão do corpo no processo saúde e doença para além do currículo prescrito, ação e oculto?

Os novos conceitos que tentam ampliar a percepção do corpo, em processo de adoecimento, surgem da antropologia, filosofia, sociologia e psicologia, porém com pouca integralização nas disciplinas e módulos técnicos do currículo e tampouco no cenário real de aprendizagem à luz das subjetivações ocultas nas relações sociais.

Bourdieu e Passeron (1975), na sua obra: *A reprodução* discute acerca do domínio simbólico como um mecanismo de subjetivação do “capital cultural”. Destarte, novos valores sobre o corpo seriam assim inseridos e considerados, muitas vezes, como um duplo mecanismo de dupla violência do processo de dominação cultural. O corpo no ensino

da Fisioterapia não é mais aquele do passado, ele vem se transformando no decorrer das relações sociais e esferas econômicas, políticas e culturais. A unidade não define mais o corpo, não há uma só ciência para o corpo, mas várias ciências. Poderia a escola também estar contribuindo para essas novas reconfigurações do corpo? O que a mídia tem a ver com isso também? Mas, no entanto, esse corpo tem sido dominado pelos dispositivos que o regem e, ao mesmo tempo, o confundem? Ele tem sido produto da dominação cultural, social, política, econômica, tecnológica e, sobretudo das ciências da saúde. E, como fazer o aluno compreender essas questões relacionadas às diversas culturas? Entendendo que o multiculturalismo emergiu pela problemática das migrações e da globalização, constituindo um importante fator de mudança na atenção à saúde das populações. Esse aspecto também tem sido alvo de preocupações na formação de docentes, pois tais questões estão prescritas e ocultas no currículo.

A escola, por sua vez, ignora estas diferenças sócio-culturais, selecionando e privilegiando em sua teoria e prática as manifestações e os valores culturais das classes dominantes. Com essa atitude, a escola favorece aquelas crianças e jovens que já dominam este aparato cultural. Desta forma a escola, para este sujeito, é considerada uma continuidade da família e da sua prática social, enquanto os filhos das classes trabalhadoras precisam assimilar a concepção de mundo dominante (STIVAL; FORTUNATO, 2008, p. 2).

Para Santos (1993) o conhecimento escolar se estrutura e se organiza de acordo com os interesses daqueles que têm poder na sociedade. Desta forma, diferentes trabalhos demonstram a presença de ideologia nos livros didáticos, nos currículos ação e oculto ou no discurso do professor, enquanto outros procuram mostrar a relação entre currículo e controle social, currículo e estratificação social ou currículo e formação da força de trabalho.

Numa perspectiva mais ampla, aprendem-se, através do currículo oculto, atitudes e valores próprios de outras esferas sociais. A principal fonte constituída no currículo oculto são as relações sociais da escola: as relações entre professores e alunos, entre a gestão e os alunos, entre alunos e alunos. Não se compreende o corpo doente em um espaço rigidamente constituído. No currículo oculto o corpo é ritualizado, normatizado e disciplinado, mas a partir das experiências de vida pessoal e profissional, onde saberes se misturam, categorizando-o explicitamente ou implicitamente. Essa consciência permitirá a transformação do conhecimento.

O currículo oculto penetra o corpo pela invisibilidade das relações sociais, este transita os espaços do currículo tradicional, como fato, fenômeno, e esse corpo, na visão tecnicista, foi instrumentalizado, modelado para ser útil ao sistema econômico, presente e hierarquizado numa sociedade capitalista no qual se determinam formas de consumo deste corpo. No entanto, esse corpo precisou ser retomado para uma imersão multicultural, onde a

subjetivação se constitui na sua relação com o mundo. O campo da saúde para dar conta desse corpo precisa ser multicultural por meio de sua dimensão prática de significação.

Os significados sobre o corpo adoecido organizam-se em sistemas, em estruturas e relações, sendo organizados como marcas simbólicas. Esse trabalho de significação nunca é fixo e nem tampouco puro. Há uma constante transformação nos processos de ensino e aprendizagem dos alunos pelas experiências novas e através da percepção do professor, e estes precisam se perceber como pessoas importantes no processo educacional e de formação pessoal. Portanto, o corpo é discursado no currículo oculto do curso de Fisioterapia, transitando pela história da profissão, pela ótica da saúde e doença, pelas relações entre alunos e docentes, alunos e pacientes, alunos e alunos, alunos e serviços de saúde e, finalmente, pelos materiais culturais existentes. Trabalhar com essas diferenças, somente no âmbito da educação escolar, como refere Santos (1993), termina sendo uma forma de deixar intocadas essas diferenças no contexto social.

Com base em Foucault (2011), entende-se que o discurso sobre o corpo no currículo oculto do Curso de Fisioterapia não pode ser visto apenas como um conteúdo representado por um sistema de signos, mas o discurso tem que ser visto como orientador de práticas que, sistematicamente, formam os objetos dos quais elas falam. Ou seja, para o filósofo, o corpo é elemento constitutivo da realidade dos alunos, pacientes e professores, ambos se constituindo através de arranjos sociais, políticos e econômicos.

Portanto, o que se constitui nos processos de ensino e aprendizagem sobre o corpo do doente é o que se chama “regime de verdade”, que é instituído na forma de um discurso científico. Este controla o corpo, pois pelo poder disciplinar se desenvolve um conhecimento sobre o comportamento das pessoas, de suas atitudes, do seu desenvolvimento. Tais constatações podem ser verificadas durante o processo de adoecimento. Desse modo o discurso pedagógico sobre esse corpo não se define apenas pelo que é dito, mas, sobretudo pelo que silencia.

No desenrolar das relações de saber-poder, verdade e dominação sobre o corpo, o aluno e o professor constroem uma identidade para cada sujeito de que cuida, tendo como pano de fundo a influência dos processos de subjetivação. Tais relações são muito fortes, principalmente, no currículo oculto, pois esses processos não estão prescritos e tão pouco legitimados como conceitos e teorias, pois o que se configura é um jogo de prescrições que determinam exclusão e escolhas.

O currículo oculto também define os saberes necessários sobre o doente para a formação do aluno; o que existe é um “controle”, uma “seleção”, uma “organização” que acabam impondo uma condição de “dominação” para uma hegemonia desse corpo e percebe-



se que as evidências científicas têm ainda um papel relevante na execução de um discurso técnico sobre o corpo.

Cada módulo ou disciplina representa esse corpo e o doente, bem como suas formas de terapia sobre esse corpo adoecido. Nesse sentido, é importante observar que as ideias sobre o corpo, no currículo do curso analisado, se configuram ainda em caráter racionalista, muito embora se clame pelas questões subjetivas frente à fugacidade das verdades científicas, porque, de acordo com Ferraro (2009), a humanidade passa a querer entender, organizar, compreender e ordenar os signos do mundo, sempre (e sem abrir mão) do crivo da razão, da reflexividade da crítica e de toda a disciplina que esse exercício demanda.

#### **4.5 A compreensão e a interpretação do discurso sobre o corpo em processo de adoecimento: uma reflexão em torno do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC**

Este tópico destina-se à análise e interpretação dos discursos sobre o corpo, em processo de adoecimento, refletindo em torno do currículo do Curso de Fisioterapia da UFC. A primeira parte refere-se à apresentação das categorias emergidas das falas dos participantes da pesquisa; a segunda parte da análise apresenta os significados do corpo em processo de adoecimento, sob a ótica dos docentes, discentes e pacientes, onde a proposta de inserção dos pacientes, como participantes da pesquisa, surgiu da necessidade em conhecer como estes enfrentam a doença enquanto submetidos aos cuidados fisioterápicos para que possamos compreender, nas falas dos alunos e professores, as representações da Fisioterapia acerca do corpo e as subjetivações emergidas pelo processo de adoecimento do corpo do outro que está sob cuidado. Ressalta-se, também, nessa perspectiva, a importância do currículo na formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo, bem como a inserção dos aspectos subjetivos do adoecer, inseridos no currículo de Fisioterapia da UFC.

#### **4.6 Categorias conceituais do estudo**

O conteúdo expresso nas falas dos sujeitos foram agrupados e discutidos a partir de quatro (04) grandes categorias e suas subcategorias gerais (QUADRO 1) que suscitaram diálogos com os autores escolhidos para compor a matriz teórica do presente estudo:

- (1) Significados múltiplos do adoecimento;
- (2) Representações da Fisioterapia sobre o corpo;
- (3) Formação discente para o enfrentamento das implicações subjetivas do adoecer;
- (4) Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC como espaço de escutas e práticas do adoecimento.

**QUADRO 1:** Delineamento das categorias e subcategorias que emergiram dos discursos

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p><b>Significados do processo de adoecimento</b></p>	<p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A doença como imobilidade</li> <li>• O reconhecimento da doença</li> <li>• Corpo: repositório do adoecimento</li> <li>• O contexto doença e seu enfrentamento</li> </ul>
	<p><b>Docentes e Discentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A finitude do corpo e da alma</li> <li>• A exclusão social</li> <li>• Sexualidade e adoecimento</li> <li>• Corpo fragilizado e a relação com o fisioterapeuta</li> </ul>
<p><b>Representações da Fisioterapia sobre o corpo</b></p>	<p><b>Docentes e Discentes:</b></p> <p>Reabilitando corpo e mente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionalidade, adaptação e habilidade corporais na relação fisioterapeuta paciente</li> <li>• Corpo: espaço de escuta terapêutica</li> </ul>
<p><b>Formação discente para o enfrentamento das implicações subjetivas do adoecer</b></p>	<p><b>Docentes e Discentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanização do cuidar</li> <li>• Formação crítica e reflexiva</li> <li>• O contexto da funcionalidade humana</li> <li>• Subjetividade do corpo: questões ocultas do currículo</li> </ul>
<p><b>Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC como espaço de escutas e práticas do adoecimento</b></p>	<p><b>Docentes e Discentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: atitudes integralizadoras sobre o sujeito</li> <li>• Prática clínica orientada ao contexto saúde – doença</li> <li>• Corpo, tecnologia e subjetividade nos meandros da Fisioterapia</li> </ul>

Fonte: Relatório de transcrição das categorias em 2014.

A categoria “Significados do processo de adoecimento” permitiu extrair através das falas dos pacientes atendidos pelos estudantes e docentes do curso de Fisioterapia Quatro (04) Subcategorias: a doença como imobilidade, a superação da doença, a doença e o aprendizado sobre o corpo e o contexto doença e seu enfrentamento.

### **A doença como imobilidade**

Os portadores de alterações funcionais, relacionadas ao movimento humano, descreveram, em seus discursos, que o adoecimento significa uma resposta divina frente aos pecados cometidos durante as suas vidas, assim como sentimentos de paralização, dependência e medo. Observou-se, em algumas falas, que a doença vem da relação entre o corpo e o mundo, porém, constatou-se que a condição de adoecer remete a um período de reflexão na busca pela melhoria das habilidades funcionais, apesar da consciência dessa ruptura entre um corpo antes sadio e agora limitado em suas funções de vida prática e diária. Portanto, o paciente tenta se readaptar, a partir da sua relação com a doença e as expectativas que o tratamento impõe:

*Para mim a doença veio como um castigo divino, mas mesmo assim eu estou num momento de reflexão da minha vida. Tô realizando os procedimentos orientados pelo fisioterapeuta em casa, usando água quente, fria, colocando a tornozeleira e pomada (Sujeito 1).*

*Ficar doente significa para mim ficar imobilizada na cama, parada, tendo que receber ajuda, ficar dependente das pessoas. É uma mudança de vida. Sinto medo de escorregar, então eu uso chinela antiderrapante, seguro bem a muleta, não subo batentes. Sou obediente ao tratamento porque ele tem me ajudado a superar esse mal (Sujeito 3).*

Do ponto de vista teológico, por estar no centro do mistério cristão, Deus deu aos humanos uma chance de salvar-se, corpo e alma. Observa-se que o corpo está em toda parte, insinuando-se e mostrando-se como alento figurado do corpo de Cristo. A doença pode significar uma elevação desse corpo ao divino, mas, ao mesmo tempo, simboliza uma outra imagem, a do ser humano pecador, “um abominável corpo doentio que reveste a alma”, que deixa de ser pura e santificada. A doença torna-o inconstante e o habita como um mal que precisa ser superado, fruto de uma relação com o mundo. Ela é um *locus* de reflexão, de produção de discursos que nela se originam, mas que a ultrapassam em busca da fé pela cura. Conforme refere o Sujeito 6, em seu discurso:

*A doença, minha filha vem do mundo. Imundo (pausa). Tem quatro coisas que eu penso que significa a doença: o mundo, a poluição, a sujeira e o castigo, mas nós precisamos nos tratar com muitos cuidados e prevenção. Se Deus quiser ficarei boa, curada e melhorarei com a ajuda divina (Sujeito 6).*

Sob a ótica cristã, a doença fomentou a abordagem do pecado, da culpa, do arrependimento e da redenção, ressaltando o papel social da caridade e, em extremo, a fundamental observância das leis que regulam o pacto entre Deus e os homens, e instauram a brevidade da vida.

Os justos, purgados e educados, reencontram agraciados o Senhor, no paraíso, onde desfrutam a visão de sua face, ou na comunidade terrena renovada pela reafirmação do pacto salvador, livre dos conflitos e contradições que maculam a ordem social. O castigo, em última análise, visava afirmar aos homens a brevidade da vida, quão pacífica poderia ser sob a face bondosa do Criador. Ao fim, e pelo fim, ele retorna fortalecido, reencontra uma sociedade órfã ansiosa do Pai que, lição expressa, castiga aqueles a quem ama tão somente para manifestar aos mesmos a sua complacência (BASTOS, 1997, pág.17).

Foucault refere que a experiência religiosa de uma época e a sua história social se originam de uma espécie de código sutil, que limita e vigia os corpos, formas de experienciar, desenvolvendo, segundo Barbosa, Matos e Costa (2011), regras e outros códigos que deverão estar inscritos nesses corpos, transformando o seu contexto biológico e social, modificando não apenas a tensão ou diferença entre espaço público e privado, mas também a relação com a natureza e desta com a cultura, além disso, interferindo nas formas de cuidado com esse corpo.

Destarte, através das falas, pode-se notar também a aceitação do adoecimento, que depende das formas de subjetivação do sujeito, da representação que ele tem sobre a doença, seu tratamento e o prognóstico. Segundo Ismael e Santos (2013), quanto mais prolongada for a reabilitação, mais complicada será a forma de lidar com as frustrações, limitações provenientes da cronicidade da doença. Para que haja uma adaptação satisfatória se faz necessário resgatar estratégias de enfrentamento aprendidas em outras situações já vivenciadas, e avaliar se estas estratégias serão funcionais para o processo de cura da doença.

## **O reconhecimento da doença**

O enfrentamento da doença nasce através da relação do indivíduo com o seu corpo limitado pelas disfunções:

*A Fisioterapia tem me ajudado bastante a diminuir a lesão. Antes nem sentava direito. Tô aprendendo a andar. Puxa parece que tô aprendendo a andar de novo!!! (Sujeito 1).*

O reconhecimento da doença crônica, principalmente se ela traz uma incapacidade funcional que traga limitações de suas atividades e inserção social, pode representar, de acordo com Barros (2012), um mecanismo forte de reação do paciente frente

a algo que ele não conseguiu impedir, pois é comum, no início, que ele recuse a compreender as mudanças trazidas pela nova realidade que se impõem. O reconhecimento fala sobre o que está acontecendo e como está acontecendo, descortina os efeitos desta nova realidade no campo objetivo e subjetivo do paciente. O início do tratamento é uma fase importante para o estabelecimento de um diálogo seguro e horizontal para que se possa fidelizar o vínculo entre o profissional e o paciente:

*Não consigo ver grandes resultados devido aos poucos atendimentos que tive, porém já consigo ver melhora no meu quadro e acho muito bom o cuidado que os profissionais tem tido comigo (Sujeito 4).*

*Houve melhora pelo tratamento físico para que eu possa aprender a lidar com a dor; os alunos explicam o tratamento direitinho. Enquanto existir o tratamento não me deixem de fora viu!? (Sujeito 6).*

Perceber os limites impostos pelo adoecimento resignificando o seu corpo para além da doença. Ou seja, transformar esse momento, fazendo com que ele entenda que seu corpo não é a doença, e que existem pessoas que podem auxiliar na organização dos espaços dos pensamentos, das emoções e experiências sensoriais que o farão transmutar-se em busca de novas formas de lidar com a incapacidade física:

*O tratamento é muito bom, principalmente pelo acompanhamento dos estagiários, pela atenção que eles dispensam a gente. Há muita diferença entre o atendimento dos estagiários e os profissionais da casa. Isso faz com que não haja tristeza perante a doença, apesar de eu não conseguir fazer algumas coisas que gosto em casa (Sujeito 5).*

Analisando as falas dos sujeitos, vemos que o imaginário da representação do transtorno físico define as práticas em saúde, através da concepção do doente quanto ao seu estado e, sobretudo recuperação. O cuidado como processo vital, preocupação e inquietação do estudante e dos profissionais afeta a evolução do paciente.

A visão da doença muda de acordo com os meios materiais e sociais em que se vive, o que torna uma mesma doença considerada diferente pelos pacientes e profissionais de saúde. O estado de saúde, para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo. Inversamente, tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde.

Sendo assim, o limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que ele seja influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como os planos sócio-econômico-político-histórico-culturais. É no nível do indivíduo que se dá a influência desses contextos. Isso se verifica na medida em que há diferentes respostas por parte dos membros de um mesmo grupo. Enquanto alguns se sentem bem, outros adoecem diante de uma mesma estimulação. Ao mesmo tempo que um indivíduo resiste a um estímulo agressor considerado mais forte, outro sucumbe a um estímulo tido como mais fraco. A saúde e a doença dependem do processo de simbolização da estimulação. Se o indivíduo não consegue dar um sentido ao que

lhe acontece ou se lhe dá um sentido por demais penoso, o resultado pode ser a doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 107).

Conforme Corbin, Courtine e Vigarello (2010), é importante perceber que o sofrimento que os pacientes experimentam (aspecto pessoal da doença) não possa ser negligenciado às pretensões científicas ou a um poder institucional, que sublinhem apenas aspectos objetivos, uma vez que os diagnósticos e os prognósticos se apóiam em fatos objetivos. Tais questões, quando incorporadas pelos estudantes e profissionais, auxiliam no processo de superação da doença e incorporam as práticas de cuidado de si.

O sentido desse cuidado é assim expresso por Foucault: “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (FOUCAULT, 2010).

Por isso, o cuidado de si constitui-se em uma prática constante e abrange um vasto e amplo significado, o qual envolve o cuidado de si mesmo pelo viés do ocupar-se consigo mesmo, preocupar-se consigo próprio, enfim, é algo que está rodeado por uma gama de significações em torno de como cada um pode cuidar de si mesmo (BOLSONI, 2012).

### **Corpo: repositório do adoecimento**

O processo de adoecer e seus sistemas terapêuticos proporcionam um aprendizado acerca da doença e do corpo, enquanto seu repositório. No momento do adoecimento, aprender a lidar com a doença remete ao paciente suas experiências de vida anteriores, as relações com outras pessoas, suas crenças e seus valores culturais. Tais questões são facilmente desenvolvidas quando há formações de vínculos terapêuticos entre os pacientes e seus cuidadores. Observa-se pelos discursos que o tratamento, mesmo sendo baseado na esfera sintomática (física), há uma preocupação com questões relacionadas ao ambiente no qual ele vive, principalmente em relação aos aspectos ocupacionais. As questões subjetivas são essenciais para a qualidade da intervenção, pois a dor causada pela disfunção acompanha diariamente as suas vidas, causando muitas vezes alterações emocionais e, não somente, incapacidade e dor física.

*Me sinto melhor, pois aprendi a lidar com o meu corpo, depois disso melhorei muito. Até não estou mais em cadeira de rodas. Consigo andar para todos os lados. Tomo os medicamentos na hora certa. Faço tudo o que me recomendam, pois eles (alunos) nos perguntam não só sobre a doença, mas também sobre o nosso lazer, trabalho, família.... (Sujeito 5).*

*A dor vinha me acompanhando no meu dia a dia, mas depois do início do tratamento consigo movimentar mais e melhor meu braço sem que ela apareça. Hoje consigo lidar melhor com ela porque eles me proporcionam calma e paciência e conseguem escutar o que a gente diz (Sujeito 3).*

A doença passa a ser representada como uma norma de vida, mas conforme Canguilhem (2012), uma norma inferior, no sentido de perda da capacidade normativa, porém suscita, instintivamente habilidades em lidar com as incapacidades físicas. É preciso entender pelas falas que o fenômeno patológico revela uma estrutura individual modificada, levando a necessidade do estudante em inserir na sua prática clínica aspectos relacionados à subjetividade do doente. Caso contrário, conforme cita o autor, arriscamo-nos a ignorar o doente, mesmo quando é capaz de apresentar reações diferentes daquelas que são instituídas pela doença. Isso nos torna mais objetivos e práticos, diante dos sinais e sintomas, ajustando melhor as formas de assistência técnica e não de cuidado contingente, integrado e individualizado.

A grande preocupação do doente é não conseguir lidar com os sinais físicos e funcionais da doença, e sucumbir às suas reações catastróficas. Muitas vezes deparamo-nos com doentes meticolosos, com gostos positivos pela monotonia, apego a uma situação onde possam dominar, principalmente, aqueles doentes com dor crônica. E o estudante se questiona, muitas vezes, o que fazer nessa situação e se, realmente, está preparado para atuar nessa dimensão.

É necessário que o professor faça do processo de ensino do cuidar um momento de aprendizado para o aluno que interage com o sujeito em situação de adoecimento, levando-o ao amadurecimento pessoal e profissional.

A valorização das relações interpessoais nos cenários de ensino-serviço, bem como aprendendo a considerar o outro como pessoa, favorecendo a competência interpessoal para que ele possa lidar com comportamentos sadios ou menos sadios, estimulando nas pessoas, que recebem seus cuidados, os aspectos positivos e, ao mesmo tempo, transformar a experiência da doença em algo útil, por meio do desenvolvimento de novas atitudes, relacionamentos e cuidados fisioterápicos. Considerando-o, segundo Campoy, Merighi e Stefanelli (2005), como pessoa em sua multidimensionalidade, ancorado na compreensão das ações e reações emocionais presentes nesse ato de cuidar. Nesse processo o aluno aprende a lidar com os pensamentos e sentimentos experimentados nessa experiência de cuidar.

A saúde é um conjunto de seguranças e seguros. É um guia regulador das possibilidades de um sujeito. Se na luta pelo resgate da funcionalidade humana não houvesse dor, por exemplo, não haveria evolução do sujeito. Aprender a lidar com a dor faz com que o indivíduo transforme seu potencial de luta contra a doença.



São nessas experiências que também se incorporam os discursos dos estudantes e profissionais da saúde, embasados no campo de atuação e de produção científica da disciplina médica, dentro de fatores sociais, políticos, econômicos, tecnológicos e pedagógicos, e que evidenciam as relações discursivas que "fabricam", muitas vezes, a doença e seu tratamento.

Portanto, ao mesmo tempo em que o estudante incorpora esses fatores, em suas práticas clínicas, para um olhar mais apurado do doente, ocorrem fundamentações para disciplinar o doente. Compreende-se, então, na fala do sujeito 5, uma relação de poder sobre o doente e seu corpo, embora exista uma preocupação com questões para além da doença, mas que interferem sobretudo nela.

### **O contexto doença e seu enfrentamento**

Existem vários recursos que podem auxiliar o sujeito no enfrentamento da doença. Cada paciente vai extrair as habilidades necessárias para lidar com os sinais e sintomas gerados pela condição patológica que os assume. Tais questões dependem da sua condição emocional e, sobretudo, no emponderamento e resiliência para o desenvolvimento de tomada de decisão que garantem a redução dos níveis de estresse gerados pela enfermidade. Portanto, quando questionados acerca da influência da Fisioterapia para o enfrentamento da sua doença, os sujeitos responderam que a compreensão da doença por eles (pacientes) favorecia a autonomia perante o cuidado de si:

*Houve melhora pelo tratamento físico para que eu possa aprender a lidar com a dor e o sofrimento. Os alunos explicam o tratamento e sobre a doença para que a gente possa aprender a conhecer os nossos sintomas e a lidar com eles (Sujeito 6).*

A dor constitui uma perturbação do sistema sensitivo. Mas ela é também uma construção social, psicocultural. O sentido atribuído a ela, à leitura dos sintomas em si, é elaborada por uma experiência individual, social, profissional, tecida de valores culturais e prejudamentos (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009).

*Não há tristeza perante a doença que eu tenho, pois me sinto muito bem acompanhado pelos alunos. Depois do tratamento, consigo movimentar mais e melhor o meu braço direito sem dor (Sujeito 5).*

Tornar o paciente apto a lidar com sua condição patológica, conhecendo sinais e sintomas da sua doença, constitui papel essencial do cuidado, porém é importante ressaltar

que uma doença é um todo, visto que se podem assinalar seus elementos; tem um objetivo, pois se podem calcular seus resultados; é portanto, um todo localizado nos limites da invasão e da terminação.

É preciso entender que o sintoma só se torna significativo quando é atribuído ao sujeito o abandono de sua passividade. Só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável (FOUCAULT, 2011). Porém, no campo da subjetividade do sujeito doente, a doença muitas vezes escapa do visível para o invisível, dependendo do olhar que a decifra daquilo que é percebido e perceptível.

Ainda na categoria “Os significados do processo de adoecimento”, representada pelas falas dos discentes e docentes do Curso de Fisioterapia da UFC, a partir dos discursos dos seus pacientes, emergiram duas (2) subcategorias: A finitude do corpo e da alma e a exclusão social, estas relacionadas aos relatos dos alunos e (2) subcategorias extraídas das falas dos professores: Sexualidade e adoecimento e Corpo fragilizado e a relação com o fisioterapeuta.

### **A finitude do corpo e da alma**

Partindo do cotidiano da assistência dos pacientes que apresentam sequelas físicas, os discentes expressaram, em seus discursos, que os pacientes compreendiam sua doença como um mal do corpo e da alma. Através da escuta da palavra do sujeito, enquanto portador de uma disfunção física, o aluno percebia as implicações psíquicas do adoecimento, enquanto fonte de angústias, mas de acordo com os seus relatos passíveis de superação:

*O motivo pelo qual o paciente se refere à sua doença faz com que nós compreendamos que além deles apresentarem uma baixa auto estima, não são compreendidos pelos seus familiares e outros, frente a queixa que relatavam. É algo a ser superado para retornar à sua vida real (Aluno 1).*

O diagnóstico de uma incapacidade física coloca o sujeito dependente de um outro, seja familiar ou não. Segundo Lisboa (2005), a sua condição passa a ter mais um adicional estranho e invasivo nessa história, o outro. Interessante pensarmos o quão paradoxal pode representar a condição de dependência do outro, ao mesmo tempo em que esta última sinaliza um desamparo vivenciado por esse sujeito. A superação da doença deve ser partilhada por ambos e não incorporar a doença como extensão de seus próprios corpos e desejos, afastando-se do caminho da cura e conseqüente interferência nas suas atividades de vida diária e prática:

*Os pacientes que atendi deram ao processo de adoecimento do seu corpo a concepção de que este é um fenômeno que caracteriza-se como uma barreira para as realizações das suas atividades de vida diária, atividades laborais e de lazer e que interferem consideravelmente no seu bem estar e qualidade de vida (Aluno 2).*

O corpo doente passa a limitar as funções sociais e motoras numa espécie de desequilíbrio entre o homem e ele mesmo, ao mesmo tempo ele passa a ser um elemento desafiador que permite ao sujeito conhecer a si mesmo. A dependência do outro para realização de suas atividades, ao mesmo tempo em que condena o sujeito a uma situação de desamparo, pode se tornar para alguns um desafio para resignificar a doença:

*O adoecimento para muitos era sinal de dependência, num envoltório de fatores biopsicossociais. Uma vez que eles sem dispor de saúde plena se tornavam necessitados de auxílio para realização de suas atividades laborais e de vida diária, tornando-se em alguns casos dependentes financeiramente de outras pessoas. Eles enxergavam o processo da doença como fator desestimulante e para outros um fator desafiador (Aluno 5).*

A ideia de que existe um “ser” da doença encontra sua primeira expressão científica em uma das correntes da medicina hipocrática, em sua tentativa de ruptura com o pensamento especulativo e sua atenção com relação aos sintomas corporais do doente. Essa ideia adquire uma formulação sistemática com o dualismo cartesiano que separa a alma do corpo. Na concepção do aluno a doença causa no doente uma transformação física e psíquica, um processo para além de uma limitação física que interfere na sua qualidade de vida. Uma revolta do corpo do sujeito contra ele mesmo: “meu corpo conspira contra mim”.

Tais questões, enfrentadas pelos discentes e professores nos cenários de assistência, não estão protocoladas e nem prescritas no currículo, pois estes fenômenos não se apresentam como algo objetivo do currículo, inclusive independente da definição de ser docente ou discente, pois esses fenômenos são vivenciados fora da sala de aula, no convívio com o doente, criando necessidade em propiciar mudanças atitudinais e comportamentais do aluno.

Não existem receitas programadas e protocolos de intervenção, prescritos no currículo ou mesmo planos e programas de módulos do Curso de Fisioterapia, para tratar questões subjetivas dos doentes. Essas questões emergem, a partir da construção do conhecimento do relacionamento interpessoal terapêutico, considerado essencial para o aprendizado do aluno iniciante na prática assistencial.

## Exclusão social

A doença interfere na identidade do sujeito, devido às limitações que ela lhe impõe, constituindo assim a dificuldade de socialização e a perda da capacidade produtiva:

Na experimentação da sua doença, com a fraqueza física inerente, para além dos aspectos evidentes de sofrimento físico e psíquico, a doença também implica uma perda da capacidade produtiva e econômica. Uma das dimensões sublinhadas é a incapacidade para o trabalho, fato que envergonha o doente e é considerado socialmente desclassificador, verificando-se no seu discurso desgosto em ter de deixar de trabalhar. Este fato pode ser compreendido tendo em conta que o trabalho representa um fator nuclear modelador da valorização social do doente, contribuindo para atribuir um sentimento de identidade esperada aos olhos dos outros e de auto estima perante si próprio (SOARES: SERPA, 2005, pág. 2).

Ao paciente resta um discurso sobre o corpo adoecido traduzindo-o em uma diversidade de sintomas que caracterizarão não apenas a sua doença, mas a identificação de seus limites sociais e afetivos. Restará para ele a obediência aos parâmetros estabelecidos pelas tecnologias do cuidado, centradas na educação para a doença e nas terapêuticas.

*Tive pacientes que achavam que sua disfunção física limitava muito suas atividades de vida diária, o que levava à dependência de outras pessoas. Além disso, existe o estigma da exclusão social, bem como a dificuldade em participar de uma rede de cuidados que pudesse discutir sua situação de saúde, trocando informações sobre a sua doença com outros pacientes e profissionais (Aluno 6).*

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi criada mediante a Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, e para a implantação das unidades de reabilitação foram estabelecidas diversas normas. A rede tem, como objetivos gerais, a ampliação do acesso com o acolhimento e a classificação de risco e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomias e múltiplas deficiências, temporária e permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde (BRASIL, 2012).

Corroborando com a fala do Aluno 6 a proposta de uma rede de cuidados integrais às pessoas, com deficiências causará impacto na situação de saúde e autonomia dessas pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. O desenvolvimento de um cuidado integral, pautado na assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, deverá fazer parte do processo de formação do estudante de Fisioterapia.

*O adoecimento na fala de muitos pacientes me parecia a descrição de um processo no qual eles se sentem perdendo suas capacidades, muitas vezes apenas uma parte do seu corpo está afetado, porém o paciente por medo ou comodismo, ou fatores emocionais deixa de efetuar atividades possíveis à eles. Sentem como que seu organismo estivesse deixando de funcionar corretamente. Muitas vezes eles se vêem como uma espécie de estorvo para a sua família e se excluem até da família que tem que se mobilizar para dar suporte à ele (Aluno 7).*

A exclusão relacionada ao adoecer é um processo sócio histórico, principalmente quando vivemos em um sistema de produção capitalista que torna cada vez mais desiguais os sujeitos inclusive a perda da sua individualidade. A auto exclusão pode marcar o processo de adoecimento, quando o sujeito sente-se impotente para lidar com o seu corpo como também ela passa a ser uma medida protetiva para a família.

*A doença é perda. É exclusão familiar e social. Limitação física e econômica. Sentimento de revolta contra Deus. Impotência e resistência ao tratamento. Também é uma fase de amadurecimento e aprendizado pessoal e interior. É uma transformação psicossocial (Aluno 8).*

O corpo, por sua vez, torna-se para o doente depositário dos males revelados, não apenas pelos seus determinantes biológicos, mas ambientais. Observa-se atualmente a busca pelas causas e consequências das doenças estabelecidas no tempo social e não somente as falhas orgânicas. A doença pode ressoar uma rede simbólica que comprometerá as habilidades afetivas e sociais do indivíduo e da coletividade, levando-os a situações de exclusão.

A busca pela compreensão da condição de saúde está além das condições imediatamente oferecidas pelos dados subjetivos das doenças (sintomas) ou até mesmo os objetivos (sinais), reveladores de sua simples presença ou ausência o que faz reconhecer que a experiência do corpo poderá nortear-se entre dois pólos (o de saúde e o de doença). No entanto, seus determinantes não serão necessariamente ditados pela exclusividade do acometimento biológico mas também pelas condições culturais e simbólicas que configuram sua ampla e complexa identidade (CHAMNÉ, 2002, p.3).

Citamos o exemplo do aparecimento da medicina social na França, em fins do século XVIII, com o desenvolvimento das estruturas urbanas com territórios heterogêneos e poderes rivais.

Conforme Foucault (2012), por razões econômicas, a cidade se constituiria um importante lugar de mercado para unificar as relações comerciais com uma indústria nascente, e em meio a ascensão de uma população operária pobre, conduzindo-se às grandes revoltas contemporâneas, como a Revolução Francesa. Nesse sentido, a cidade proliferava medo e angústia pelas agitações e sublevações urbanas que ocasionavam alterações dos costumes e o aparecimento de agravos à saúde.

Essa medicina social detinha um caráter excludente, de exílio do doente para a purificação da cidade, com métodos de vigilância e controle de circulação de pessoas e animais.

A exclusão do doente percorre, historicamente, e enfrenta a inércia de todas as práticas e políticas médicas, onde ao mesmo tempo em que se encontram instituições sociais

e de saúde que possam assistir às populações, embora fuja do que preconiza a universalidade da atenção, observamos que o estigma da doença prevalece ainda de forma velada, pois o retira da família, do trabalho, dos vínculos sociais, excluindo-o da vida em sociedade. Sublinha-se também a importância do direito ao acesso de insumos e equipamentos e, por extensão, do direito à vida, como dever legítimo das políticas públicas de saúde.

### **Sexualidade e adoecimento**

O sexo, nas sociedades cristãs, tornou-se algo que era preciso examinar, vigiar, confessar e transformar em discurso. Podia-se falar de sexualidade, mas somente para proibi-la. O esclarecimento, a "iluminação" da sexualidade se deu nos discursos e na realidade das instituições e das práticas. As proibições faziam parte de uma economia complexa (RIBEIRO, 1999).

A sexualidade muitas vezes é vinculada apenas às questões biológicas, porém, nos últimos anos, tem sido tema presente em diversas áreas de conhecimento. No campo da saúde funcional tem sido discutida pelas várias especialidades, com destaque para a saúde do adulto e do idoso.

A Fisioterapia, com uma formação profissional historicamente baseada no modelo cartesiano e biomédico, não inseriu em seus modelos de assistência, questões relacionadas à sexualidade, proporcionando, assim, reflexões sobre os complexos mecanismos que geraram o desconforto sentido nas interações pessoais que envolvem questões de natureza sexual. Somente com a inserção das disciplinas de ginecologia e obstetrícia nos currículos acadêmicos, houve uma abertura para o dispositivo da sexualidade, relacionando-se, apenas, aos procedimentos técnicos desenvolvidos no corpo biológico para o tratamento das disfunções sexuais, ocasionadas pelas alterações do assoalho pélvico, negando, de certa maneira, a multidimensionalidade humana.

Com a reestruturação dos currículos escolares pelas diretrizes curriculares, aspectos da sexualidade humana foram enfatizados para ampliar as formas do cuidado para além das técnicas e dos aspectos eminentemente biológicos. Portanto, conforme relata Cirino (2007), a sexualidade torna-se referência fundamental no processo de produção da verdade e da subjetividade dos indivíduos, levando-os a prestar atenção a eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer e se confessar como sujeitos de desejo, estabelecendo de si para consigo certa relação que lhes permita descobrir, no desejo, a verdade de seu ser:

*Na verdade, meu primeiro conflito ao atender uma paciente em relação a este processo de adoecimento do corpo me veio a mente ao ouvir esta pergunta...certa vez, fiquei responsável pelo atendimento de uma senhora com mastectomia, e que*

*eu a atendi muito bem dentro do que me haviam ensinado. Após toda a execução do protocolo, eu perguntei a ela se havia alguma dúvida que eu pudesse ajudar a resolver. E a pergunta estava na ponta da língua, algo do tipo: “como eu posso fazer para me posicionar para ficar com meu marido na cama?”. Travei. Não estava preparada para este tipo de pergunta. (Docente 1).*

Segundo Duarte e Andrade (2003), é necessário compreender como as mulheres mastectomizadas percebem a própria sexualidade, uma vez que um acometimento como o câncer de mama é visto como potencialmente estressor e provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares, pois, além do medo da morte que a doença suscita, há, também, a ameaça da mutilação da mama, que é um símbolo importante de feminilidade, sexualidade, erotismo, maternidade e outros.

Segundo o Docente 1, em seu relato, não havia roteiro para esse tipo de questionamento, que tinha um protocolo clínico funcional para auxiliá-la na estratégia de enfrentar um corpo agora fragilizado, com edema em membro superior, com uma grande cicatriz, mas que precisava do afeto do marido, o que levou a perceber que o adoecimento repercute individualmente para cada paciente, muito embora sinais e sintomas possam ser compartilhados entre os indivíduos.

As novas formas de compreensão, acerca da influência do sexo, da sexualidade e do gênero na saúde, tornaram esse campo de estudos mais complexo e certamente mais ajustado a uma dinâmica social em que as diferenças de classe são decisivas, mas se combinam com outras formas de classificação, igualmente promotoras de desigualdades (HEILBORN, 2003).

Foram destacados na fala da docente os aspectos relacionados durante a sua formação e competência técnica profissional, pois durante a sua graduação, o conhecimento aprofundado da doença desempenha um papel decisivo nos processos de diagnóstico e tratamento das alterações funcionais após a mastectomia (retirada da mama), mas o enfrentamento de diferentes valores e princípios morais e culturais, relacionados à sexualidade, ainda, configurava-se para o docente um tabu e pudores conceituais.

O fisioterapeuta é o principal referencial da paciente, durante a sua recuperação funcional, tanto no que tange aos aspectos objetivos que envolvem o tratamento da doença (escolha do procedimento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia e outros), quanto aos aspectos subjetivos (expectativas, insegurança, medos, angústias, depressão e outros).

## Corpo fragilizado e a relação com o fisioterapeuta

O fisioterapeuta constrói durante o processo de intervenção dos seus pacientes, uma identidade baseada nas questões culturais e afetivas que irão permear a convivência entre eles. Que conforme Simão Canto e Moraes em 2009, pág. 3:

Essa construção é um processo interativo que evidencia a assimetria inerente às relações sociais em geral. Da parte do profissional, inclui a elaboração de mensagens culturais com relação ao que é esperado da pessoa que ocupa aquele lugar: estabelecimento de regras, regulação de experiências e direção de comportamentos. Durante as intervenções há necessidade do estabelecimento da escuta terapêutica para alívio dos sinais e sintomas emergidos pela doença, pois o processo de adoecimento repercute em sintomas físicos e psíquicos, tais como: desmotivação para com o tratamento, fragilidade, sensação de impotência e muitas vezes impaciência frente à família, amigo e cuidadores.

Com essas questões, levantadas pelos dois autores acima, se fazem necessárias transformações importantes na forma de “tratar saúde”. Ou seja, através do acolhimento das práticas de produção de saúde. A Fisioterapia lida diretamente com as repercussões da perda da otimização de uso do corpo, podendo ou não serem significativas e singulares, dependendo de como o sujeito compreende o seu adoecimento:

*...algumas pacientes idosas indicam que a dor as impede de se movimentar, que o corpo já não as permite ter liberdade para ir e vir e, por causa disso, o medo de algo negativo acontecer pelas limitações físicas é um pensamento recorrente. Outras, porém, por questões pessoais e pelo tipo de suporte social que possuem, indicam que o corpo doído não pode ser uma barreira para que elas realizem aquilo que sabem que traz benefícios físicos e mentais para este próprio corpo, como grupos de convivência, dança, família (Docente 1).*

*Alguns pacientes se definem pela doença do corpo e por suas limitações; outros não enxergam o adoecimento corporal como perda de equilíbrio, mas como um processo inerente a viver (Docente 3).*

Diante do relato apresentado pelo docente 1, o corpo fragilizado pelas limitações funcionais configura-se um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial, como também a sensibilização e preparação dos estudantes, que têm uma formação acadêmica, fundamentalmente tecnicista.

De acordo com Silva e Silveira (2011), embora tenha recursos físicos disponíveis, o fisioterapeuta tem, como principal instrumento, as mãos, que, através do toque, cuidam, reabilitam, confortam e curam. As mãos dos fisioterapeutas que operam modernos equipamentos também são aquelas que tocam e “invadem” o corpo do doente. O resgate do uso das mãos, no contato direto entre profissional-doente, está contribuindo para a humanização do atendimento e a valorização do toque, que vai de encontro à supervalorização das máquinas, em detrimento de uma assistência humanizada.



*Em sua maioria os pacientes chegam desmotivados, com dor, frágeis e precisando da escuta. Falam da inutilidade e da falta de paciência para aquela situação. Com o tempo, e com sua melhora, esses aspectos vão se transformando em esperança, em empolgação e mudança de crença. No final do tratamento toda a subjetividade envolvida no processo do adoecimento transforma-se em fortaleza e maior confiança do paciente consigo (Docente 2).*

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção do sujeito em processo de adoecimento, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso com o profissional e o serviço, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação das boas práticas construindo possibilidades de avanços na aliança entre eles.

*Eu vejo uma relação de dependência, uma vez que o sujeito em situação de vulnerabilidade física e psíquica delega seu tratamento e cura ao profissional, ao intervencionismo técnico. Poucos pacientes buscam participar ativamente do tratamento executando as orientações de auto cuidado, como também poucos são os profissionais que fazem essas orientações. Os pacientes não estão habituados a ouvirem os pequenos sinais de desequilíbrio, e só conscientizam-se do adoecimento quando este estiver bem avançado, repercutindo negativamente nas suas atividades de vida diária (Docente 3).*

Os discursos dos sujeitos do estudo mostram que o alvo da *práxis* fisioterápica está no ser doente, porém suscitando o contexto relacional humano ao seu processo saúde-doença. Por ora, enuncia em suas discussões, a entrega quase total da sua recuperação ao fisioterapeuta, repercutindo, muitas vezes, no seu empoderamento conforme retrata o docente 3.

Nessas falas, percebe-se a relação de dependência para com o profissional e o tratamento, delegando ao mesmo um poder sobre o seu corpo, que corroborando com Valença (2011), pode levar a uma inquietação por parte do fisioterapeuta, na busca por um agir-cuidar profissional, proximal ao indivíduo para além da fisioterapia pela técnica.

### **Representações da Fisioterapia sobre o corpo**

De acordo com os discursos emergidos dos alunos, quando questionados se as representações do corpo do paciente, em atendimento fisioterápico, interferem na sua aprendizagem, eles responderam que não há prática assistencial sem a inserção dos aspectos afetivos, ambientais e pessoais, pois os discentes referiram que o corpo do doente deixa-se permitir uma investigação minuciosa, não apenas referente aos aspectos fisiopatológicos da doença, mas às implicações psíquicas que orientam a gestão do cuidado.

De acordo com as falas o tratamento fisioterápico ativa um diálogo entre o paciente e sua doença, superada pelo resíduo funcional. Portanto, o resgate das funções

motoras pela presença de algum resquício de funcionalidade promovido pelo tratamento, otimiza o auto cuidado, a autonomia e o emponderamento do paciente para com o seu corpo, e se constituem parte dos processos de cuidado. A relação com o fisioterapeuta para o enfrentamento da fragilidade, imposta pela doença, poderá resgatar a recuperação funcional dos sujeitos.

Portanto, essa categoria permitiu extrair, através das falas dos pacientes atendidos pelos estudantes e docentes do curso de Fisioterapia três (3) subcategorias a seguir: Reabilitando corpo e mente; Funcionalidade, Adaptação e habilidade corporais na relação fisioterapeuta - paciente e Corpo: espaço de escuta terapêutica.

### **Reabilitando corpo e mente**

...mas meu corpo, nele mesmo, seus recursos próprios de fantástico. Tem lugares sem-lugar. Tem seus lugares obscuros e praias luminosas. Minha cabeça é uma estranha caverna, com duas aberturas, meus olhos. E, se as coisas entram na minha cabeça, ficam ao mesmo tempo fora delas.

Michel Foucault

A socialização de um indivíduo em uma profissão sempre foi considerada importante e, na verdade, inevitável, e o processo de socialização passou a ser visto como ambipotente. Ou seja, um processo que tem o poder de resultar em efeitos positivos e deletérios para os profissionais de saúde, em sua formação e, conseqüentemente para a sociedade.

O estudante tem o privilégio e a responsabilidade de criar um papel consistente com os ideais mais elevados das profissões da área da saúde (DAVIS, 2007).

Enfrentar desafios, refletir em sua prática clínica e valorizar novas abordagens que construirão sua identidade pessoal e profissional, pois nunca se contou com tantos recursos para pacientes, no sentido de manter uma vida saudável ou obter a cura, conforto ou reabilitação, porém, com a evolução das técnicas e abordagens clínicas, cada vez mais manipulativas e mecânicas, métodos estes constitutivos do arsenal tecnológico, leve e duro, que viabilizam diagnósticos e tratamentos mais precisos no entorno da saúde funcional, não justificariam a ausência de valorização do sujeito que está sobre cuidados fisioterápicos.

Qualquer que seja o tipo de deficiência que acometa o indivíduo deverá ser apreendida pelo estudante, no que concerne à sua característica diagnóstica, patológica e seus sinais e sintomas típicos, porém não podemos esquecer que esses diagnósticos são feitos em pessoas.

*Uma vez que devemos observar o paciente holisticamente não levando em conta apenas a sua disfunção e doença, mas observando os aspectos sociais, ambiente, os aspectos pessoais e a participação do indivíduo na sociedade (Aluno 6).*

Pessoas com alterações e deficiências motoras podem sofrer estigmas, frustrações e, em geral, não são levadas em consideração as suas necessidades afetivas. Essas pessoas não se deparam apenas com as barreiras físicas do ambiente social, mas também com a discriminação das próprias instituições de saúde que podem classificar seu corpo como espaço da doença.

*Partindo do relato do paciente sobre os seus sinais e sintomas podemos buscar intervir de forma específica, porém não única, no que mais o prejudica e mostrar a ele de forma compreensível como iremos colaborar para a sua recuperação e que isso também dependerá da ajuda dele, levando em consideração o biopsicosocial dele (Aluno 7).*

Para Foucault (2011), a percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo; para apreendê-la é preciso toda uma interpretação do fato patológico, onde ela se tornará assim a história de cada indivíduo.

Conforme Prizskulnik (2000), existe toda uma tecnologia que auxilia o profissional no processo de diagnóstico e terapia, o que torna mais ainda a representação objetiva da doença colocando entre este e o paciente vários aparelhos e muitos resultados de exames. É preciso exprimir as enfermidades do doente, seus sofrimentos, com seus gestos, suas atitudes, seus termos e suas queixas:

*Essas representações interferem, sobretudo, na eficácia do tratamento e na relação do profissional com o paciente, haja vista que ele, uma vez motivado e esperançoso de sua cura proporciona colaboração com o tratamento, melhorando os resultados. Do contrário, um paciente que se encontra deprimido, revoltado e desesperançoso, o fator psicológico influenciará fortemente no decorrer do tratamento... o paciente é responsável também pelo sucesso do tratamento, onde sua motivação e vontade de melhorar se torna fundamental. A gente até se sente mais seguro para executar nossas práticas (Aluno 8).*

O corpo disfuncional é arrancado de seu espaço próprio e arremessado a outro espaço. É esse corpo superfície de inscrição dos acontecimentos. A genealogia está, portanto, no ponto de articulação desse corpo com a sua história. Ela deve mostrar o corpo do sujeito inteiramente marcado de história e a história arruinando o seu corpo. O corpo do doente sedimenta, combate os infortúnios da enfermidade, se ausenta, deixa-se penetrar pelos seus sinais e sintomas, extraindo os elementos de subjetivação para constituir a própria identidade do sujeito.

Quanto às falas dos professores diante da subcategoria: Reabilitando corpo e mente há necessidade em permitir ao aluno a transformação dos processos de ensino e

aprendizagem sobre a doença e o cuidado com suas repercussões físicas, psíquicas e ambientais. Segundo os professores o corpo fragilizado do paciente se entrega ao tratamento fisioterápico em busca de possibilidades. Nesse momento o professor utiliza, também, as próprias experiências de relacionamento, ocorridas entre ele e o aluno, para compreender os significados desse corpo adoecido e submetido aos cuidados fisioterápicos:

*O paciente se permite acreditar na mudança do seu quadro funcional. Cada ganho sobre a sua funcionalidade faz emergir um aprendizado sobre si mesmo, e não só sobre a doença (Docente 6).*

A ação, a intenção, a motivação, a criatividade e a adaptação do sujeito com uma incapacidade física são mais importantes que as características da sua deficiência (DAVIS, 2007).

*Acredito que para uma pessoa que tinha uma vida normal no aspecto físico e funcional, inicialmente é um rompimento nas suas capacidades, mas o aprendizado é o grande fundamento da intervenção fisioterapêutica, a possibilidade de recuperar, portanto, mesmo quando o paciente adulto enxerga uma janela ele muda, ele passa a acreditar em si mesmo. O adoecimento é algo inesperado para o ser humano, estamos acostumados a capacidades, a independência, vejo que é um momento que a pessoa se sente muito fragilizada de corpo e mente. Somos reabilitadores de corpo e mente (Docente 5).*

O processo de tomada do corpo, como objeto de descrição de suas capacidades pela ótica do fisioterapeuta e pelo paciente, perpassa pela emergência de certos fenômenos, onde a subjetividade e, ao mesmo tempo, as biotecnologias passam a criar formas híbridas de corporeidade, pois vivemos em uma cultura que suscita ideais de saúde e corpo, com possibilidades de aperfeiçoá-lo, cada vez mais, como se fossem guias ou procedimentos padrão de conduta para a nossa vida.

O fisioterapeuta entra para criar habilidades funcionais no indivíduo incapacitado fisicamente, através do controle do corpo (gestos, espaço e tempo) e das suas emoções. Portanto, essa esfera de poder, incitada pela relação do fisioterapeuta com o paciente torna-o muitas vezes adepto ao tratamento prescrito pelo profissional, fazendo com que o indivíduo acredite que ele é capaz de controlar seus próprios danos, quando ele passa a ser entendido como um gestor de si mesmo, e esse aspecto só é entendido pelo paciente quando este concebe uma forma singular de estar no mundo.

### **Funcionalidade, Adaptação e habilidade corporais na relação fisioterapeuta – paciente**

A funcionalidade toma em consideração os aspectos sociais da deficiência e propõe um mecanismo para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa. O distanciamento entre corpo e mente é um aspecto bastante

presente entre pacientes que sofrem de algum transtorno físico. Uma proposta terapêutica que interfira na imagem e autopercepção corporal desses pacientes, faz com que cada indivíduo perceba e possa retomar o seu mundo, além de exercer um aprendizado sobre o corpo.

*Se vamos fazer uma atividade que introduza a noção de habilidade corporal devemos trabalhar antes o autoconhecimento corporal, como fazemos com os pacientes do módulo de psiquiatria e neurologia. As terapias podem abordar atividades de relaxamento e percepção corporal influenciando a consciência corporal e controle da mobilidade, tornando apto a exercer suas habilidades no dia a dia (Aluno 3).*

Uma contração muscular desnecessária e crônica, observada em pacientes neurológicos, não apenas restringe o movimento, mas pode resultar em estados de tensão e dor que podem se tornar constantes e monótonos, a ponto de serem adaptados às funções e atividades do paciente.

Para tanto, uma consciência somaestética, que cuida do corpo como lugar da apreciação estético-sensorial e da auto-formação criativa. Ou seja, procura enriquecer não só o nosso conhecimento abstracto e discursivo do corpo, mas também a nossa performance e experiência somática; procura realçar o significado, o entendimento, a eficácia e a beleza dos nossos movimentos e dos ambientes para os quais aqueles contribuem e dos quais também eles extraem as suas energias e sentidos (SHUSTERMAN, 2010).

A consciência somaestética, quando corretamente estimulada, leva o paciente ao correto funcionamento somático, evitando consequências nocivas (desconfortos, dores, tensões musculares e posturas viciosas).

Foucault (2012) defende a dimensão corporal da experiência humana, não podendo ser ignorada pelo fisioterapeuta e estudante em formação. De acordo com Shusterman (2012), ao reconhecer a complexa estrutura ontológica do corpo, que é simultaneamente objeto material no mundo e subjetividade intencional dirigida ao mundo, a somaestésica se ocupa não apenas da forma ou representação externa do corpo, mas também de sua experiência, vivida com uma percepção aprimorada de nossos sentimentos. Portanto, fala-se de um cuidado crítico e disciplinado do eu, que envolve um autoconhecimento e autocultivo.

Se o corpo é nosso instrumento primordial para apreensão do mundo, então podemos aprender sobre o mundo, melhorando as condições e o uso desse instrumento. O aluno, ao vivenciar todo o processo de adoecimento do corpo do outro, ao se colocar em

experiência direta com seu paciente, promove uma intersubjetividade, proporcionando experiências compartilhadas.

*O processo terapêutico deve iniciar com abordagens de autoconhecimento tanto psíquico e corporal, pois no currículo do curso de Fisioterapia da UFC trabalhamos com a CIF, um modelo que classifica a função e a incapacidade do corpo, mas permeada pelos aspectos ambientais e pessoais. Portanto, para que se trabalhe esses aspectos torna-se necessário uma visão mais integradora do sujeito em estado de adoecimento... É nesse processo que devemos intervir no paciente e seu mundo para o desenvolvimento das suas habilidades corporal (Aluno 8).*

A busca pelo autodomínio revelada pelo autoconhecimento tanto psíquico e corporal, conforme relata o aluno 8, está tradicionalmente integrada à busca da ética pela vida melhor. Cada sentimento condiciona o corpo e exige dele contração muscular, gerando percepção e tornando-o maléavel à inscrição de poder social determinado pela CIF. Ela oferece uma maneira de entender formas de hierarquia e classificação dos corpos, aplicadas e reproduzidas com ou sem necessidade de torná-las explícitas em nossos hábitos corporais.

Observamos, através das falas dos docentes, que as noções de funcionalidade, adaptação e habilidade corporais pretendem estabelecer uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados com ela relacionados, no intuito de padronizar a linguagem das disfunções dos indivíduos com algum grau de funcionalidade e incapacidade; porém, ela reflete não apenas uma coletividade, mas a atenção individualizada de cada sujeito, mesmo que esse tenha uma condição igual à de outrem.

*É importante destacar que a CIF não é, de forma alguma, uma classificação de pessoas. Ela é uma classificação das características de saúde das pessoas dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais. A interação das características de saúde com os fatores contextuais é que produz a incapacidade. Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações da atividade, ou restrições na participação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004, p. 215).*

Portanto, conforme a Organização Mundial de Saúde (2013), a CIF coloca a pessoa em seu contexto, onde conforme a descrição supracitada funcionalidade e incapacidade são resultados da interação entre o sujeito e o meio ambiente. Há uma relação complexa, dinâmica e, muitas vezes, imprevisível entre estas entidades. A CIF vem com uma proposta de inserir uma terminologia entre categorias, de forma interdependente, auxiliando sua aplicação em diversos setores e sistemas de saúde, educação e social. Ou seja, um olhar mais integralizado sobre saúde e doença.

*Atualmente, o professor, fisioterapeuta, antes voltado para o corpo físico, tinha uma visão reabilitadora, hoje, a cada dia que passa, percebe-se a necessidade de um olhar voltado para a subjetividade do sujeito, um olhar mais integral, mais cuidadoso. Nesse âmbito o professor, o aluno e o paciente, criam entre si um elo*

*de confiança, onde o professor deve mostrar ao aluno o cuidado em todas as suas vertentes: físico, psíquico e social. A CIF tem nos ofertado essa habilidade em ver o sujeito integralmente (Docente 3).*

As dimensões multifacetadas da CIF levam a propor a instrumentalização do corpo, enquanto campo multidisciplinar de estudo. Primeiro, classifica-o em termos de visão estruturante ou arquitetônica, depois o integra em discursos muito diferentes e aparentemente mensuráveis num campo mais produtivamente sistemático que possa relacionar o discurso da biopolítica.

O corpo fragilizado se torna então mais visível no contexto da CIF e se constitui objeto de influência do poder, utilizado como instrumento de manutenção, com normas corporais e psíquicas de saúde, de capacidades e habilidades, categorizado de modo a refletir e sustentar forças sociais.

*O corpo fragilizado se entrega ao fisioterapeuta para atingir meios e possibilidades. Ainda está presente a dificuldade em se colocar no lugar do outro, pois há uma preocupação com a técnica, a cientificidade do conhecimento e a ausência de ações educacionais voltadas para a compreensão do adoecer e suas implicações subjetivas. Isso acontece pela dificuldade em se colocar no lugar do outro (Docente 7).*

Mesmo com esse espaço de escuta do corpo pela CIF que veremos com mais detalhes na subcategoria: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: atitudes integralizadoras sobre o sujeito, ainda que transcendam a recriação do corpo e superação do pragmatismo metodológico observam-se ainda nos discursos que a cientificidade do conhecimento, a busca da cura pelas evidências dificultam a compreensão do adoecimento, principalmente no contexto da Fisioterapia, área da saúde que se encontra em processo de comprovação dos seus saberes e práticas, e ainda com forte apelo para a reabilitação.

### **Corpo: espaço de escuta terapêutica**

A intervenção fisioterapêutica, voltada para as disfunções motoras, deve permear elementos do processo comunicacional entre fisioterapeutas e pacientes, pois seus corpos dialogam através das condutas administradas, bem como se encontram na busca da cura da doença. Nesse processo, cabe ao profissional estabelecer a escuta não somente como emissor e receptor de mensagens, pois há uma infinidade de elementos que estão emergindo desse diálogo. A linguagem do corpo, durante o tratamento, remete à linguagem do encontro terapêutico, onde o entrelaçamento das subjetividades formam ligações significativas entre eles. O fisioterapeuta observará no seu cotidiano uma linguagem corporal dinâmica que,

segundo Benevides (2010), potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e adaptação do sujeito frente às mudanças físicas e funcionais que repercutirão no seu estado emocional. Essas implicações psíquicas orientam a gestão do cuidado.

*Quando apresentam baixa auto estima interfere de forma negativa, tendo em vista que o paciente se vê desanimado e desmotivado. É como se a mente dele falasse também através do corpo, e aí dá uma sensação de que o tratamento não flui. Quando é visto como algo passivo de superação, auxilia na assistência por conta do anseio de melhorar para retornar às atividades de vida diária. Porque ele vê a melhora pelas condutas que são realizadas (Aluno 7).*

A fisioterapia se desenvolveu procurando diversas classificações semiológicas que permitiram a identificação das diversas “doenças físicas”, produzidas a partir do seu discurso biomédico. Conforme Rey (2011) não se deve pensar a doença apenas como uma entidade clínica, sem levar em conta seus antecedentes históricos e culturais, reduzindo a pessoa a uma entidade patológica, ignorando os processos de configuração subjetiva singular dos sintomas e estados da pessoa, bem como a dinâmica dessa configuração, onde esses antecedentes pessoais se interrelacionam pelos diversos sentidos subjetivos que definem as subjetivações humanas.

O espaço de escuta desse corpo em situação de adoecimento desenvolve-se dentro da sistemática de atendimento do aluno e do paciente, onde se processa uma comunicação simultânea compartilhada pelos saberes. A subjetividade é a unidade inseparável do cuidado e o corpo do paciente se revela numa experiência concreta capaz de vincular a mente e o corpo. Para Foucault (2012), o conceito de subjetividade envolve um modo de vida e acontece, a partir do encontro que temos com o outro, e é nessa relação que o estudante compreende o significado do corpo fragilizado para o paciente e produz assim suas ações terapêuticas:

*Com base no significado que o corpo tem para o paciente nesse momento da doença e suas disfunções. Tenho como perceber e propor intervenções individualizadas, levando em consideração o contexto do paciente e como as suas funções corporais estão relacionadas a realização de tarefas importantes para ele. O olhar compreensivo e analítico serve como guia a formulação de objetivos terapêuticos mais eficazes e individualizados (Aluno 8).*

De acordo com a fala dos professores, esse corpo se mostra não somente como espaço de manifestações de sintomas e cura, mas também de subjetivações que não passarão despercebidas pelo olhar do outro, pois as evidências científicas garantem uma abordagem mais segura sobre a doença e suas manifestações, porém elas não perscrutam as emoções.

*Cada paciente têm aspectos subjetivos que se inseridos na prática deverão ser interpretados a partir das necessidades de saúde de cada pessoa. Ou seja, há uma*



*necessidade na escuta desse corpo para alívio dos sinais e sintomas emergidos pela doença (Docente 2).*

Essa relação com o corpo do paciente nas práticas clínicas renova o ato de cuidar, conforme pode ser constatado na fala do docente:

*O contato prolongado durante as sessões, pelo contato físico e pelo toque, que são as ferramentas principais de um fisioterapeuta, esse profissional deve ter sensibilidade para não impor tratamentos, intervenções ou, até mesmo, pensamentos. Por exemplo, na saúde da mulher como lidamos com momentos delicados, como a gestação e patologias como o câncer de mama, que afetam não apenas a funcionalidade, mas também seus processos biopsicossociais (Docente 8).*

O paciente torna-se sujeito e protagonista da sua própria terapêutica, desenvolvendo o cuidado de si, que implica um constante vir a ser, num processo de subjetivação; não mais numa perspectiva de sujeito como algo estanque, mas sim, do sujeito como produção. O contato prolongado do fisioterapeuta com o doente forma vínculos onde, segundo Coutinho (2008), com o seu corpo escuta o que emana do corpo do paciente, absorvendo não apenas as palavras, mas indo além de uma prática clínica tecnicista.

### **Formação discente para o enfrentamento das implicações subjetivas do adoecer**

A constituição da identidade do fisioterapeuta tem como pontos de partida sua escolha e formação profissionais. É muito importante que as Instituições de Ensino Superior e seus professores, conforme estabelecem Ramos-Cerqueira e Lima (2002), tenham conhecimento desses aspectos, devendo preocupar-se não apenas com questões curriculares e pedagógicas, mas também com o modelo de relação professor-aluno, considerando o seu papel fundamental na formação da identidade do profissional fisioterapeuta. Até o final do século XX, os currículos de Fisioterapia não preconizavam longitudinalmente eixos temáticos relacionados ao desenvolvimento humano e suas potencialidades nas áreas filosóficas, sociais, culturais e afetivas para enfatizarem práticas baseadas em evidências técnicas.

Com o advento da medicina científica, novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais tornaram o paciente desvinculado do seu sofrimento. Nessa época, para conhecer a "verdade do fato patológico", o médico precisou abstrair o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala, idade, modos de vida perturbavam a identificação da doença, segundo o desenho nosográfico preestabelecido. Com base em uma formação mecanicista, o papel dessa lógica médica era neutralizar essas perturbações, manter o sujeito distante para que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 4).

Tais questões repercutiram na formação dos professores dos Cursos de Fisioterapia no Brasil. Nóvoa (2009) refere que a necessidade de uma formação de professores construída dentro da profissão, e no caso da Fisioterapia, os docentes não são formados para a licenciatura, eles aprendem a lecionar na prática, construindo uma identidade voltada para o ensino técnico profissionalizante. O domínio científico, segundo o autor de uma determinada área do conhecimento, é absolutamente imprescindível, porém a formação de professores deve assumir uma forte componente prática, centrada na aprendizagem dos alunos, e para a compreensão da realidade pautada em estudo de casos concretos que venham possibilitar uma percepção real de mundo.

É necessário preparar a universidade para o desempenho de um papel que corresponda às suas reais características, ou seja, realizar pesquisas educacionais e didáticas; estudar modelos alternativos de formação e preocupar-se com a formação dos formadores (GUEDES *et al.*, 2013).

A Fisioterapia seguiu os rumos da especialização como a área médica, repercutindo nos processos de formação dos profissionais que tiveram, durante muito tempo, que entender o corpo e mente numa perspectiva dualista e cartesiana. Sabendo que o objetivo da Fisioterapia é desenvolver no paciente o autoconhecimento do corpo e integração social, o processo terapêutico também deverá desenvolver no paciente o entendimento de sua história, a partir das experiências sensoriais, motoras e afetivas, vivenciadas durante os atendimentos.

O fisioterapeuta deverá guiar o tratamento focado nas disfunções cinesiológicas encontradas, mas também buscar meios de integrar corpo e mente, inserindo-os no processo terapêutico. Tais questões dependerão da formação de um profissional crítico e reflexivo ampliando assim as formas de cuidar. Para tanto, dessa categoria extraída das falas de alunos e professores, emergiram quatro (4) subcategorias: Humanização do cuidar, Formação crítica e reflexiva, O contexto da funcionalidade humana e Subjetividade do corpo: questões ocultas do currículo.

### **Humanização do cuidar**

Cuidado e humanização têm sido termos que percorrem os currículos dos cursos da saúde. A discussão e ampliação dessas categorias têm se fundamentado na aplicação lógica de que o ser humano precisa ser interesse do outro. O cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de preocupar-se, evocando esta habilidade em nós e nos

outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar (WALDOW, 2011).

*Hoje, com a mudança de visão dos profissionais que formam a sociedade acadêmica, houve uma humanização na profissão. Os docentes nos proporcionam um contato direto com o indivíduo, tendo uma visão holística, deixando de ser cartesiano (Aluno 3).*

Apesar dos currículos ainda apresentarem disciplinas que compartimentam o corpo e valorizam as consequências das doenças, seus sinais e sintomas, principalmente os que se enquadram no panorama legitimado pela ciência, observa-se uma preocupação com os relatos de sofrimento dos pacientes. É comum ocorrerem expressões de rancor e hostilidade com o fisioterapeuta, já que este lida com técnicas e procedimentos que visam à melhora da funcionalidade humana o que torna o paciente impotente frente à sua recuperação:

*Acredito que a academia deve ensinar os alunos a lidarem com o processo de adoecimento, inclusive com a morte. Isso porque os pacientes se manifestam de maneiras diferentes (raiva com xingamentos ao terapeuta, tristeza, dentre outros sentimentos) e nós precisamos saber como nos posicionar nessas ocasiões (Aluno 4).*

Ambos os termos, cuidado e humanização, vêm sendo discutidos de forma a apresentarem os mesmos elementos ou categorias. Por vezes, parecem ser tratados como sinônimos e por outras, como questões distintas:

De qualquer forma, não se observam explicitações que evidenciem as diferenças ou sobre as similaridades e talvez isso possa ser atribuído à escassa literatura enfocando essa questão, já que não se observa interesse em distinguir alguma diferença ou similaridade ou outra relação entre os termos. Em alguns casos, nota-se que o cuidado é tratado como uma atitude ou ação que deve ser realizada de forma humanizada, e é referido como "cuidado humanizado". Assim posto, o entendimento é de que o cuidado seja uma consequência da humanização, e, como tal, ela qualifica, adjetiva o cuidado, secundarizando-o (WALDOW; BORGES, 2011, pág.5).

O cuidado pode ser uma resposta à coisificação do sujeito, principalmente, nas sociedades contemporâneas, e com o advento das tecnologias duras que objetivam a sua desintegração, pois o cuidado confere a condição de ser humano, principalmente quando este transcende se colocando no lugar do outro, compreendendo suas limitações e necessidades.

*Os cursos da área da saúde devem lançar princípios e bases para uma formação humanística, proporcionando uma visão mais profunda e integral (abordagem biopsicossocial) ao paciente que se encontra muitas vezes debilitado e deprimido na sua condição de saúde. Além de favorecer ao aluno requisitos para a superação de preconceitos sociais e inserir o aluno o mais precocemente possível na realidade sócio econômica local para o enfrentamento das dificuldades (Aluno 8).*

As intervenções fisioterapêuticas, pautadas em habilidades humanísticas, intuitivas e de relacionamento interpessoal, são de fundamental importância, pois, permitem

o enfrentamento das emoções negativas, causadas pelas adversidades da doença. Para que isso ocorra, é necessário ir além do embasamento da assistência no cuidar pleno (MARANHÃO *et al.*, 2011).

Nos discursos dos professores, a compreensão da doença e suas formas de subjetivação devem estar presentes na formação de um profissional mais humanizado:

*Acredito que a grande base para entender a subjetividade do adoecimento do sujeito seja a formação de um profissional humano... Percebemos que a tecnologia, embora importante, nos afasta do outro, da sua subjetividade. Que as relações a cada dia que passam estão mais frágeis, mais superficiais. E que muitos falam sobre o conceito de humanização, mas vivem na utopia. Sinto que o grande desafio da academia é manter esse aluno e esse futuro profissional com o olhar mais humano, entendendo a individualidade e subjetividade de cada sujeito. (Docente 2).*

Para o Docente 2, do Módulo de Internato em Fisioterapia, a formação de um profissional com uma visão mais humanista é um desafio, pois cada aluno chega à universidade com crenças já formadas, e muitas vezes é necessário fazê-lo compreender que a sua formação é principalmente para a saúde e não somente curativa das doenças.

Segundo Brasil (2013), humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças, nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são assim construídas, não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A humanização busca transformar as relações de ensino e trabalho, a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Foi desenvolvida como uma política transversal da rede pública, atravessando as diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizando-se com:

a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos; a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS, 2006, p. 4).

Dessa forma, as diretrizes da Política Nacional de Humanização permeiam nas falas dos alunos do curso de Fisioterapia da UFC, com vistas ao acolhimento do paciente, mesmo com o uso de tecnologias duras que tendem a afastar o cuidador do sujeito.

## Formação crítica e reflexiva

No momento em que professor e aluno se tornam sujeitos ativos na construção do saber, o conhecimento é transformado. Importante citar que em sala de aula e no campo prático as discussões sobre a realidade manifestada constroem um indivíduo social, histórico, crítico e reflexivo. Essa questão destitui modelos de ensino centrados, principalmente, em conteúdos e habilidades técnicas. O professor deve ampliar espaços de aprendizagem que garantam a troca de ideias, sendo assim mediador dos processos de ensino e aprendizagem dos alunos:

Essa noção do papel do professor como mediador e co-construtor do conhecimento, em um contexto em que a relação ensino/aprendizagem se dá na construção partilhada, é fundamental na formação do profissional em pré-serviço. Por conseguinte, uma coerência entre a formação recebida e sua prática profissional é esperada. Ou seja, o princípio da simetria invertida (TEIXEIRA DA SILVA, 2006, pág.19).

Despertar no acadêmico o interesse pela reflexão de questões que abrangem temáticas transversais, como a integralidade do sujeito com uma disfunção, certamente implicará o aparecimento de subjetividades, pois cada sujeito traz nos processos de aprendizagem experiências de vida que influenciarão não apenas na sua tomada de decisão, frente às necessidades curativas do paciente, mas também no desenvolvimento de estratégias que facilitem o enfrentamento das implicações subjetivas do adoecimento. Quanto mais precoce esse aspecto for inserido no currículo haverá uma assimilação mais adequada sobre a doença e suas repercussões físicas, psíquicas e sociais.

*A faculdade deve formar o aluno apresentando a ele o seu campo de trabalho, não só entender a patologia, as formas de tratamento, como também o paciente e o seu meio. Ou seja, os seus aspectos físicos, psicológicos, espirituais, sociais e ambientais. O aluno deve receber formação com conhecimento sobre religiões, crenças, cultura e sociedade. Ou seja, o indivíduo inserido numa realidade contextualizada (Aluno 6).*

Observamos na fala do Aluno 6, a necessidade em receber formação que contenham a multiplicidade de culturas, religiões e etnias, aspectos que caracterizam a sociedade moderna. Isso torna mais enriquecedora a sua formação, como também, a compreensão que a diversidade das crenças religiosas e demais processos culturais auxiliam na compreensão do processo saúde e doença dos sujeitos.

O trabalho docente, legitimamente, está se constituindo cada vez mais indispensável à humanidade, em face do crescimento vertiginoso das novas tecnologias da

comunicação e informação e das mudanças cada vez mais rápidas em vários campos do conhecimento humano (TELES, 2006).

O docente em suas ações pedagógicas deverá permitir ao aluno ser agente ativo dos seus processos de aprendizagem. Para tanto, o professor e o aluno participarão de processos interacionais com ações compartilhadas, visto que, é por meio dessa relação, que ocorrem o fluxo e transformação do conhecimento.

*A academia tem o papel fundamental de nortear o aluno em relação a adequada atuação profissional, visando formar um discente cada vez mais competente, crítico frente aos problemas e barreiras que irão enfrentar no decorrer de atuação profissional (Aluno 4).*

*Fornecer o suporte crítico de sua atuação, conciliando conhecimento científico com o empírico, tanto através da teoria em sala de aula como na prática profissional, devendo ser o professor ou o profissional formado e qualificado, a principal referência de atuação profissional. A leitura e interpretação da subjetividade se fazem com a atuação cotidiana e se aprimora ao longo do tempo, pois é vivenciada e não apenas uma mera transmissão de conhecimento (Docente 3).*

As vivências cotidianas das práticas de ensino e aprendizagem conforme relata o Docente 3 criam novas necessidades para o desenvolvimento de métodos que possam dar conta das naturezas e dimensões multifacetadas e complexas dos processos de ensino e aprendizagem. A base desses processos se constitui pela reflexão sobre a prática cotidiana, sendo o sujeito centro de toda prática:

*Precisamos avançar mais nas questões subjetivas da aprendizagem, pois nós da saúde atendemos pessoas com demandas diferentes. O paciente é o centro de toda prática (Docente 4).*

Na fala do Docente 4, observa-se a transformação do ambiente de ensino, principalmente devido à presença do aluno nas instituições de serviços de saúde, onde este aprende a lidar com diferentes atores. Seu papel como facilitador é empoderar o discente, considerando o confronto da subjetividade dele para com a do sujeito em atendimento, desde a análise e discussão de suas atitudes e comportamentos, pautados nos conceitos éticos, morais, culturais, étnicos e humanísticos, vistos anteriormente nas áreas afins.

Cada momento de experiência se torna diferente pela diversidade de sujeitos envolvidos no cenário de atenção à saúde. Vale ressaltar a ausência nas falas do contexto multiprofissional que possam fomentar um trabalho em equipe. Além dessas questões, conforme Albuquerque *et al.* (2008), é importante entender que não se faz a *práxis* sem a integração ensino-serviço, fruto de um trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes e professores dos cursos da área da saúde com os trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à

saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços e ao cuidado mais contingente dos usuários.

Nesse contexto, observa-se a necessidade de fomentar a interdisciplinaridade no currículo integrado; esses termos não se configuram como sinônimos, e o primeiro contribui para a reunificação do conhecimento. O corpo precisa ser visto sob uma ótica de conhecimentos integralizados e interdisciplinares, pois suas necessidades não são apenas biológicas, todos os saberes sobre o corpo devem influenciar e ser influenciados uns pelos outros. O estudante vai buscar esses conhecimentos, através da pesquisa teórica e da pesquisa prática, onde estes devem estar dispostos no currículo integrado em torno de problemas e questões recorrendo às vivências do indivíduo, sejam pessoais ou sociais, para lidar com novos problemas ou situações de significados pessoais e sociais.

A principal diferença entre os dois termos consiste no fato de que a Interdisciplinaridade (seja na concepção hegemônica ou crítica) está relacionada ao aspecto interno da disciplina, ou seja, ao conteúdo. Enquanto que a Integração Curricular está relacionada ao aspecto externo à disciplina, ou seja, à problemática (AIRES, 2011).

### **O contexto da funcionalidade humana**

O modelo de funcionalidade humana adota a perspectiva biopsicossocial, interagindo com as dimensões do contexto saúde: ambiente e aspectos pessoais. Ou seja, não se descreve apenas a doença e sua incapacidade, mas a representação dessas dimensões distintas e interrelacionadas. Portanto, a deficiência de uma pessoa é qualificada quanto à estrutura e função do corpo, enquanto as atividades e desempenho das pessoas são aspectos relacionados ao ambiente vivenciado pelo sujeito.

A abordagem biopsicossocial busca integrar a investigação sociológica com a ciência biológica como uma base para desenvolver um entendimento relacional ou não dualístico do corpo (SAMPAIO; LUZ, 2009).

*A academia deve lançar princípios e base para uma formação humanística proporcionando uma visão mais profunda e integral, com uma abordagem biopsicossocial do paciente que se encontra muitas vezes debilitado e deprimido na sua condição de saúde. Além disso, a academia favorece a superação de preconceitos sociais e insere o aluno precocemente na realidade sócio econômica local no enfrentamento das dificuldades (Aluno 8).*

As experiências humanas universais de funcionalidade e incapacidade não estão relacionadas apenas a uma condição ou estado de saúde, mas ocorrem no contexto de

ambientes facilitadores ou impeditivos e de recursos pessoais (STUCKI; REINHARDT; MELVIN, 2008).

*Além de estudar a patologia há necessidade em inserir o paciente na vertente biopsicossocial, relacionando os fatores ambientais, pessoais, a restrição das atividades pela doença (Aluno 6).*

Segundo Stucki, Reinhart e Melvin (2008), o modelo integrador da funcionalidade e incapacidade humanas proporcionou à comunidade científica uma mudança de paradigma na reabilitação de pacientes sequelados ou incapacitados. Pode-se dizer que houve a introdução de um rival ao paradigma biomédico, que predominara por tanto tempo, com respeito a uma compreensão mais ampla da funcionalidade humana. O termo "funcionalidade humana" aponta para a inter-relação entre as estruturas e as funções do corpo, a atividade individual e a participação na sociedade dentro de uma experiência humana relacionada à saúde.

Nos discursos dos docentes, destaca-se a importância da ampliação do conceito de funcionalidade humana para além do dualismo corpo e mente:

*[...] nossa responsabilidade como docente é informar ao aluno sobre as repercussões psicoafetivas de um corpo em processo de adoecimento, compreendendo a relevância dessas repercussões para a funcionalidade humana, e não somente entender que o corpo é apenas estrutura e função. (Docente 1).*

*Eu penso que a funcionalidade humana exige um olhar sobre o sujeito e sua subjetividade. Um olhar mais integral, mais cuidadoso (Docente 3).*

É possível considerar a saúde funcional como o estado de bem estar individual e das coletividades em todas as fases do ciclo de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania.

*A detecção precoce deve ser o primeiro passo para as ações de saúde funcional, além das linhas de promoção e cuidado para dar visibilidade às ações profissionais de recuperação da saúde e prevenção de incapacidades, entendida, aqui, num sentido muito mais amplo, na busca de um excelente desempenho das atividades humanas e da mais completa possível participação social (BRASIL, 2013, p.2).*

É importante considerar a complexidade da combinação de informações criadas em diferentes contextos filosóficos, educacionais, institucionais e culturais para a determinação do estado de funcionalidade do sujeito para aprimorar os seus cuidados e transformar a formação dos profissionais de saúde, através do uso de modelos de classificação que se modelem a uma abordagem holística do paciente.



*A leitura e interpretação da subjetividade deve fazer parte da ação cotidiana de quem lida com funcionalidade humana e incapacidade (Docente 2).*

A funcionalidade humana destaca-se por abranger, na ação cotidiana do fisioterapeuta, conforme o relato do Docente 2, aspectos culturais, biológicos, sociais e econômicos que promovam estados de acessibilidade ao paciente. O termo incapacidade passa a representar padrões de adaptação funcional e ambiental. Portanto, como entender a funcionalidade humana, dentro de uma abordagem curricular, disposta em disciplinas semestrais?

O currículo do curso de Fisioterapia da UFC pretende, teoricamente, apresentar uma fundamentação integralizadora de conhecimentos e concepções interdisciplinares, porém, quando apresentada a sua disposição matricial, retorna ao modelo disciplinar, principalmente nos semestres em que estão inseridas as clínicas assistidas (especialidades de atenção da fisioterapia) com uma noção redutora do corpo no currículo prescritivo. Observamos que as questões eminentes, que emergem da subjetivação do adoecimento são elencadas apenas em alguns módulos e se apresentam mais fortemente nos cenários de prática, pois é neles que se permitem as relações interpessoais entre pacientes, alunos e professores.

No entanto, sabemos que o universo do paciente não permite a fragmentação dos saberes e os excessos das hiperespecializações, pois ele anseia por aumentar as possibilidades pedagógicas e assistenciais para uma visão integral através da organização do currículo em torno de problemas e de questões significantes.

### **Subjetividade do corpo: questões ocultas do currículo**

O corpo é tomado por experiências subjetivas já que, de acordo com Cardoso Júnior (2005), toda subjetividade é uma forma, simultaneamente desfeita pela subjetivação; enquanto, a forma-sujeito é captada pelos saberes e poderes, a subjetivação é um excesso pelo qual a subjetividade mantém uma reserva de resistência ou de fuga à captação de sua forma. O conceito de subjetividade, em Foucault, envolve um modo de vida e uma relação com o mundo e o tempo expressa pelo corpo. Quanto aos processos de subjetivação, segundo Mansano (2009), eles formam e transformam-se com possibilidades ou não de resistência.

No tocante aos processos de ensino e aprendizagem do Curso de Fisioterapia, o conceito de subjetividade do corpo transita em alguns módulos do currículo prescritivo e, especialmente no currículo oculto, conforme relatos de alunos:

*O currículo do curso de Fisioterapia da UFC ensina o aluno a compreensão de um corpo que tem uma história (Aluno 4).*

*Na prática clínica, atentamos para a relação com o paciente. Toda prática envolve questões técnicas e emocionais. Quando vc está com o paciente nada é receita de bolo. Até mesmo com a técnica e mais ainda com as emoções (Aluno 6).*

Através desses relatos, observamos que a prática clínica requer sensibilidade do aluno com o paciente e valorização da subjetividade. Ressalta-se a importância das experiências do aluno, no seu cotidiano, que possa constituir habilidades críticas e reflexivas, não apenas na tomada de decisão, enquanto critério de intervenção, mas evitar o conservadorismo como problemática do conhecimento. Há de se criar uma esfera onde as relações possam tornar-se horizontais mesmo que relações de poder permeiam nos ambientes pedagógicos. É preciso sensibilidade, intuição, estética para compreender o campo simbólico implícito em cada adoecimento (PISTA, 2010).

*Apesar da humanização sempre estar presente em nossos módulos do currículo, muitas vezes não sabemos como nos comportar e o que dizer em momentos difíceis para o paciente porque tudo é dinâmico nesse encontro (Aluno 7).*

As engrenagens cartesianas que postulam o corpo do paciente, abertas aos autômatos, segundo Dagognet (2012), ainda permeiam nas relações humanas na área da saúde. Na fala do Aluno 7, a compreensão do que seja esse corpo passa a ser difícil, podendo ocorrer um desequilíbrio na medida em que o estudante reconhece a sua dificuldade em enxergar-se através dos olhos do outro. É importante entender que a doença é retratada pelo sujeito como um processo e não um estado, onde o aluno no seu processo de formação deve introduzir uma linguagem de possibilidades de reconstrução desse corpo, que passa a fazer parte da existência do outro.

O currículo do Curso de Fisioterapia insere conhecimentos filosóficos, antropológicos, psicológicos e culturais que possam levar o aluno a conhecer diferentes contextos de vida, compreendendo o seu modo de estar e agir no mundo para desenvolver habilidades coerentes e eficazes diante das situações que serão vivenciadas na prática clínica. No entanto, quando esses conteúdos não se tornam transversais no currículo prescritivo, conforme Machado, Holanda e Leitão (2005), verifica-se, muitas vezes, a imposição do aluno, através da concepção de que o domínio da verdade reina como absoluto, coibindo o outro de expor suas emoções e pontos de vista. Observamos que o módulo “Indivíduo: cultura e sociedade” contempla temáticas que poderiam transitar longitudinalmente nos outros módulos do curso, preparando o aluno para os módulos finais que fortalecem as

relações interpessoais dos alunos e pacientes, por meio da assistência direta e tomada de decisão, perante o processo saúde e doença:

*Através dos módulos com uma abordagem filosófica e humanizada, como indivíduo: cultura e sociedade lidamos com os aspectos subjetivos do paciente (Aluno 8).*

Através da fala do aluno 8, percebe-se a importância dos conceitos culturais, étnicos e religiosos para sua formação, porém ao verificarmos as ementas dos módulos básicos, clínicas e internatos, com exceção do Módulo Indivíduo, cultura e sociedade, observamos o quanto o currículo se respalda tecnicamente na abordagem da saúde e doença, onde o foco são as patologias e, oportunamente, algumas discussões holísticas pontuais.

Foram identificadas, nas falas dos professores, questões relativas nas falas dos professores aos aspectos emocionais e sociais, envolvidos pelo adoecimento:

*Desde o primeiro semestre do curso é importante essa preocupação e esse cuidado sobre o enfrentamento emocional do paciente ajuda o aluno a entender melhor seu paciente (Docente 2).*

*Nas práticas assistidas e estágios pretendemos formar um profissional mais atento às diferenças e às formas de subjetivação (Docente 3).*

Portanto, os currículos oficiais não contemplam processos e condições que são substanciadas no currículo oculto, fruto de experiências das aprendizagens dos alunos nos campos de atenção da Fisioterapia. Ou seja, tudo aquilo que o aluno possa adquirir das relações com o sujeito em processo de adoecimento. Como retrata o Docente 5, não há como as questões subjetivas do corpo estarem prescritas num plano de aula:

*Os aspectos subjetivos fazem parte da prática de intervenção pelas demandas de cada sujeito. Não tem como estar “prescrito” num plano de aula (Docente 5).*

Não há como obedecer às regras do currículo prescritivo ideológico apenas, embora, tanto no currículo prescrito como no oculto, se podem implementar regras sociais e dispositivos de poder, mas que, sem a abordagem dos biológicos interagindo com valores, crenças, cultura e afetividade nos processos de ensino e aprendizagem, a universidade terá apenas um papel informativo.

### **O Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC como espaço de escutas e práticas do adoecimento**

Entendemos que a discussão de corpo e adoecimento, no campo curricular do Curso de Fisioterapia, exige uma compreensão dialética e plural, que segundo Menezes e

Araújo (2014), é fundamentada no princípio da complexidade e multirreferencialidade. É na construção e manipulação desse corpo a cada semestre que os alunos compreendem melhor o mundo de seus pacientes. Para tanto, o currículo necessita ser contextualizado, inserindo aspectos explícitos e intrínsecos do adoecer.

Quando o aluno manipula o corpo do paciente, através do toque, sem integrar o significado das suas experiências prévias e do próprio adoecimento, corroborando com Prista (2010), a recuperação será apenas parcial, restrita e com possibilidades de regressão funcional e psicológica, além de situar que as atividades terapêuticas que se dedicam a pensar e a viver o corpo, e que se propõem a modificar as regras que inibem a consciência corporal, tendo nas instituições e na sociedade um espaço restrito de atuação, pois elas questionam a ordem constituída e ameaçam o poder.

A categoria “O Currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, como espaço de escutas e práticas do adoecimento”, envolve as três (3) subcategorias: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: atitudes integralizadoras sobre o sujeito; Prática clínica orientada ao contexto saúde – doença e Corpo, tecnologia e subjetividade nos meandros da Fisioterapia, uma perspectiva de atenção para além da incapacidade física do sujeito, destacando os processos de formação da identidade corporal, influenciados pelo adoecimento e subjetividade e o potencial de transformação desse corpo pela sociedade e tecnologia.

### **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: atitudes integralizadoras sobre o sujeito**

O modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é apresentado no currículo do Curso de Fisioterapia como ferramenta de orientação e desenvolvimento das habilidades clínicas e atitudes integralizadoras de cuidado sobre o sujeito doente. Nesse contexto, deve ser ampliado o conceito doença para a compreensão dos aspectos culturais, sociais, econômicos e afetivos do processo de adoecer, sobretudo suas ambivalências. Para tanto, são necessários espaços de escuta entre docentes e alunos que permeiem uma prática clínica orientada para as evidências, bem como a sensibilização para lidar com o sofrimento humano, marcado pelo adoecimento do corpo.

Os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação.

Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos. Além disso, ela permite avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005; p. 4).

A CIF pode ser usada para estruturar uma abordagem holística ao gerenciamento de qualquer paciente com qualquer condição de saúde, assegurando um cuidado centrado na pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013). Permite o desenvolvimento de tomadas de decisões sobre as condições de saúde e não apenas da doença e suas consequências.

*[...] Há a inserção da CIF como ferramenta para entender o que o indivíduo necessita e o que ele possui de funcional para que nós, como profissionais tenhamos um maior conhecimento não apenas nos aspectos físicos da doença, mas ambiental, social, psicológico, entre outros (Aluno 4).*

De acordo com Castaneda, Bergmann e Bahia (2014), a mensuração da incapacidade e da funcionalidade é temas de interesse crescente, a partir do momento em que as doenças crônicas têm apresentam alta prevalência e incidência, sendo o aumento da expectativa de vida um fenômeno característico nas sociedades modernas. Sendo a incapacidade uma categoria subjetiva no contexto da CIF, houve a necessidade em desenvolver modelos de classificação com qualificadores dos fenômenos de função, capacidade, habilidade e deficiência. Ela complementa os indicadores que tradicionalmente têm seu foco em óbitos ou doenças, mas eles não capturam adequadamente as consequências da doença nos indivíduos e nas populações, pois, mesmo que dois indivíduos tenham a mesma condição patológica, eles serão classificados, de forma diferente, pelas distintas percepções culturais e atitudes diante da deficiência, como também em relação aos serviços e leis que o asseguram.

A normalidade, entendida ora como uma expectativa biomédica de padrão de funcionamento da espécie, ora como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais foi desafiada pela compreensão de que deficiência não é apenas um conceito biomédico, mas a opressão pelo corpo com variações de funcionamento. A deficiência traduz, portanto, a opressão ao corpo com impedimentos: o conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência devem ser entendidos em termos políticos e não mais estritamente biomédicos (DINIZ; BARBOSA; DOS SANTOS, 2009, p. 65).

A deficiência ameaça não somente a saúde física do indivíduo, mas também traz consequências sociais e afetivas. Esperam-se comportamentos de grande sofrimento e aflição dos sujeitos que se tornam dependentes afetando o significado da vida da pessoa. Em termos políticos e sociais, ocorre também uma impossibilidade de enfrentar mudanças pelas perdas e restrições do corpo, afetando o funcionamento mental. A deficiência proíbe a participação do indivíduo no meio social, dificultando o acesso deste aos serviços e instituições. Portanto, os

domínios dos fatores ambientais podem oferecer uma estrutura para os alunos coletarem, analisarem, interpretarem e comunicarem informações relativas aos determinantes sociais da saúde, promoção da saúde e atividades de prevenção de doenças. Conforme relatos dos alunos 5 e 7:

*Nos baseamos no modelo da CIF, no qual avalia o paciente de forma integral, levando em conta fatores ambientais e pessoais (Aluno 5).*

*A CIF é utilizada nos módulos do currículo como ferramenta de orientação e desenvolvimento das habilidades clínicas e atenção integral sobre o paciente (Aluno 7).*

O currículo oculto do Curso de Fisioterapia da UFC busca superar o modelo biomédico, assim como a dicotomia do corpo, representada na sua forma prescritiva nos módulos de práticas assistidas (Clínicas) (ANEXOS A e B) e que, conforme referem as autoras Mângia, Muramoto e Lancman (2008), há uma tendência quanto aos modelos tradicionais de reabilitação, que consideram a questão da incapacidade de forma redutiva e centrada na pessoa e, mais especificamente, em sua estrutura anátomo-fisiológica ou psicológica, produzindo um conjunto de processos discriminatórios que invalidam a diferença e a diversidade humana.

Na percepção dos docentes, a aplicação da CIF, no currículo do Curso de Fisioterapia, contém ferramentas adequadas para a classificação das condições de saúde e adoecimento com enfoque nos aspectos pessoais. Além disso, ela se propõe a servir de modelo de atendimento multiprofissional e exige uma formação de caráter interdisciplinar, por ser um modelo pluridimensional de saúde e incapacidade:

*[...]Conceitos como funcionalidade, adaptação, habilidades preconizados pela CIF estão inseridos no ensino e aprendizagem dos alunos (Docente 1).*

*Para uma classificação de um problema de saúde é necessário algumas vezes solicitar outras especialidades para categorizar uma disfunção ou um ambiente, como por exemplo: a questão da acessibilidade nos ambientes de uma escola pode ser discutida por pedagogos, fisioterapeutas e arquitetos (Docente 4).*

A corrente funcionalista constrói relações multidisciplinares para a definição e gestão do problema da incapacidade. Nesse contexto, um argumento importante e atual reside no desenvolvimento pelas especialidades das estratégias de prevenção, diagnóstico e cura para as formas de incapacidade.

*A restauração da motricidade depende muitas vezes da classificação adequada da estrutura, função do corpo e o conhecimento do ambiente vivenciado pelo paciente (Docente 7).*

Não se pode resumir a deficiência como o único destino do corpo. Ela deve ser vista como uma experiência cultural, sem impedimentos e desigualdades. A história da medicalização e normalização dos corpos com incapacidades, pelos saberes biomédicos e religiosos, se sobrepôs a uma história de segregação de pessoas em instituições de longa permanência. Mesmo com a inserção da CIF, nos currículos escolares e na assistência, observa-se ainda um movimento discursivo da cultura da normalidade dos corpos e sua relação com a sociedade.

### **Prática clínica orientada ao contexto saúde – doença**

Atualmente, a organização da prática clínica da fisioterapia tem especificidades, oriundas de um modelo de atenção à saúde, que diferem dos antigos e tradicionais formatos, empregados na atenção subespecializada e hospitalar. Porém, mesmo que ainda persistam ações de caráter reabilitador com ênfase na doença, observamos que, após a inserção do fisioterapeuta na atenção primária, houve algumas mudanças notáveis na prática clínica orientada no contexto saúde e nas condições que interferem na sua integridade. Esta subcategoria analisa o contexto da clínica fisioterapêutica que, conforme Favoreto (2008, p. 100):

Questiona sobre as possibilidades de reestruturar e ampliar seus saberes e suas técnicas para além de um modelo biomédico restritivo. Além disso, investiga como ampliar o olhar clínico na direção da prestação de um cuidado integral à saúde e propõe, neste sentido, a incorporação de conteúdos não biomédicos, a valorização da sabedoria durante a prática na clínica e a exploração da dimensão dialógica no exercício da clínica nos diversos níveis de atenção à saúde.

Os alunos e docentes referem em seus discursos que, desde o início do curso com os módulos de Vivências em Fisioterapia I, II, III e IV, há um contato prévio com pacientes, modelos de atenção e instituições, através do uso de metodologias ativas e problematizadoras, que poderão garantir experiências novas frente às mais diversas situações encontradas na prática clínica e que, mesmo com a preocupação de voltar às intervenções fisioterapêuticas, baseadas nas evidências científicas, os processos de formação dos alunos incorporam uma prática clínica voltada para um olhar mais compreensivo sobre a díade saúde – doença.

*O contato prévio com os pacientes que ocorre durante os módulos de Vivências em Fisioterapia permite observar as implicações do adoecimento e da saúde. Nos módulos de clínica fisioterapêutica e suas especialidades aprofundam esses conhecimentos (Aluno I).*

As visitas se constituem experiências balizadoras para a formação dos estudantes da área da saúde, pois quanto mais precoce for a inserção de alunos nos campos de atuação

da Fisioterapia, mais estímulo terão para a potencialização dos conhecimentos e habilidades, durante as práticas assistidas e supervisionadas.

*Com as vivências desde o primeiro semestre e com a antecipação dos campos de estágios comparado com outras instituições de ensino superior os alunos têm oportunidade de ganhar experiência prática junto com a experiência teórica, deixando-os com mais aptidão para entender, tratar e prevenir as doenças, sobretudo a valorização dos seus aspectos psicológicos (Aluno 4).*

Quando ocorre integração do ensino teórico prático em um serviço que é campo de atuação da Fisioterapia, abre-se espaço para a flexibilização do processo de aprendizado, além da integração das atividades do aluno com a equipe de profissionais do serviço. Isso pode ser observado na fala da professora do curso, ao afirmar que:

*O docente deve estimular o aluno ao desenvolvimento de suporte crítico durante sua atuação nos campos de prática, conciliando conhecimento científico com o empírico, tanto através da teoria em sala de aula como na prática profissional associando à prática voltada para o biológico, mas também através de uma leitura da subjetividade do processo saúde-doença (Docente 5).*

Percebemos na fala do Docente 5 que o estímulo do aluno na prática reflexiva, frente à realidade apreendida, acarreta o desenvolvimento dos processos de aprendizagem para tomada de decisão, aliando as evidências com o contexto histórico, social, cultural e organizacional da prática discente.

Outra questão, apresentada nas falas dos Docentes 5 e 6, é o envolvimento das evidências científicas com o cuidado mais humanizado, o que leva à reflexão da própria história da profissão que caminha para uma abordagem mais centrada no contexto da condição de saúde e não com modelos de atenção voltados somente para a doença e suas consequências:

*A fisioterapia hoje se mostra preocupada com as evidências científicas através de experimentos científicos e decisões centradas na doença e seus fatores de risco, aliado a isso deve oferecer condições necessárias para que se possa cuidar do paciente de forma mais humanizada (Docente 5).*

Para tanto, a busca pelas raízes históricas da profissão justifica a necessidade de aproximação entre a teoria e as práticas de saúde, que visam à compreensão das formas de entender saúde e doença e seus fatores de risco. O professor deverá apresentar uma postura dialética que possa discutir os fatores condicionantes do processo saúde – doença para o aperfeiçoamento contínuo do processo de cuidar, de ensinar e de aprender sobre o corpo, na perspectiva da clínica fisioterapêutica:



*A fisioterapia, no decorrer da história, passou por diferentes situações, no entanto, a tendência em reabilitar caracterizava a saúde como ausência de doenças ou incapacidades limitando bastante a atuação do fisioterapeuta, porém observamos que com a organização dos modelos propostos pelos SUS houve modificação na forma de entender a saúde e doença (Docente 6).*

O ensino e assistência da Fisioterapia ainda apresentam uma forte influência cartesiana, mesmo com a implementação de aspectos humanísticos relacionados às diversidades culturais, mesmo entendendo que as sociedades estão em contínuo processo de redefinição, interferindo nos processos educativos, e essas transformações devem ser analisadas no âmbito nacional e internacional. Ou seja, demonstra que a necessidade da investigação comparada sobre a sociedade, o homem e a educação permite apreender os processos de formação do aluno dentro de uma sociedade real e não imaginária (MARCONDES, 2005).

### **Corpo, tecnologia e subjetividade nos meandros da Fisioterapia**

O processo de transformação do corpo humano-biológico, pela inserção das tecnologias, remodela o indivíduo, adequando-o às transformações sociais e culturais:

O sujeito constrói a sua subjetividade na relação com o mundo e com os outros indivíduos, todos inseridos em um mesmo contexto e em determinado período sócio-histórico. No processo de construção da subjetividade, são incorporados, a partir da influência da cultura, modos de linguagem, hábitos e costumes e padrões de comportamento e de valores, inclusive modelos de apreciação estética, isto é, do que é belo ou feio, principalmente com relação ao corpo (BORIS; CESIDEO, 2007, p. 13).

O caminho da subjetividade passa pelos modelos de corpo na saúde formatado pelas tecnologias de poder, aplicadas para torná-lo disciplinado, porém sem o estatuto da subjetividade em massa. Percebe-se que as tecnologias que influenciam e modificam os corpos interferem em nossa saúde, tornando-nos mais responsáveis por nossos corpos.

Sustentado pelo consumo do mundo capitalista, o corpo é fetichizado, e na busca desesperada de soluções rápidas para seu sofrimento agarra-se às novas invenções tecnológicas, às novidades oferecidas pelas fábricas de cosméticos, às indústrias de psicofármacos, às psicoterapias alternativas e até mesmo às religiões, encontrando anestésicos temporários para o seu mal-estar (MENDES; PRÓCHNO, 2004, p 1).

Conforme Rezende (2004), na contemporaneidade, a questão não se trata apenas de formatar o corpo pela tecnologia, mas de tematizá-lo, criando discursos para a construção de vínculos que possam legitimá-lo, com a intenção de desenvolver também outra subjetividade: a do prazer associado ao consumo para a criação de um “corpo perfeito”, mas também com saúde priorizando o bem estar funcional.

Com o advento da tecnologia na área de saúde funcional, em especial na fisioterapia, trouxe diversos recursos tecnológicos inovadores para otimizar o movimento humano com aparelhos e seus sofisticados programas computadorizados que detectam sinais atípicos do movimento, otimizando a qualidade da recuperação física e funcional da pessoa com incapacidade. Conforme detalham os alunos 6 e 8 abaixo:

*A fisioterapia passou por períodos de transformação e crescimento ao longo de sua história com o reconhecimento de diversas especialidades e modificação no seu objeto de intervenção a partir dos modelos de atenção em saúde voltados para a prevenção das disfunções. Com a tecnologia aliada às suas técnicas ficaram ainda mais eficazes para intervir nos comprometimentos funcionais, pois permite ao indivíduo a possibilidade de melhora na sua qualidade de vida, porém muitas vezes não há espaço para a compreensão dos aspectos subjetivos do paciente (Aluno 6).*

A tecnologia aliada à Fisioterapia propõe a reconstrução de um corpo ao desejo de quem o possui, buscando possibilidades de engajamento numa comunidade de iguais. No entanto, conforme Machado, Zanetti e Moiola (2011), sendo esta situação algo possível ou impossível, o que interessa é comunicar a transformação corporal. Ou seja, a simbiose entre o orgânico e o sintético para a melhora da funcionalidade humana.

*Nós vemos no Módulo de Neurologia a habilitação virtual que é realizada em pacientes com sequelas neurológicas, sendo um recurso tecnológico que tenta readaptar o cérebro com o meio ambiente numa espécie de abordagem ecológica do movimento, através da exploração do ambiente que o paciente vive, como por exemplo, a simulação de ambientes físicos que possam trabalhar a marcha com inclinações e cargas nos membros (Aluno 8).*

Tais equipamentos têm auxiliado, com precisão, médicos, educadores físicos e fisioterapeutas no diagnóstico biológico das alterações do movimento humano (Figura 18), porém a tecnologia busca de forma quantitativa detectar disfunções biológicas, mas não incorporam o sujeito em sua totalidade assim como os processos de subjetivação e percepção qualitativa do corpo e com olhar atento para a corporalidade.



Figura 18: Eletromiografia no diagnóstico das alterações do movimento humano/Fonte: Google Imagens

No discurso dos professores, a tecnologia auxilia no diagnóstico preciso das disfunções músculo esqueléticas, porém não há espaço para a compreensão do sujeito e suas formas de subjetivação:

*A tecnologia é muito importante para o ensino e a precisão concreta das alterações músculo esqueléticas, porém percebemos que ela nos afasta do outro, tornando as relações cada vez mais frágeis e imediatas (Docente 2).*

Os docentes 4 e 7 demonstraram, em seus discursos, que a tecnologia não oferta subsídios para a compreensão das questões subjetivas do doente, enquanto avaliado por uma máquina, mesmo que esta seja operacionalizada pelo ser humano:

*A tecnologia reproduz a visão do corpo como máquina. Ou seja, uma prática importante voltada para o biológico (Docente 4).*

Segundo Ortega e Zorzanelli (2010), todo esse alcance da ciência médica acentuou a esperança para curas e tratamentos de doenças, com aumento da expectativa de vida das pessoas, justificando que todas as enfermidades e processos patológicos podem ser explicados apenas por fatores biológicos. Tais questões se referem à herança do dualismo cartesiano que separava a mente do corpo, sobretudo, a partir dos escritos médicos do século XVIII.

*Existem aparelhos que mensuram força muscular, equilíbrio e marcha sendo de grande importância como recurso diagnóstico e terapêutico das alterações físicas e funcionais. Não há abertura no momento do manejo do aparelho para o entendimento dos aspectos emocionais, pois o paciente é avaliado e indicado ou não para tratamento fisioterápico (Docente 7).*

O deslocamento do olhar para a patologia, para olhar o sujeito e o projeto de reconstrução tecnológica do seu corpo, enquanto instrumento de linguagem desse sujeito, em processo de adoecimento com o mundo, cria uma diferença fundamental na compreensão do sentido de saúde e doença. Ou seja, o estudante torna-se capaz de vivenciar, na sua prática assistencial uma dimensão social contextual, subjetiva e cognitiva. A tecnologia não poderá ocasionar a esse corpo uma dimensão reducionista e curativa apenas.

Porém, é preciso compreender que a tecnologia faz parte da cultura humana e não é mais possível acreditar no homem sem uma dimensão da tecnicidade: ela está presente em cada canto, em cada ato, em cada vontade (Figura 19). Formamos desta maneira, um ecossistema complexo de modo que a técnica transforma a vida e a vida, eternamente, transformará a técnica (MACHADO, ZANETTI; MOIOLI, 2011).



Figura 19: Tecnologia a serviço da Fisioterapia/Fonte: Google Imagens

O alto nível de recursos tecnológicos que dispensam, muitas vezes, os discursos do paciente sobre o seu corpo, podem dificultar a correlação entre doenças e comportamentos. Tais recursos técnicos ganham destaque nas tomadas de decisões terapêuticas, impondo autoridade do profissional sobre o paciente e o desenvolvimento de sistemas de biopoder, que interferirão no seu empoderamento e autonomia para cuidar de si mesmo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação teve como objetivo compreender o corpo na perspectiva da clínica fisioterapêutica, elencando sua história e conhecer o modo como esta área tem concebido para além das suas incapacidades provocadas pelo adoecimento. Nesse sentido, convoca a academia para repensar as formas de ensinar e aprender a cuidar desse corpo. Tais significados foram construídos e delineados, desde o seu desregramento aos dispositivos biopolíticos que o concebem e o censuram, até o nascimento de novas formas de subjetivação desse corpo.

Os significados atribuídos ao corpo, em processo de adoecimento, que os pacientes, alunos e docentes revelaram em seus discursos, perpassam por uma dimensão que vai além do biológico. Os pacientes, através de suas falas, perceberam o reconhecimento da atuação profissional auxiliando a sua recuperação. E, nas falas dos discentes e docentes, o papel da subjetividade sobre o corpo adoecido é claramente percebido e reconhecido no processo terapêutico. Porém, o aluno espera que o currículo o oriente a lidar com suas dificuldades diante das diferenças subjetivas.

Vários doentes deram significado à sua enfermidade como um castigo divino e, ao mesmo tempo, entendem a doença como algo a ser superado e conseguindo aprender, através dela, sobre o próprio corpo. Além disso, tais doentes perceberam que, a relação com os alunos, facilita o enfrentamento da doença, mesmo que esta seja fonte de angústias, dependência de cuidados e exclusão social.

É interessante observar a representação recorrente do adoecimento como uma entidade estranha que ataca o sujeito inesperadamente, sem ele ter feito “*nada para merecer isso.*” Ou seja, sem ser responsável pela situação. Essa representação se torna mais elaborada quando o corpo adoecido é revestido de inquietações e preocupações do aluno. Para chegar a este significado, é necessário aprofundar a noção de individualidade e reconhecer-se no lugar do outro.

Essas questões conceituais e simbólicas não estão bem aprofundadas na matriz curricular do curso, pois, as dimensões psicossociais do adoecer são dinâmicas e mutáveis, não existindo procedimentos e protocolos operacionais de padrão únicos, que ajustem o aluno e o docente a essas situações. Apesar disso, constatamos que existe uma preocupação, por parte de professores, em fortalecer nas práticas e estágios supervisionados as relações interpessoais que favoreçam uma apreensão multidimensional do corpo em processo de

adoecimento. Ainda assim, vale ressaltar que, na construção dos saberes sobre o corpo do paciente, estão presentes formas, instituídas tradicionalmente na profissão, sobretudo, o disciplinamento do doente com limitações funcionais, o que pode configurar um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial, como também a sensibilização e preparação dos estudantes para superá-las, quando ainda têm uma formação acadêmica e tecnicista.

Tais questões subjetivas não foram encontradas prescritas nos conteúdos programáticos dos módulos disponíveis nos eixos hierárquicos do Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia. Mesmo frente à necessidade para tratar o corpo e suas dores físicas e disfunções, que podem ter como causa: frustrações, perdas e sentimentos de abandono e, não apenas, doenças do sistema musculoesquelético. O PPP e o currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, na atualidade, não formam o fisioterapeuta para compreender as questões subjetivas do processo de adoecimento do corpo. Entretanto, com a inserção dos aspectos psicossomáticos e somato-psíquicos, para a compreensão da saúde integral, não há como não garantir atenção às questões culturais, sociais, étnicas, antropológicas, principalmente àquelas que transitam nas áreas profissionalizantes.

A prática educacional num currículo integrado exige dos professores uma lógica multidimensional. Contudo, os processos de ensino, aprendizagem e avaliação estão centrados em cima de conteúdos, o que pode confrontar a subjetividade docente e discente. Para o aluno a competência e habilidade em reconhecer no outro o processo de adoecimento emerge de inúmeras vivências e da experiência de perceber as diferentes atitudes e estados de resiliência no outro, e isso vem ao longo da prática profissional, ainda não consolidada no aluno.

Para o sujeito em processo de adoecimento, o modo de lidar com a doença demonstrou ter uma estreita relação com as práticas de cuidado adotadas pelos alunos e docentes, pois a doença pode afetar não somente sua vida física, espiritual e social. Esse fato é afirmado no discurso dos alunos e professores, que acreditam na compreensão da doença para além de uma disfunção orgânica, mas também subjetiva, familiar e cultural do doente. Pôde-se constatar que, alunos e docentes valorizavam os resíduos de funcionalidade do sujeito adoecido para ajudá-lo no resgate e manutenção das suas atividades e hábitos de vida.

Nunca se contou com tantos recursos tecnológicos para o diagnóstico e recuperação das disfunções motoras, porém, tais recursos podem reduzir a consciência do corpo de tais sujeitos a objeto de manipulação técnica. Para entender o contexto do adoecimento é preciso compreender a história do sujeito. É nesse momento que, o processo

de ensino- aprendizado deve transformar os conhecimentos e habilidades dos alunos em vivências para lidar com a fragilidade física e psíquica dos corpos, devendo o aluno ser estimulado a compreender o sujeito com uma incapacidade física, além das características da sua deficiência.

Hoje em dia, não podemos falar do nosso corpo sem recorrer aos vocabulários médicos. O corpo é naturalmente um conjunto de órgãos, sede de processos fisiológicos e bioquímicos, onde especialmente se designam e localizam-se nossas doenças que irão representar as experiências do corpo. A partir dessa relação com as ciências médicas, o paciente em sua corporeidade, passa a ser objeto exterior do outro. Esse corpo deve ser apreendido através do modo de vida dos sujeitos e principalmente as formas de cuidado de si.

Seria esse motivo de uma nova exigência de entendimento desse corpo que se sente atribulado na sua relação com o mundo, que o qualifica e o julga? Observamos que, nos discursos dos doentes, alunos e professores, mesmo quando se mostram preocupados com as questões subjetivas do adoecer, há uma tendência a ver o corpo à luz de um sistema de classificações médicas que o distingue, na diversidade e homogeneidade das doenças.

A representação da história dos conhecimentos religiosos e médicos que se apoderaram desse corpo e seus progressos de poder e de monopólio do corpo, nos quais inferiram códigos de leitura e de prática de normalização do corpo doente, supliciado ou morto, influenciou bastante o desenvolvimento da Fisioterapia, pois ela nasce do seio da Medicina que o submeteu a procedimentos elaborados, transformando-se, dessa maneira, em guias que o exploraram, dividiram e o negaram.

Numa perspectiva comparada, tanto ao nível internacional, como nacional, o campo de conhecimento e atuação da Fisioterapia se reduziria aos seguintes aspectos: uma profissão técnica alicerçada pela área médica, com uma formação pura em ciências básicas, voltadas também para o quadro epidemiológico da época, focada na doença e não nas disfunções, ausência da atenção voltada à promoção e proteção e; finalmente, um olhar designado às especializações, fruto da emergência social, além disso, não importa a atenção integral do indivíduo, da coletividade, da relevância da remoção ou do controle dos fatores determinantes.

O currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, mesmo tendo caráter inovador, apresenta no seu currículo prescritivo um olhar ainda dicotomizado sob esse corpo e seus sistemas, porém, desvela-se, através das falas de alunos e docentes, a emergência de um novo olhar para o sujeito adoecido, mesmo que os discursos ainda se voltem à vigilância e classificação dos corpos para além da estrutura e função, mas que pretende incluir, além

desses dois construtos, outros aspectos que possam atingir esse corpo de forma mais linear e multidimensional.

O percurso genealógico do corpo foi utilizado neste estudo, como um diagnóstico, relacionando e analisando seus valores, ao longo da história, e a forma como as sociedades o constituíram para compreender o acesso da medicina ao corpo, em que se pode verificar que as mudanças relativas à percepção do corpo doente, muitas delas ligadas à tentativa de romper com os princípios hipocráticos. Houve necessidade, desde então, de desconstruir o cuidado ao corpo pela influência religiosa e mística, e, depois, valorizando, em demasia, o esforço da ciência em manifestar-se sobre ele.

Esses aspectos influenciaram, de modo geral, a formação do fisioterapeuta, que traz ainda em seus currículos temas estruturados que dão significado ao corpo, segundo a visão mecanicista: cinesiologia, anatomia, biomecânica e fisiologia, o que leva com que o estudante e futuro profissional tenha uma visão segmentar do corpo.

Podemos observar no currículo do Curso de Fisioterapia da UFC, apesar de conter uma proposta integralizadora, uma dicotomia entre os sistemas básicos e as clínicas de especialidades, com exceção dos módulos de Vivências em Fisioterapia, Indivíduo: cultura e sociedade, saúde: processo e assistência e as atividades de Internato que permeiam as redes de atenção à saúde e incrementam em seus conteúdos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade) e um novo olhar para o sujeito. Apesar da característica dos esquemas e conteúdos básicos iniciais que permeiam o primeiro, segundo e terceiro semestres, estarem apresentados em módulos, observamos uma dificuldade na relação entre esses conteúdos e a ausência da interdisciplinaridade.

Os módulos de clínicas de especialidades não descrevem em suas ementas aspectos conceituais e teóricos relacionados à subjetividade do corpo, com exceção do módulo de Clínica Fisioterapêutica em Neurologia e Psiquiatria que, particularmente, insere, nos seus conteúdos, uma perspectiva de atenção ao sujeito que apresenta, não apenas a preocupação com a incapacidade física, como também retrata o contexto da afetividade humana do sujeito em situação de adoecimento. Todavia, ressaltamos que, na fala dos estudantes, professores e pacientes, existe uma preocupação efetiva em estabelecer essas conexões, que são levantadas pela vivência e relações entre os atores. Tais discussões e inquietações, levantadas nos discursos, aparecem implícitas no currículo prescrito e explícito no currículo oculto.

Essa relação, estabelecida no ambiente de assistência, permite ao doente sentir e expressar não somente os sinais e sintomas da doença, mas, sobretudo a sua melhor



revelação dentro do contexto biopsicossocial. “Não sou mais uma máquina, eu sinto, eu observo, eu vivencio...”.

O “currículo oculto” permite aos atores envolvidos nesse estudo desenvolver um novo conceito de corpo, remetendo-o à questão da natureza e da cultura, e transformando nos estudantes e docentes os seus conhecimentos teóricos, filosóficos e antropológicos. Nesse cenário de práticas sobre o corpo, em situação de adoecimento, valorizam-se no seio do currículo oculto as experiências e suas reflexões baseadas na epistemologia da prática.

Tornar o aluno “reflexivo”, no campo de sua prática, é questionar a possibilidade de saberes e da transformação desses saberes para a modificação da sua realidade. Há de se questionar a validade dos saberes, o que lhes são próprios e importantes, respeitar seus conhecimentos prévios e experiências de vida para a formação de sua identidade.

Os resultados desse estudo, segundo a metodologia qualitativa empregada, apontam a necessidade de uma reflexão mais aprofundada, para o redimensionamento da matriz curricular dos cursos de fisioterapia com ênfase não apenas para as questões técnico-científicas, mas também ampliar esforços para que as questões psicossociais e afetivas, no âmbito de saúde e do adoecimento, percorram longitudinalmente os processos de ensino e aprendizagem do aluno para que estes possam compreender a complexidade do adoecer e o seu enfrentamento e para uma melhoria na qualidade dos cuidados. Em vista disto, torna-se necessária uma ampla discussão da área, onde os atores gestores pedagógicos, professores, alunos e serviços possam ser inseridos nos processos de mudança da formação dos profissionais fisioterapeutas. A criação de um modelo de currículo centrado no sujeito, como espaço subjetivo e simbólico, e na coletividade, e não apenas comprometido com a produção de procedimentos técnicos, precisa ser repensado pela universidade.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, Joanez A. Integração curricular e interdisciplinaridade: sinônimos? **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 36, n.1, p. 215-230, jan./abr., 2011. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/edu\\_realidade](http://www.ufrgs.br/edu_realidade)> Acesso em: 4 de set. 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003./fev.2004.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al . Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, Dec. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 de jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000300013>.
- \_\_\_\_\_. A Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Bras. de Educação Médica.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.
- \_\_\_\_\_. Discipline curricular in the health area: an essay on knowledge and power. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, v.13, n.31, p.261-72, out./dez. 2009.
- ALTHUSSER, Louis. Aparelhos Ideológicos de Estado. Rio de Janeiro, Graal, p. 53-54.
- ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)**., Ribeirão Preto, n. 2, julho. 1992 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 de jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1992000200007>.
- AMORAS. Fernando Castro. **A entrevista reflexiva na pesquisa em educação**. São Paulo, maio-2010. Disponível em: <<http://www.partes.com.br/educacao/entrevistareflexiva.asp>>. Acesso em: 05 de out. 2013.
- AMORIM, Dalmo de Souza; ALESSI, Neiry Primo; GATTÁS, Maria Lúcia Borges. **Práticas interdisciplinares na área da saúde**. Ribeirão Preto: Holos Editora, 2007.
- ANANDÓN, M. A pesquisa dita “qualitativa”: sua cultura e seus questionamentos. *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL FORMAÇÃO, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO, 2005, Senhor do Bomfim. **Anais...** Senhor do Bomfim: UNEB/UQAC, 2005. p. 50-75.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, Washington , v. 8, n. 1-2, ago. 2000. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de jul. de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700026>.

ANTÉRIO, Djavan; GOMES-DA-SILVA, Pierre Normando. Subjectivized body: concepts and meanings for education. **Caderno de Educação Física.**, Marechal Cândido Rondon, v. 10, n. 18, p. 67-73. 2011.

APPLE, Michael. **Ideologia e currículo.** São Paulo: Brasiliense, 1982.

ARAÚJO, Dolores. Noção de competência e organização curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública.**, Salvador, v.31, Supl.1, p.32-43, jun. 2007.

ARAÚJO, Eduardo Santana. CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo bipsicossocial. **Rev Fisioter S Fun.**, Fortaleza, v. 2, n.1, p. 6-13, Jan./Jun. 2013.

ARAÚJO, Miguel Almir L. de. Os sentidos do corpo. *In*: CABEDA, Sônia T. Lisboa; CARNEIRO, Nádia Virgínia B.; LARANJEIRA, Denise Helena P. (Org.). O corpo ainda é pouco. *In*: II SEMINÁRIO SOBRE A CONTEMPORANEIDADE, 2., 2000, Feira de Santana. **Anais...** Feira de Santana: NUC/UEFS, 2000.

ARAÚJO, DOLORES; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública.**, Salvador, v.31, Supl.1, p.20-23, jun. 2007.

ARRUDA, Laura Patrício. O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito. **Revista Virtual Textos & Contextos.**, São Paulo, v.1, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527157005>. Acesso em: 3 de jul. de 2014.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de saúde e doença e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.111-117, jan./mar. 2009.

BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. **Brasil-Estados Unidos: a rivalidade emergente (1950-1988).** 3. ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro; COSTA, Iris do Céu Clara. **A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas** [Internet]. Recife (PE): Portal DSS-Nordeste., mar 27. 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opiniones/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas>> Acesso em: 14 de ago. de 2016.

BARBOSA, Maria Raquel; MATOS, Paula Mena; COSTA, Maria Emília. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, abr. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01027182201114&lng=en&n=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01027182201114&lng=en&n=iso)>. Acesso em: 14 de mar. 2016.

BARCLAY, Jean. **In good hands.** The history of the Chartered Society of Physiotherapy 1894 –1994. Trowbridge: Redwood Books, 1994.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1979.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil.**, Rio de Janeiro, n. 59, p.20-31. 2003.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, June. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 de jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300016>.

BARROS, Maria Cristina. **A Travessia dos momentos críticos vitais**. In: RODRIGUES, M. (org). Cuidado Integral: ações contemporâneas em saúde. Campinas: Ed. Mercado das Letras, 2012. Disponível em: <<http://www.espacoguia.com.br/index.php/icons/27-compreendendo-o-caminho-de-superacao-e-resignificacao-de-uma-doenca-cronica>>. Acesso em 23 de janeiro de 2016.

BASTOS, Mário Jorge Mota. Pecado, Castigo e Redenção: a Peste como Elemento do Proselitismo Cristão (Portugal, Séculos XIV/XVI). **Tempo.**, Rio de Janeiro, v.. 2, n. 3, p. 183-205. 1997.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. O território e o processo saúde-doença. **EPSJV; FIOCRUZ.**, Rio de Janeiro, p.25-49. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=13&sub\\_capitulo\\_id=13&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&sub_capitulo_id=13&arquivo=ver_conteudo_2)>. Acesso em: 16 de jul. de 2014.

BENEVIDES, Daisyanne Soares *et al.* Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.14, n.32, p.127- 138, jan./mar. 2010.

GIUSTINA Bianca D; VILSON, Leonel. **A história da Fisioterapia e ações multidisciplinares e interdisciplinares na saúde**. 2007. 15 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia). Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada com reflexões de Lutero**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>.

BIZARRO, Adelina Maria Salles. Currículo, Formação e Identidade do Pedagogo: uma análise atual a partir do texto Formação do Educador - Busca da Identidade do Curso de Pedagogia. In: IV COLÓQUIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS E PRÁTICAS CURRICULARES. “DIFERENÇAS NAS POLÍTICAS DE CURRÍCULO”, 2009, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: GEPPC, 2009. Disponível em: <http://geppc.org.br/sites/default/files/uploads/evento/191/anais/gt11.pdf>>. Acesso em: 30 de mai. 2016.

BOLSONI, Betania Vicensi. O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. *In: IX ANPED – Seminário DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO NA REGIÃO SUL*, 10., 2012, Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul: ANPED, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/view/1577/920>. Acesso em: 30 de mai. 2016.

BOURDIEU, Pierre. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES, Eduardo Ferreira de. Corpo e subjetividade: notas sobre o excuro I da dialética do esclarecimento. **Kínesis.**, Marília, v. 2, n. 03, p. 119-134, abril. 2010.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; CESIDIO, Mirella de Holanda. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 2, set. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 3 de dez. 2014.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Martinez. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

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

BOUYER, Gilberto Cardoso. O método da genealogia empregado por Foucault no estudo do poder saber psiquiátrico. **Memorandum.**, Minas Gerais, v.16, p.1-13. 2009. Disponível em: [www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a16/bouyer01.pdf](http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a16/bouyer01.pdf). Acesso em: 24 de jul. 2014.

BRAID, Liana Maria Carvalho; MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza Machado; ARANHA, Ágatha Cristina. State of the art of curriculum research relating to healthcare professional training courses: a survey on articles published between 2005 and 2011. **Interface - Comunic., Saude. Educ.**, Botucatu, v.16, n.42, p.679-92, jul./set. 2012.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 de nov. 2014.

BRASIL, Ana Cristhina de Oliveira. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. **Revista Bras. de Promoção à Saúde.**, Fortaleza, v. 1, n. 1, jan./mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. **Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 out. 1969. Seção I, p. 3658.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 869 de 12 de set. 1969. **Dispõe sobre a inclusão da Educação Moral e Cívica como disciplina obrigatória nas escolas de todos os graus e modalidades, dos sistemas de ensino no País, e dá outras providências**. Sistema de Informações do Congresso Nacional. Senado Federal, Brasília, 31 de ago. 1969. Seção 1, p.1. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=195811>>. Acesso em: 30 de ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.

\_\_\_\_\_. Resolução 80, de 21 maio, 1987. **Dispõe sobre a fisioterapia.** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília, 21 de mai. 1987. Seção I, p. 7609. Disponível em: <<http://w.coffito.org.br>>. Acesso em: 28 de jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_14423743.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf)>. Acesso em: 01 de jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diretrizes e bases da educação nacional.** Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução n. 4 de 19 de fevereiro de 2002. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia.** 2002. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES\\_042002.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES_042002.pdf)>. Acesso em: 10 de ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 23 de jan. de 2016.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2 ed. 5. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 23 de jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 de jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização.** 1ed. Brasília: DF, 2013.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Educação: missão e atribuições.** Disponível em: Brasília, out. 2015. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/apresentacao>>. Acesso em: 17 de jan. 2016.

BRITO, Vinicius Vieira. **Foucault, o corpo e a filosofia.** Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

BUGES, Maria Isabel Edelweiss. **Infância e maquinarias.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

BURKE, Peter. **A escrita da história: novas perspectivas.** São Paulo: Editora da UNESP, 1992.

CABALLERO, Navas Carmen. **Mujeres, cuerpos y literatura médica medieval en hebreo. Asclepio.**, Madrid, v. 60, n.1, p. 37-62, jan./jun. 2008.

CAMPOY, Marcos Antonio; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; STEFANELLI, Maguida Costa. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 165-172, Apr. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200006>.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CANTO, Clóris Regina Elias de Moraes; SIMAO, Livia Mathias. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 306-317. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000200008>.

CASTANEDA, Luciana; BERGMAN, Anke; BAHIA, Lígia. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v.12, n.17, p. 437./451, abr./jun. 2014.

CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebelo. Para que serve uma subjetividade? Foucault, Tempo e Corpo. **Psicologia: reflexão e crítica.**, São Paulo, v.18, n. 3, pp. 343-349. 2005.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Jun. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200020>.

CARDOSO, Cibelle; MULLER, Tiago. **O renascimento e a mudança da mentalidade na Europa**, Set. 2012. Disponível em: <<http://beat.arteblog.com.br/421540/O-Renascimento-e-a-mudanca-da-Mentalidade-na-Europa>>. Acesso em: 04 de mar. 2014.

CARNEIRO, Michele Aparecida dos Santos. O corpo do negro como suporte da estética religiosa de matriz africana no período colonial. *In: XI SIMPÓSIO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HISTÓRIA DAS RELIGIÕES*, 2009, Goiânia, **Anais...** UFG, 2009. Disponível em: <[http://www.abhr.org.br/wp-content/uploads/2013/01/art\\_CARNEIRO\\_corpo\\_negro\\_estetica\\_religiosa.pdf](http://www.abhr.org.br/wp-content/uploads/2013/01/art_CARNEIRO_corpo_negro_estetica_religiosa.pdf)>. Acesso em: 14 de mar. 2014.

CARVALHO, Antonio Cesar Perri. Planejamento do curso de graduação em odontologia. **ABENO.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 7-13, jan. 2004.

CASTRO, Aldemar Araújo. Revisão sistemática e Meta-análise. **Metodologia.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-11, jul. 2010. Disponível em: <<http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/meta1.PDF>>. Acesso em: 14 de Mar. 2014.

CAVALCANTE, Diego Rocha Medeiros. O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. **CAOS, Rev. Eletrônica de Ciências Sociais.**, Paraíba, n. 9, p. 53-60, set. 2005.

CAVALCANTE, Maria Juraci Maia; LEITÃO, Antônia Regina Pinho da Costa; ARAÚJO, José Edvar Costa de. **Introdução.** *In: CAVALCANTE, Maria Juraci Maia e cols. História da Educação comparada: missões, expedições, instituições e intercâmbios.* Fortaleza: Edições UFC, 2013.

CASSEMIRO, Érica Silva; GALDINO, Francisco Flávio Sales; SÁ, Geraldo Mateus de. As Concepções de Corpo Construídas ao Longo da História Ocidental: da Grécia antiga à contemporaneidade. **Μετávoια.**, São João del-Rei/MG, n.14, p. 61-78, dez. 2012. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/revistalable>. Acesso em: 04 de out. 2015.

CAVALCANTE, KALINA Galvão. **O adoecer na esclerose múltipla:** escutando mulheres à luz da psicanálise. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

CIRINO, Oscar. O desejo, os corpos e os prazeres em Michel Foucault. **Mental.**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 77-89, jun. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 out. 2016.

CIUFFO, Regina Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008.

CHAMNÉ, Sebastião Jorge. Corpo e Saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade.**, São Paulo, v. 11, n. 2, pp. 3 -17, jan. 2002.

COWEN, Robert; KAZAMIAS, Andrea; Ulterhalter, Elaine. **Educação comparada:** panorama internacional e perspectivas. Brasília: UNESCO. CAPES, 2012.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Análise do Conceito de Saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault.** *In: GLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.



CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução COFFITO 10, DE 3 DE JULHO DE 1978. Aprova o código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**. n. 18, Brasília, 22 set. 1978. Seção 1, parte 2. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=937&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecao=9)>. Acesso em: 18 jul. de 2014.

COLOMBO, Andréa Aparecida; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas.**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

COMPARIN, Karla Andrea; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O corpo: uma visão da antropologia e da fenomenologia. **Revista Faz Ciência.**, Paraná, v.6, n.1, p- 173-188, mai. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNS/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev. 2002. Seção1,11-12. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 18 jul. de 2014.

COSTA, Vani Maria de Melo. Corpo e história. **Revista Ecos.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 1-14, jul.2011.

CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo: 1. Da Renascença às Luzes**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **História do corpo: 2. Da Revolução à Grande Guerra**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **História do corpo: 3. As mutações do olhar. O século XX**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

CRUZ, P. P. *et al.* Culto ao corpo: as influências da mídia contemporânea marcando a juventude. **Fazendo gênero 8 - corpo violência e poder.**, Florianópolis, v. 1, n.1, p. 1-8, ago. 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/.../Cruz-Nilson-Pardo-Fonseca\\_48...](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/.../Cruz-Nilson-Pardo-Fonseca_48...)>. Acesso em: 26 jan. de 2012.

COUTINHO, Angela. A escuta analítica, o corpo e a contemporaneidade. **Tempo Psicanalítico.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 307-326, jun. 2008.

CUKIERT, Michele; PRISZKULNIK, Léia. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia.**, São Paulo, v. 7, n.1, p. 143-149, abr. 2002.

CUNHA, Érika Virgílio Rodrigues da. O currículo e se planejamento: concepções e práticas. **Rev. Espaço do Currículo.**, Paraíba, v.3, n.2, p.578-590, set. 2010.

BAUMAN, ZYGMUNT. **Babel: entre a certeza e a esperança**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2016.152p.

DAVIS, Carol M. **Fisioterapia: interação profissional – paciente**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DEL PRIORI, Mary. **Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. 2 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 64-77, Dec. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452009000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de Out. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-6445200900020000>.

DIVAINA, Alves Batista. **O ser Fisioterapeuta: desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho**. Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional), Faculdade Alves Faria (ALFA), Goiânia, 2010.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, Apr. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de Out. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100017>.

DUTRA, Ana Regina de Aguiar; ROSSATO, Ivete de Fátima; BARROS FILHO, José Roberto. Projetos integrados no Curso de Engenharia de Produção: a busca pela desfragmentação do conhecimento. In: XXXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO EM ENGENHARIA, 39., 2011, Blumenau. **Anais...** Blumenau-SC: Associação Brasileira de Ensino de Engenharia, 2011. Disponível em: <http://www.abenge.org.br/CobengeAnteriores/2011/sessoestec/art1806.pdf>. Acesso em: 1 de jun. 2016.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar Ed, 1994.

FAÉ, Rogério. A genealogia em Foucault. **Psicologia em Estudo.**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 409-416, set./dez. 2004.

FARIA, Suely Pereira. **Corpo e religião**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião), Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2004.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de Nov. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. Clinical Practice and the Development of Services Integral to Health in Primary Care. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008. Disponível em: [www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf). Acesso em: 01 de dez. de 2014.

FERRARO, José Luís Schifino. O currículo como campo de práticas discursivas: Foucault, subjetivação e (pós) modernidade. **Revista Travessias, Porto Alegre.**, v. 3, n. 1, p. 1-16, jul. 2009. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3290>. Acesso em: 15 de jul. de 2014.

FERREIRA, Francisco Romão. Corpo feminino e beleza no século XX. **ALCEU.**, São Paulo, v. 11, n.21, p. 186- 201, jul./dez. 2010.

FERNANDES, Maria Helena. **Entre a alteridade e a ausência:** o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *In:* CINTRA, Elisa de Ulhôa (Org.). O corpo, o eu e o outro em psicanálise. Goiânia: Dimensão, 2006.

\_\_\_\_\_, Maria Helena. **Corpo:** clínica psicanalítica. 4 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.

FERNANDES, Maria das Graças Melo. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. **Physis Revista de Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 1051-1065, out. 2009.

FERREIRA, Antônio Gomes. **O sentido da educação comparada:** uma compreensão sobre a construção de uma identidade. Educação, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 124-138, maio/ago, 2008.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Rev. Adm. Pública.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, Abr. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 de jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000200008>.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. **Sistema Único de Saúde:** capacitação para apoios do controle social. *In:* CAPACITAÇÃO PARA APOIOS DO CONTROLE SOCIAL, 1., 2013, Ponta Grossa. **Palestras...** Ponta Grossa: Conselho Estadual de Saúde, 2013. Disponível em: [http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacao\\_do\\_SUS\\_para\\_Ponta\\_Grossa\\_2013.pdf](http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf). Acesso em: 19 de jun. de 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade – O cuidado de si.** 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2011.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FONSECA, Adriana Andrade Góis; SILVA, Adriana Ridão da; SILVA, Gercicleide Guedes. O sentido do corpo. **Psicologado.**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 1, jan. 2007. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/abordagens/humanismo/o-sentido-do-corpo>>. Acesso em: 17 de jan. de 2016.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida; MENEGHEL, Stela Nazareth; SELLI, Lucilda. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. jan. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100032>.

FUJISAWA, Dirce Shizuko *et al.* Padrão de qualidade dos cursos de graduação em Fisioterapia no contexto do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). **Fisioterapia Brasil.**, Rio de Janeiro, v. 13, n.4, p. 1, set/out. de 2012.

GOMES, Ângela de Castro Correia; VIEIRA, Leocilêa Aparecida. O currículo como instrumento central do processo educativo: uma reflexão etmológica e conceitual. *In*: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10., 2009. São Paulo. **Anais...** São Paulo: III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2925\\_1387.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2925_1387.pdf)>. Acesso em: 09 de jan. de 2016.

GUEDES, Maria José de Paula; ALVES, Nildo Batista; WYSZOMIRSKA, Rozangela Maria de Almeida Fernandes. Ensino e práticas da fisioterapia aplicada à criança na formação do fisioterapeuta. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 291-305, Jun. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502013000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200006>.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença:** um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

HEILBORN, Maria Luiza. **Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde.** *In*: GLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho. **Psicologia da educação pelos meandros da cognição e da subjetividade:** um estudo comparativo. *In*: CAVALCANTE, Maria Juraci Maia; QUEIROZ, Maria Zuleide Fernandes; ARAÚJO, José Edvar Costa de; HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho. História da educação comparada: discursos, ritos e símbolos da educação popular. Fortaleza: Edições UFC, 2011.

ILKIU, Giovana Simas de Melo. **Diretrizes curriculares nacionais para o curso de fisioterapia:** um novo perfil de fisioterapeuta? (Dissertação) Mestrado em Educação – UNOESC, Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009. [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=167471](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=167471). Acesso em: 29 de mai. de 2016.

ISMAEL, Maria Cury Silvia; SANTOS, Janaina Xavier de Andrade dos. **Psicologia hospitalar:** sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

JOAS, Hans. **A sacralidade da pessoa: nova genealogia dos direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 551-558, Dec. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Out. de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400007>.

KLIEBARD, Herbert M. Burocracia, teoria e currículo. **Currículo sem Fronteiras**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.5-22, jul./dez. 2011.

KOENIG, Harold George. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A formação ética nos currículos dos cursos de saúde/enfermagem. *In: JORNADA MARANHENSE DE ENFERMAGEM*, 42., 2011, São Luis. **Anais...** São Luis: Sociedade Brasileira de Enfermagem, 2011. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/secaoma/anaisben/conferencias/01.pdf>>. Acesso em: 06 de jul. de 2014.

LAZZARINI, Eliana Rigotto; VIANA, Terezinha de Camargo. O corpo em psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, v. 22, n.2, p. 241-250, mai./ago. 2006.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. 6 ed. Campinas: Papirus, 2013.

\_\_\_\_\_. **Adeus ao corpo**. 6 ed. Campinas, SP: Papirus, 2013.

LEITE, Maisa Tavares de Souza; OHARA, Conceição Vieira da Silva; KAKEHASHI, Terezz Yoshiko; RIBEIRO, Circéa Amália. Theory-practice unit in an integrated curriculum praxis: nursing teachers' perception in children and teenagers' health. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, São Paulo, v. 64, n. 4, p.717-724, jul./ago. 2011.

LIEBERMAN, Daniel E. **A história do corpo humano: evolução, saúde e doença**. 1ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

LIMA, Elvira Souca. **Indagações sobre currículo: currículo e desenvolvimento humano**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/indag1.pdf>>. Acesso em: 1de jun. de 2016.

LINS, Dulciane Torres. Brasil de 1964 A 1969: entre Avanços e retrocessos. **Revista Científica Hermes – FIPEN.**, [S.l.], v. 5, jul. 2011. ISSN 2175-0556. Disponível em:

<<http://www.fipen.edu.br/hermes1/index.php/hermes1/article/view/49/37>>. Acesso em: 04 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.21710/rch.v5i0.49>.

LIRA, Maria Helena Câmara. O corpo educado pela igreja: a incorporação de comportamentos nas escolas femininas do início do século XX. *In: XII SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR*, 12., 2009, Recife. **Anais...** Recife: Centro esportivo virtual, 2009. Disponível em: [http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais12/artigos/pdfs/comunicacoes/C\\_Lira.pdf](http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais12/artigos/pdfs/comunicacoes/C_Lira.pdf)

LISBOA, Aline Vilhena. O lugar do corpo e da subjetividade do portador de epilepsia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 320-327, jun. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000200012>.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOTTERMANN, Osmar. **O currículo integrado na formação de jovens e adultos**. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – Departamento de Pedagogia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1855/Osmar%20Lottermann.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 07 de jul. de 2014.

LOURENÇO FILHO, Manoel Bergstrom. **Educação Comparada**. 3 ed. INEP – MEC: Brasília, 2004.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. For a clinic to expand life. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, v.13, supl.1, p.515-21. 2009.

MACIEL, Silvana Carneiro *et al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF.**, Paraíba, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun. 2008.

MACHADO, Afonso Antônio; ZANETTI, Marcelo Callegari; MOIOLI, Altair. O corpo, o desenvolvimento humano e as tecnologias. **Motriz.**, Rio Claro, v.17 n.4, p.728-737, out./dez. 2011.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita; HOLANDA, Francisco Uribam Xavier de. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.13, n.5 Ribeirão Preto, Set./Out. 2005.

MADEIRA, Ana Isabel. **O Campo da Educação Comparada: Do simbolismo fundacional à renovação das lógicas de investigação**. *In: Educação Comparada: rotas de Além-Mar*. São Paulo: Xamã, 2010.

MAIA, Antônio. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo sem Fronteiras.**, Porto Alegre, v.11, n.1, p.54-71, jan/jun. 2011.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Uma teoria científica da cultura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko; LANCMAN, Selma. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, mai./ago. 2008.

MARANHÃO, Tathiana Araújo *et al.* Humanization in the care given to children with cancer: limiting and facilitating factors. **Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.106-109. 2011.

MARCILI, Juan Pedro. **Arte e Renascimento**: maior conhecimento do corpo humano. [s.], mai. 2013. Disponível em: <<http://projetohistoriacvm.blogspot.com.br/2013/05/maior-conhecimento-do-corpo-humano.html>>. Acesso em: 04. de mar. 2014.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, abr. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302009000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302009000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tao; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200013>.

MANSANO, Sônia Regina Vagas. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 110-117. 2009.

MARCONDES, Martha Aparecida Santana. Educação Comparada: perspectivas teóricas e investigações. **ECCOS.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 139-163, jun. 2005.

MENDES, Cláudio Lúcio. O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. **Revista de Ciências Humanas.**, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 167-181, abr. 2006.

MENDES, Elzilaine Domingues; PROCHNO, Caio César S. C. Corpo e novas formas de subjetividade. **Psyche.**, São Paulo, v. 8, n. 14, dez. 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382004000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382004000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 de dez. 2014

MENEZES, Ana Célia Silva; ARAÚJO, Lucineide Martins. **Currículo, contextualização e aprendizagem**: espaço de interlocução de diferentes saberes. Monografia (Especialização em Ensino Superior e Docência no Contexto do Semi-Árido) – Departamento de Educação, Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2007.

Disponível em: <<http://www.irpaa.org/publicacoes/artigos/artigo-lucin-ana-celia.pdf>>. Acesso em: 04 de fev. de 2014.

MENEZES, Francisco Albano de. **Iniciação à medicina intensiva: panorama do doente adulto.** Fortaleza: Faculdade Christus, 2010. 210 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção.** Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MEYER, Patrícia Froes. **A compreensão do corpo na formação profissional do fisioterapeuta.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005. Disponível em: <[ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/PatriciaFM\\_tese.pdf](ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/PatriciaFM_tese.pdf)>. Acesso em: 04 de fev. de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

MIRANDA, Joseval dos Reis. **A prática interdisciplinar: currículo integrado, saberes articulados e projetos em parceria.** In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: EDUCERE, 2009. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2728\\_1226.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2728_1226.pdf)>. Acesso em 09 de julho de 2014.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de. **Fisioterapia na atenção básica.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MOREIRA, Antonio Flávio; SILVA, Tomaz Tadeu. **Currículo, cultura e sociedade.** 12 ed., São Paulo: Cortez, 2011.

MORENO-ALTAMIRANO, Laura. Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica. **Gac Méd Méx.**, México, v. 146, n. 2, pp. 1 – 7. 2009.

MOTA, Clarice Santos, TRAD, Leni Alves Bonfim. We Live to Take Care of the Population: health care strategies and meanings for health, disease and healing in candomblé temples. **Saúde Soc. São Paulo.**, São Paulo, v.20, n.2, p.325-337. 2011.

MOTA, Maria É Braga. **Integração curricular: proposta de superação da fragmentação do currículo na formação do pedagogo.** In: SANTOS, Alice Nayara dos; ROGÉRIO, Pedro. Currículo: diálogos possíveis. Fortaleza: edições UFC, 2013.

MURPHY, Wendy. **Healing The Generations: a history of physical therapy and the American physical therapy association.** Lyme: Greenwich Publishing Group, 1995.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS: pacto federativo e gestão pública.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; Santo André, SP: Cescos, 2007. 228p.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração.**, São Paulo, v.1, n. 3, p. 1-5. 1996.

NOVINSKY, Anita. **Os judeus que construíram o Brasil: fontes inéditas para uma nova visão da história.** São Paulo: Planeta Brasil, 2015. 304 p.



NÓVOA, António. Para uma formação de professores construída dentro da profissão. In: \_\_\_\_\_. Professores: imagens do futuro presente. Lisboa: **Educa.**, v. 350, n.9, p. 25-46. 2009. Disponível em: <[http://www.revistaeducacion.educacion.es/re350/re350\\_09por.pdf](http://www.revistaeducacion.educacion.es/re350/re350_09por.pdf)>. Acesso em: 23 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_, António; CATANI, Denise B. **Estudos comparados sobre a escola: Portugal e Brasil séculos XIX e XX.** In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 1., 2000, RIO DE JANEIRO. **Anais...** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de História da Educação, 2000. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/novo/congressos/cbhe1/anais/028\\_antonio\\_denice.pdf](http://www.sbh.org.br/novo/congressos/cbhe1/anais/028_antonio_denice.pdf)>. Acesso em: 22 de jan. 2016.

\_\_\_\_\_, António. Pesquisa em educação como processo dinâmico, aberto e imaginativo. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 533-543, maio./ago. 2011. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/edu\\_realidade](http://www.ufrgs.br/edu_realidade)>. Acesso em: 22 de jan. de 2016.

NUNES, Nei Antônio. Cuando la Historia Encuentra el Cuerpo: Interfaz entre los “Dislocamientos” Foucaultianos y la Iconoclastia Kafkiana. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar., p. 143-149. 2008.

NUNES, Célia Maria Fernandes. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. **Educação & Sociedade.**, v. 23, n. 74, p. 27-42, abr. 2001.

OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 30-44, jun. 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 de dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200005>.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, Valéria Rodrigues Costa de. Reconstruindo a história da Fisioterapia no mundo. **Revista Estudos.**, São Paulo, v.32, n.4, p.509-534. 2005. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/ArtigoHistFisiot-Valeria.pdf>>. Acesso em: 17 de mai. 2013.

OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira. **A fisioterapia no estado de São Paulo:** um estudo sobre as representações dos profissionais. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000947394>>. Acesso em: 04 de jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo: Edusp; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** Universidade de São Paulo. São Paulo: Edusp; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como usar a CIF**: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PACHECO, José Augusto. **Escritos curriculares**. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 de jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, Cristina; STREY, Marlene. Corpos em metamorphose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações sobre corpos na atualidade. **Revista Digital**, Buenos Aires, n.10, n. 79, p. 1-10, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd79/corpos.htm>>. Acesso em: 23 de jan. 2016.

PAIVA, Eduardo França. História das Mulheres no Brasil. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n.15, p.185-186, dez. 2000. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782000000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782000000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 de jan. 2016.

EIXOTO, Paulo Cesar; BERTANI, Íris Fenner. A constituição do corpo do doente mental. *In*: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca. **Anais...** Unesp Franca, Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000011201000100026&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201000100026&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 4 de out. 2016.

PIMENTA, Selma Garrido; LIMA, Maria Socorro Lucena. **Estágio e docência**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PIMENTA, Selma Garrido; GHEDIN, Evandro. **Professor reflexivo no Brasil**: gênese e crítica de um conceito. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PINHEIRO, Clara Virginia de Queiroz; QUEIROZ, Cristiane Holanda. O corpo e seus limites: entre o tecnicismo biológico e a narrativa estética. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, n. 23 [*n. spe.*], p.22-29, 2011.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 131-144, 1995. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311995000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311995000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de out. 2016.

PRISZKULNIK, Léia. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. **Psicol. USP.**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 11-28, 2000. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642000000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 de ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100002>.

POLAK, Ymiracy Nascimento de Souza. A concepção de corpo no mundo da saúde. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 1, n.1, p. 4-9, jan./ jun. 1996.

PRADO FILHO, Kleber; TRISOTTO, Sabrina. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 1, Mar. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000100014>.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, v. 25 n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.

PRISTA, Rosa M; MANOEL, Felismar. Motricidade Humana e Fisioterapia. **Revista Eletrônica Novo Enfoque.**, v. 10, n. 10, p. 18 – 33, 2010. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoque/files/10/artigos/03.pdf>>. Acesso em: 14 de mar. 2014. .

**BRASIL**, Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. 3 ed. Brasília, 2006.

QUADROS, Lucas Samuel; GELAPE, Vinícius Paulo; ROSA, Maria Cristina. The body and the medical knowledge in the eighteenth century: an interview with Jean Abreu. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 593-604, abr. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702015000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702015000200017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 de jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000200007>.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 107-116, ago. 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832002000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 de jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200008>.

REBELATTO, José; BOTOMÉ, Silva. **Fisioterapia no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2004.

RÉGIS, Suzana Rodrigues; MENDES, Geovana M. Lunardi; CABRAL, Paula. A compreensão de currículo integrado na produção científica do Brasil: a crença nos êxitos das propostas de integração curricular. **Revista Educação em Rede.**, Santa Catarina, v.2, n.1, p. 1-9, dez. 2007.

REZENDE, Renata. A tecnologia e a invenção do corpo contemporâneo. *In: IV ENCONTRO DOS NÚCLEOS DE PESQUISA DA INTERCOM*, 4., 2004, Porto Alegre: **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2004. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/.../330687964753950299158390381733>>. Acesso em: 2 de dez. 2014.

RIBEIRO JÚNIOR, Nilo. **Corpo e cristianismo**, jan. 2011. Disponível em: <<http://cronicap.blogspot.com.br/2011/01/corpo-e-cristianismo.html>>. Acesso em: 14 de mar. 2014.

RIBEIRO, Moneda Oliveira. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 358-63, dez. 1999.

RIOS, Luis Felipe. Axé, corporal practices, and Aids in Africanist religions in Recife, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.12, p. 3653-3662, ago. 2013.

ROCHA, Elisângela Aparecida; CARLOS, Laís Kotsuka; MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto de Oliveira. A visão do cuidador em relação ao doente de Alzheimer: investigação e análise do cuidado prestado. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, jul./dez. 2011.

SACRISTÁN Gimeno J. **Aproximação ao conceito de currículo.** In: \_\_\_\_\_. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: ArtMed, 1998. Cap. 1, p. 13-87.

SALIM, Celso Amorim. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-24, Mar. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100003>.

SALVADO, Maria Manuela Geraldês Gândara Janeiro. **O exercício do poder nos cuidados em enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>.

SANT'ANNA, Denise. **É possível realizar uma história do corpo?** In: SOARES, Carmen. Org. Corpo e história. Campinas: Editora Autores Associados, 2000.

SANTOS, Andrea Aparecida dos. **A ética teológica e cristã da sexualidade à luz da antropologia do corpo no pensamento de Emanuel Levinas.** (Dissertação) Mestrado em teologia - Departamento de Teologia, Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS, Fabio Marques Ferreira. A Genealogia do Poder em Foucault. **Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-6, jul./dez. 2011.

SANTOS, Lucíola Licínio de C. P. Novas abordagens no campo do currículo. **Em Aberto.**, Brasília, v.12, n.58, p. 73-75, abr./jun. 1993.

SANTOS, Wilton Silva dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 de jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100012>.

SANTIAGO, Leónea Vitória *et al.* Representações sociais do corpo: um estudo sobre as construções simbólicas em adolescentes. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte.**, São Paulo, v.26, n.4, p.627-643, out./dez. 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n4/v26n4a08.pdf>>. Acesso em: 1 de jun. 2016.

SAVIANI, Dermeval. História comparada da educação: algumas aproximações. **História da Educação.**, Pelota, n. 10, p. 5-16, out. 2001.

\_\_\_\_\_. **Reforma educacional da ditadura eliminou exigência de gasto mínimo com educação** (Entrevista on-line), mar.2014. Disponível em:  
<<http://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/entrevistas/reforma-educacional-da-ditadura-eliminou-exigencia-de-gasto-minimo-com-educacao>>. Acesso em: 18 de jul. 2014.

SÁVIO, Maria de Lourdes. A riqueza do conhecimento pela linguagem não verbal. **Psicol. corpor.**, Curitiba, v. 7, n.2, p. 85-91, jan. 2006.

SCHNEIDER, Marilda Pasqual. Diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da educação básica: o currículo integrado em questão. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA. **Anais...** 1., 2013. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2013. Disponível em: <[http://www.anpou.org.br/congressos\\_artigos/simpósio\\_2007-2013.pdf](http://www.anpou.org.br/congressos_artigos/simpósio_2007-2013.pdf)>. Acesso em: 23 de mar. 2014.

SCHON, Donald. **Os professores e sua formação.** Lisboa: Dom Quixote, 1992.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Out. 1997. Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de out. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SHUSTERMAN, Richard. Pensar através do corpo, Educar para as Humanidades: um apelo para a Soma-estética. **Mal-estar na Cultura.**, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 1-27, abr./Nov. 2010. Disponível em:  
<<http://www.ufrgs.br/difusaocultural/adminmalestar/documentos/arquivo.pdf>>. Acesso em: 5 de jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Richard. **Consciência Corporal.** 1ed. São Paulo: Realizações Editora, 2012.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da *et al.* **A formação dos profissionais de saúde em sintonia com o Sistema Único de Saúde.** [s.d]. Disponível em:  
<[http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/formacao\\_profissionais\\_2008.pdf](http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/formacao_profissionais_2008.pdf)>. Acesso em: 6 de jul. 2014.

SILVA, Jason de Lima. Genealogia, história e perspectivismo: contra a origem e a finalidade das coisas. **Revista Trágica: estudos sobre Nietzsche**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p.142-151. 2008.

SILVA-JÚNIOR, Nadson Duarte; GONÇALVES, George; DEMÉTRIO, Franklin. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações sócioantropológicas. In: III ENCONTRO BAIANO DE ESTUDOS EM CULTURA, 3., Salvador, **Anais...** Salvador: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012. Disponível em:

<<http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/wp-content/uploads/2012/04>>. Acesso em: 30 de mai. 2016.

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700089&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700089&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 de jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700089>.

SILVA, Rita de Fátima da; ARAÚJO, Paulo Ferreira. **Pessoa em condição de deficiência e aspectos da qualidade de vida.** *In:* Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: Ipes, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000479416>>. Acesso em: 03 de jul. 2014.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; FURLAN, Renato. Corpo e alma em Foucault: postulados para uma metodologia da psicologia. **Psicologia USP.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 171-194. 2003.

SILVEIRA, Fernando de Almeida. Michel Foucault e a construção discursiva do corpo do sujeito moderno e sua relação coma psicologia. **Psicologia em Estudo.**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 733-742, out./dez. 2008.

SIQUEIRA, Antônio Jorge. As representações do corpo na Idade Média. **Revista Vivência.**, Recife, n. 37, p. 49-58. 2011.

SOARES, Daniela Medeiros; SERPA, Sandro. **A doença e a exclusão social.** Um contributo para a compreensão da experimentação e das representações dos doentes de Machado-Joseph numa situação de ruptura das dinâmicas e processos de estruturação identitária. VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 6., 2008, Lisboa. **Anais...** Lisboa: faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2008. Disponível em: <[http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR4628c40b38281\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628c40b38281_1.pdf)>. Acesso em: 07 de jun. 2011.

SOUSA, Ana Lourdes Lucena de. **Formação Profissional em Fisioterapia:** o desafio dos avanços curriculares nos projetos pedagógicos da Universidade Pública. Tese (Doutorado em Educação) – Departamento de Educação, Pontíficia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. 199 p.

SUGIMOTO, Luiz. **A história do corpo humano**, jul. de 2005. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/jornalPDF/ju294pag09.pdf](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju294pag09.pdf)>. Acesso em: 6 de jul. 2014.

SOUMONNI, Elisée. Disease, religion and medicine: smallpox in nineteenth-century Benin. **Hist Cien Saúde Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, dez. 2012.

SOUSA, Mariana Rosetto; PEREIRA MELO, José Joaquim. A educação em Santo Agostinho: processo de interiorização na busca pelo conhecimento. *In:* IX CONGRESSO

NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9., 2009, Paraná. **Anais...** Curitiba: Graduação e Pós graduação em Educação, 2009. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1937\\_1302.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1937_1302.pdf). Acesso em: 12 de mai. 2012.

SOUZA, Rita de Cássia Paula. **A história da Fisioterapia.** Disponível em: [slideplayer.com.br/slide/349207](http://slideplayer.com.br/slide/349207). Acesso em 17 de julho de 2014.

STIVAL, Maria Cristina Elias Esper; FORTUNATO, Sarita Aparecida de Oliveira. Dominação e reprodução na escola: visão de Pierre Bourdieu. In: XII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 12., 2008, Paraná. **Anais...** Curitiba: Graduação e Pós graduação em Educação, 2008. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/676\\_924.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/676_924.pdf). Acesso em: 15 de jul. 2014.

STUCKI, Gerold; REINHARDT, Jan Dietrich; MELVIN, John. O desenvolvimento da "Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação" a partir de uma perspectiva abrangente. **Rev. Acta Fisiátrica.**, São Paulo, v. 15, n.1, p. 63-69, mar. 2008.

SZYMANSKI, Heloisa. **A entrevista em educação: a prática reflexiva.** 4 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2011.

SZYMANSKI, Luciana *et al.* A transição do ensino infantil para o ensino fundamental no olhar das crianças, pais e educadores: um recorte fenomenológico. **Revista de Educação PUC-Campinas.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 147-153, jul./dez., 2011.

TEIXEIRA DA SILVA, João Batista. **A Abordagem Transversal na Formação Crítica, Reflexiva e Humanista de Alunos de um Curso de Letras: inglês.** Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Departamento de Linguística, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/13845/1/LAEL%20-%20Joao%20Batista%20T%20Silva.pdf>. Acesso em: 6 de jul. 2014.

TEIXEIRA, Renato da Costa. Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, mar. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502012000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 de jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502012000100005>.

TELES, Francisco Afranio Rodrigues. **Formação docente na escola: perspectiva para práticas pedagógicas crítico-reflexivas no ensino médio.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2006. Disponível em: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/2006.gt2/GT2\\_2006\\_09.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/2006.gt2/GT2_2006_09.pdf). Acesso em: 04 de agosto de 2015.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti *et al.* Integrated curriculum for teaching dentistry: new directions for training in the field of healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, v.16, n.41, p.529-42, abr./jun. 2012.

UGARTE, Maria Cecília Donaldson. **O Corpo Utilitário: Da revolução industrial à revolução da informação.** In: IX SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO

CIVILIZADOR: TECNOLOGIA E CIVILIZAÇÃO, 9., 2005, Ponta Grossa. **Anais...** Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2005.

\_\_\_\_\_. A história do corpo humano: o homo laborens, o homo faber, o homo motor e o cyborg na adaptação do nosso corpo aos meios de produção. **Jornal da UNICAMP.**, n.298, p.1, jul. 2005, p. 1. Disponível em: <[www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/jornalPDF/ju294pag09.pdf](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju294pag09.pdf)>. Acesso em: 4 de mar. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia da UFC.** Fortaleza, 2009. Disponível em: <[http://www.fisioterapia.ufc.br/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=15&id=33&Itemid=63](http://www.fisioterapia.ufc.br/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=15&id=33&Itemid=63)>. Acesso em: 2 de jul. 2014.

VAISMAN, Ester. Althusser: ideologia e aparelhos de estado – velhas e novas questões. **Projeto História.**, São Paulo, n.33, p. 247-269, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/projetohistoria/downloads/volume33/artigo\\_12.pdf](http://www.pucsp.br/projetohistoria/downloads/volume33/artigo_12.pdf)>. Acesso em: 15 de jul. 2014.

VAINFAS, Ronaldo. **Trópico dos pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil.** 2 ed. Editora Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2010.

VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro. **Cuidar a família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Tatiane%20Dias%20Casimiro%20Valen%C3%A7a.pdf>>. Acesso em: 9 de jul. 2014.

VARGAS, Lúcia Helena Mendonça *et al* . Inserção das ciências básicas no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, jun. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 9 de jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000200004>.

VERHINE, Robert Evan. Educação comparada e o mundo globalizado. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 96, n. 243, p. 475-479, ago. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-66812015000200475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812015000200475&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-6681/373813678>.

VIEIRA, Antônio Luiz. Tropeçando em sombras: ou a história do corpo (preliminar teórica a um estudo das representações simbólicas do corpo entre anarquistas e malandros no Brasil da virada do século XIX para o século XX). **Cadernos de Pesquisa do CDHIS.**, Uberlândia, v. 26, n.13, p. 33-6, out. 2000.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.



WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 de nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.

WANZELER, Murilo Cunha. **O cuidado de si em Michel Foucault**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. 127p.

ZANIRATO, Bárbara Sebastiana Lagos. **Em busca da realidade:** a representação do corpo na anatomia e na pintura do Renascimento. Monografia (Graduação em História) – Departamento de História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <[http://www.historia.ufpr.br/.../2011/2.../barbara\\_sebastiana\\_lagos\\_zanirato.pdf](http://www.historia.ufpr.br/.../2011/2.../barbara_sebastiana_lagos_zanirato.pdf)>. Acesso em: 4 de mar. 2014.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
DOCENTES E DISCENTES**

Título do Projeto: \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
R.G. \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **O CORPO EM PROCESSO DE ADOECIMENTO E SUAS (RE) SIGNIFICAÇÕES PSICOSSOCIAIS NO CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**, cujo objetivo é: compreender o adoecimento do corpo e suas (re) significações psicossociais na formação do Fisioterapeuta. Assim como, analisar as contribuições do projeto pedagógico e currículo do curso de Fisioterapia na formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo do outro e conhecer os significados atribuídos ao corpo na sua história e da fisioterapia numa perspectiva comparada.

Você será entrevistado em local e horário previamente combinados. O pesquisador utilizará um gravador e um diário de campo para apreensão dos discursos estes serão utilizados somente para fins acadêmicos e de pesquisa. No caso de desistência você será liberado não havendo nenhum prejuízo moral ou social e afetivo. Os resultados da pesquisa servirão apenas para publicação em revista científica e serão mantidos em sigilo, sendo preservados a sua integridade e seu anonimato.

Não haverá riscos para você durante a pesquisa, pois utilizaremos a técnica da entrevista semi-estruturada com perguntas relacionadas aos objetivos do estudo. Os benefícios deste estudo serão o aprimoramento do ensino e suas relações com os serviços de saúde vinculados à prática fisioterapêutica que influenciará no cuidado com o outro a partir da compreensão social, cultural, filosófica e psicológica das representações da fisioterapia acerca do corpo, dos aspectos subjetivos presentes na relação fisioterapeuta-paciente, bem como da análise da influência dessas representações na prática clínica profissional, configurando o papel da academia na formação destes profissionais acerca das questões do corpo e da subjetividade.

Em caso de dúvida entrar em contato com os pesquisadores responsáveis:

Patrícia de Carvalho Holanda e Fabiane Elpídio de Sá – Cel (85) 9 88971889 – (85) 33668632 (das 8 às 17h)

Rua Ministro Joaquim Bastos, 471 apartamento 1601 Bairro de Fátima CEP 60415-170.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (COMPEPE) da UFC:

COMPEPE – UFC/Departamento de Fisiologia e Farmacologia: Rua Coronel Nunes de Melo,  
1127 – CEP 60.430-270 – Fone: (85) 33668344/ email: comepe@ufc.br

Eu, \_\_\_\_\_, (participante)  
RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo com a participação no  
estudo \_\_\_\_\_ como sujeito ou responsável  
pelo participante. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador  
\_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos,  
assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação. Foi-me  
garantido que posso como participante ou como pesquisado retirar meu consentimento a  
qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de  
acompanhamento, assistência e tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**PACIENTES**

Título do Projeto: \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
R.G. \_\_\_\_\_

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **O CORPO EM PROCESSO DE ADOECIMENTO E SUAS (RE) SIGNIFICAÇÕES PSICOSSOCIAIS NO CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**, cujo objetivo é: compreender o adoecimento do corpo e suas (re) significações psicossociais na formação do Fisioterapeuta. Assim como, analisar as contribuições do projeto pedagógico e currículo do curso de Fisioterapia na formação dos alunos para o enfrentamento das implicações subjetivas do processo de adoecimento do corpo do outro e conhecer os significados atribuídos ao corpo na sua história e da fisioterapia numa perspectiva comparada. A pergunta de partida será: Como o(a) senhor (a) tem enfrentado a sua situação de adoecimento?

Você será entrevistado em local e horário previamente combinados. O pesquisador utilizará um gravador e um diário de campo para apreensão dos discursos estes serão utilizados somente para fins acadêmicos e de pesquisa. No caso de desistência você será liberado não havendo nenhum prejuízo moral ou social e afetivo. Os resultados da pesquisa servirão apenas para publicação em revista científica e serão mantidos em sigilo, sendo preservados a sua integridade e seu anonimato.

Não haverá riscos para você durante a pesquisa, pois utilizaremos a técnica da entrevista semi-estruturada com perguntas relacionadas aos objetivos do estudo. Os benefícios deste estudo serão o aprimoramento do ensino e suas relações com os serviços de saúde vinculados à prática fisioterapêutica que influenciará no cuidado com o outro a partir da compreensão social, cultural, filosófica e psicológica das representações da fisioterapia acerca do corpo, dos aspectos subjetivos presentes na relação fisioterapeuta-paciente, bem como da análise da influência dessas representações na prática clínica profissional, configurando o papel da academia na formação destes profissionais acerca das questões do corpo e da subjetividade.

Em caso de dúvida entrar em contato com os pesquisadores responsáveis:

Patrícia de Carvalho Holanda e Fabiane Elpídio de Sá – Cel (85) 9 88971889 – (85) 33668632 (das 8 às 17h)

Rua Ministro Joaquim Bastos, 471 apartamento 1601 Bairro de Fátima CEP 60415-170.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da UFC:

COMEPE – UFC/Departamento de Fisiologia e Farmacologia: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – CEP 60.430-270 – Fone: (85) 33668344/ email: comepe@ufc.br

Eu, \_\_\_\_\_, (participante)  
RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo com a participação no estudo \_\_\_\_\_ como sujeito ou responsável pelo participante. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação. Foi-me garantido que posso como participante ou como pesquisado retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de acompanhamento, assistência e tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

### SUJEITOS/PACIENTES

- a) Para você o que significa estar doente?
- b) Como o tratamento fisioterápico tem influenciado no enfrentamento da sua doença?

### DOCENTES/ALUNOS

- a) Como você compreende o processo de adoecimento do corpo de um sujeito em atendimento fisioterápico?
- b) Como os significados desse processo de adoecimento são identificados e inseridos durante as práticas de ensino?
- c) Como o adoecimento do corpo é tratado no currículo do Curso de Fisioterapia?

## **ANEXO A - UNIDADES CURRICULARES**

O Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará apresenta-se em cinco eixos principais, de forma que os conteúdos curriculares integrem o ensino, a pesquisa e a extensão garantindo a interdisciplinaridade no processo de formação do aluno. Tais segmentos dividem-se: Eixo I: Formação Social e Humana; Eixo II: Biológica; Eixo III: Formação Pré-Profissional Integrativa; Eixo IV: Formação Profissional Instrumental; Eixo V: Formação Profissional Avançada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2009).

### **Eixo I: Formação Social, Humana e Pesquisa**

#### **Conteúdos Curriculares:**

Filosofia  
Socioantropologia para a Saúde  
Epidemiologia e Políticas de Saúde  
Ética, Bioética e Deontologia em  
Fisioterapia  
Fundamentos e Ações Integradas da  
Fisioterapia  
Informática na Saúde  
Administração e Planejamento em  
Fisioterapia  
Fisioterapia Baseada em Evidências  
Pesquisa I em Fisioterapia  
Pesquisa II em Fisioterapia  
Projeto de Conclusão de Curso  
Trabalho de Conclusão de Curso

### **Eixo II: Formação Biológica**

#### **Conteúdos Curriculares:**

Anatomia Humana  
Neuroanatomia  
Fisiologia Humana  
Fisiologia do Exercício  
Biologia celular/Genética  
Citologia / Histologia / Embriologia  
Patologia Humana/ Parasitologia /  
Microbiologia  
Imunologia  
Farmacologia Aplicada a Fisioterapia  
Cinesiologia / Biomecânica  
Bioquímica / Biofísica  
Biologia e Fisiologia do Envelhecimento  
Eletroterapia/Termoterapia/Fototerapia

**Eixo III: Formação Pré Profissional Integrativo:****Conteúdos Curriculares:**

Prática Fisioterapêutica I  
 Prática Fisioterapêutica II  
 Prática Fisioterapêutica III  
 Prática Fisioterapêutica IV  
 Projeto Integrado em Cinesioterapia  
 Projeto Integrado em Fisioterapia Traumatológica  
 ortopédica  
 Projeto Integrado em Fisioterapia Neurológica  
 Projeto Integrado em Fisioterapia Pediátrica e  
 Neonatologia  
 Projeto Integrado em Reabilitação  
 Cardiorrespiratória

**Eixo IV: Formação Profissional Instrumental****Conteúdos Curriculares:**

Avaliação Fisioterapêutica  
 Cinesioterapia  
 Fisioterapia Aquática  
 Recursos Mecanoterápicos e Manuais  
 Fisioterapia em Traumatológica-ortopédica  
 Prótese, Órtese e Readaptação Funcional  
 Fisioterapia em Reumatologia  
 Fisioterapia Ergonômica e no trabalho  
 Fisioterapia Desportiva  
 Fisioterapia nas Disfunções  
 Temporomandibulares  
 Fisioterapia Estética  
 Fisioterapia em Dermatologia  
 Fisioterapia em Neurologia  
 Fisioterapia em Psiquiatria  
 Fisioterapia em Pediatria e Neonatologia  
 Fisioterapia em Neuropediatria  
 Psicomotricidade Clínica  
 Fisioterapia nos Distúrbios do Assolho  
 Pélvico  
 Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia  
 Fisioterapia em Mastologia  
 Fisioterapia na Terceira Idade  
 Fisioterapia Cardiovascular  
 Fisioterapia Respiratória  
 Reabilitação Cardiopulmonar  
 Diagnóstico por Imagem I  
 Diagnóstico por Imagem II  
 Primeiros Socorros



**Eixo V: Profissional Avancado****Conteúdos Curriculares:**

Fisioterapia Clínica Ambulatorial  
/CRUTAC

Internato I - Ambiente Hospitalar

Internato II - Ambiente Hospitalar

## ANEXO B - EMENTÁRIO DOS MÓDULOS

### SEMESTRE I

<p><b>INDIVÍDUO, CULTURA E SOCIEDADE (FILOSOFIA/SOCIOANTROPOLOGIA PARA A SAÚDE):</b></p> <p>Conceito de Filosofia. Raciocínio humano. Enfoque de práticas de saúde individual e coletiva nas diferentes culturas. Realidade social presente na prática da Fisioterapia.</p>
<p><b>INTRODUÇÃO À PESQUISA I (PESQUISA EM FISIOTERAPIA I INFORMÁTICA NA SAÚDE):</b></p> <p>Fundamentos epistemológicos da pesquisa. Processo de produção do conhecimento. Método. Pesquisa na saúde. Projeto de pesquisa. Investigação científica. Normatização de trabalho científico. Dados estatísticos. Administração e informática aplicada à Fisioterapia.</p>
<p><b>LÓGICA MOLECULAR DOS SERES VIVOS I (BIOLOGIA CELULAR E GENÉTICA/ BIOQUÍMICA / BIOFÍSICA / CITOLOGIA / HISTOLOGIA / EMBRIOLOGIA):</b></p> <p>Estrutura Biológica. Microscopia de Luz e Eletrônica. Teoria Celular. Células Procarióticas e Eucarióticas. Células Eucarióticas Animais. Ciclo Celular. Função Genética. Leis que regem a herança biológica e do material genético. Introdução à bioquímica. Macromoléculas biológicas (proteínas, carboidratos, lipídeos e ácidos nucleicos). Bioquímica da atividade muscular. Fenômenos biológicos. Biofísica celular. Morfologia e fisiologia dos componentes celulares. Histologia dos quatro tecidos básicos: epitelial, nervoso, conjuntivo e muscular. Embriogênese.</p>
<p><b>VIVÊNCIAS EM FISIOTERAPIA I (FUNDAMENTOS E AÇÕES INTEGRADAS DA FISIOTERAPIA / PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA I):</b></p> <p>Conceito, evolução histórica, política e social da Fisioterapia. Reconhecimento do contexto de atuação profissional. Prática fisioterapêutica em ambiente ambulatorial supervisionado. Observação prática e da atuação do fisioterapeuta. Abordagem da profissão do fisioterapeuta do ponto de vista histórico e atual, suas especialidades, seu papel na promoção da saúde e no trabalho com equipe inter-profissional no ambiente ambulatorial.</p>

## **SEMESTRE II**

### **CINEMÁTICA MUSCULAR I (CINESIOLOGIA / BIOMECÂNICA):**

Introdução à biomecânica. Cinemática e cinética do movimento humano. Estudo biomecânico e cinesiológico da marcha humana normal. Anatomia palpatória: princípios e técnicas de palpação, reconhecimento de músculos, tendões, ligamentos, proeminências ósseas e suas correlações anátomo-clínicas.

### **LÓGICA MOLECULAR DOS SERES VIVOS II (ANATOMIA HUMANA / FISILOGIA HUMANA):**

Anatomia humana. Estrutura dos principais órgãos e sistemas. Fisiologia dos sistemas. Contração do músculo esquelético. Estrutura do neurônio. Eletrofisiologia.

### **INTRODUÇÃO A PESQUISA II (ÉTICA, BIOÉTICA E DEONTOLOGIA EM FISIOTERAPIA / PESQUISA EM FISIOTERAPIA II):**

Conceituação de Ética e Deontologia. Legislação específica do Fisioterapeuta. Introdução ao conhecimento científico, etapas do trabalho científico, tipos de estudo, população, amostragem e conceitos de medida ou aferição. Estrutura dos trabalhos científicos, monografias, teses e dissertações. Regras de publicação. Estatística descritiva e analítica. Apresentação tabular e gráfica de dados.

### **SAÚDE, PROCESSO E ASSISTÊNCIA (EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS DE SAÚDE / PRIMEIROS SOCORROS):**

Saúde como processo sócio-cultural, econômico e político. Política nacional de saúde. Previdência Social. Procedimentos básicos de assistência em urgência e emergência. Abordagem no trauma e nas emergências clínicas. Suporte Básico de Vida.

### **VIVÊNCIAS EM FISIOTERAPIA II (PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA II):**

Prática fisioterapêutica em ambiente ambulatorial e saúde coletiva.

### **SEMESTRE III**

**PROCESSOS PATOLÓGICOS E MECANISMOS DE AGRESSÃO (PATOLOGIA HUMANA / MICROBIOLOGIA / IMUNOLOGIA / PARASITOLOGIA / FARMACOLOGIA APLICADA A FISIOTERAPIA):**

Processos patológicos: etiologia, patogenia, alteração morfológica e funcional dos órgãos e tecidos. Morfologia e classificação dos microorganismos. Características e crescimento dos principais grupos de microrganismos. Imunologia básica e aplicada. Organização do sistema imunológico. Imunidade inespecífica e específica. Imunidade celular e humoral. Imunoprofilaxia. Noções de imunodiagnóstico. Imunopatologia. Interação neuro-imuno-endócrina. Farmacologia, farmacodinâmica e farmacocinética. Principais fármacos de ação nos diversos sistemas e aparelhos relacionados à fisioterapia. Grupos especiais de medicamentos, sistema de controle e ensaios farmacológicos. Controle biológico de medicamento e toxicologia.

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS ELETRO TERMO FOTO BIOLÓGICOS (ELETROTHERAPIA / TERMOTERAPIA / FOTOTERAPIA):**

Princípios da biofísica: radiações ionizantes e não-ionizantes no organismo. Vibração (onda ultra-sônica). Radiações eletromagnéticas, eletricidade e eletrofisiologia. Abordam os recursos de eletroterapia, termoterapia e Fototerapia existente no campo da Fisioterapia, seus efeitos fisiológicos, indicações, contra-indicações e formas de aplicação. Métodos e técnicas de tratamento. Indicações precauções e contra-indicações.

**CINEMÁTICA MUSCULAR II (AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA / CINESIOTERAPIA):**

Introdução a semiologia. Avaliação Fisioterapêutica. Avaliação neurológica. Avaliação dos sinais vitais. Avaliação sensorial. Avaliação neuro-músculo-esquelética regionalizada. Avaliação postural. Avaliação da marcha. Avaliação ambiental. Avaliação da coordenação motora e do equilíbrio. Estudo das técnicas de exercícios terapêuticos usadas no tratamento fisioterápico. Aspectos biomecânicos e neurofisiológicos dos exercícios. Avaliação e prescrição de técnicas específicas para alcance de diferentes metas terapêuticas. Princípios dos exercícios e técnicas cinesioterapêuticas específicas.

**VIVÊNCIAS EM FISIOTERAPIA III (PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA III / PROJETO INTEGRADO EM CINESIOTERAPIA):**

Desenvolvimento da observação prática e da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. Rede interdisciplinar entre a Anatomia, Cinesiologia e Biomecânica, Cinesioterapia e Recursos Fisioterapêuticos.

## SEMESTRE IV

### **RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS BIOHÍDRICOS**

**(FISIOTERAPIA AQUÁTICA):**

Histórico da hidroterapia. Princípios físicos da água e fisiológicos do corpo em imersão e em exercício. Estudo teórico-prática do uso da água para fins terapêuticos e preventivos. Emprego de recursos aquáticos nas disfunções osteomioarticulares, neuromusculares e cardiorrespiratórios e recursos fisioterápicos correlacionados a hidroterapia.

### **RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS MANIPULATIVOS E MECÂNICOS (RECURSOS MECANOTERÁPICOS E MANUAIS):**

Princípios físicos e biomecânicos da mecanoterapia Tração, manipulação, massoterapia, quiropraxia, osteopatia e relaxamento em Fisioterapia. Histórico da manipulação articular como forma de terapia. Anatomia e fisiologia da pele e sistema linfático. Massagem terapêutica e drenagem linfática. Apresentação da técnica da massagem reflexa e técnicas alternativas.

### **CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA TRAUMATO ORTOPÉDICA (FISIOTERAPIA EM TRAUMATO-ORTOPÉDICA / DIAGNÓSTICO POR IMAGEM I / PRÓTESE, ÓRTESE E READAPTAÇÃO FUNCIONAL):**

Fisiopatologia das afecções ortopédicas e traumatológicas, avaliação, tratamento fisioterapêutico e readaptação funcional nas diferentes fases de doenças inflamatórias, infecciosas e degenerativas de músculos, ossos e articulações. Abordagem ao paciente politraumatizado, portador de fraturas, luxações, deformidades ortopédicas congênicas e adquiridas. Estudo de cada órgão ou estrutura do corpo humano, através da radiologia convencional, da ultra-sonografia, da tomografia computadorizada, da ressonância magnética e da medicina nuclear com ênfase na avaliação fisioterapêutica músculo-esquelética. Aparelhos ortopédicos, indicações e adaptações necessárias ao processo de reeducação, biomecânica aplicada e recursos cinesiológicos para o treinamento e uso de próteses órteses, materiais para confecções de próteses e órteses.

### **VIVÊNCIAS EM FISIOTERAPIA IV (PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA IV PROJETO INTEGRADO EM FISIOTERAPIA TRAUMATO – ORTOPÉDICA):**

Prática fisioterapêutica em ambiente hospitalar (Unidades de Terapia Intensiva e Sala de Recuperação Pós-Anestésica). Observação da atuação do fisioterapeuta. Trabalho com equipe inter-profissional no ambiente hospitalar. Rede interdisciplinar entre a Anatomia, Recursos Terapêuticos, Fisioterapia Traumato Ortopedia e Traumatologia. Estudo dos problemas ortopédicos e traumatológicos: avaliação, planejamento, prescrição e execução de tratamento fisioterapêutico.

**SEMESTRE V****CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA EM PATOLOGIAS REUMÁTICAS (FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA FISIOTERAPIA ERGONÔMICA E NO TRABALHO):**

Doenças reumáticas, etiologia, patogênese, evolução e tratamentos clínicos. Teorias do envelhecimento e alterações morfofuncionais corporais. Avaliação clínica das disfunções do sistema musculoesquelético (tecidos conjuntivos e articulações). Fisiopatologia, quadro clínico, tratamento e procedimentos fisioterapêuticos das doenças degenerativas, metabólicas e as síndromes dolorosas em reumatologia. Diagnóstico funcional.

**CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA NAS LESÕES DESPORTIVAS (FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO / FISIOTERAPIA DESPORTIVA):**

Fisiologia do exercício e esforço físico. Estudo das respostas humanas ao exercício físico. Repercussões imediatas e tardias do treinamento físico aeróbico e anaeróbico nos diversos sistemas orgânicos. Metodologias de avaliação de parâmetros da aptidão física. Treinamento esportivo. Avaliação e tratamento das lesões no esporte. Emergência no esporte. Interação do fisioterapeuta na equipe interdisciplinar e tópicos atuais em fisioterapia no esporte. Fundamentos históricos da Ergonomia. Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Aspectos biomecânicos do sistema esquelético. Entendimento da sobrecarga de trabalho sob a ótica física, cognitiva e psíquica. Estudo dos elementos para a transformação das condições de trabalho.

**CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA EM NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA (NEUROANATOMIA/ FISIOTERAPIA EM NEUROLOGIA/ FISIOTERAPIA EM PSIQUIATRIA/ PROJETO INTEGRADO EM FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA):**

Organização estrutural do Sistema Nervoso. Aspectos macro e microscópicos em neuroanatomia. Distúrbios físicos e funcionais nas afecções neurológicas. Métodos e técnicas fisioterapêuticas nos distúrbios e afecções neurofuncionais. Teorias sobre o aparelho psíquico. Integração da fisioterapia em neurologia, psiquiatria e saúde mental.

**SEMESTRE VI**

**CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (FISIOTERAPIA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA /FISIOTERAPIA EM NEUROPEDIATRIA / PSICOMOTRICIDADE CLÍNICA/ PROJETO INTEGRADO EM FISIOTERAPIA PEDIATRICA E NEONATOLOGIA):**

Patologias neonatais e pediátricas. Exames complementares em neonatologia e pediatria. Disfunções neurológicas congênitas ou adquiridas; Desenvolvimento motor normal de 0 a 12 anos. Corpo e psiquismo na Reabilitação Funcional: Bases epistemológicas da Psicomotricidade; Rede interdisciplinar entre a Anatomia, Fisiologia, Patologia, Cinesiologia, Cinesioterapia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, RTM e MTAF. Fisioterapia nas principais patologias ortopédicas e respiratórias da infância.

**CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA EM UROGINECOLOGIA, OBSTETRICIA E MASTOLOGIA (FISIOTERAPIA NOS DISTÚRBIOS DO ASSOALHO PÉLVICO; FISIOTERAPIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; FISIOTERAPIA EM MASTOLOGIA):**

Anatomia funcional do assoalho pélvico e do sistema ano-retal. Fisiopatologia dos distúrbios em ginecologia e obstetrícia. Câncer de mama. Mastectomias. Avaliação, métodos e técnicas fisioterapêuticas em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia Oncológica.

**FISIOTERAPIA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS (FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES / FISIOTERAPIA ESTÉTICA / FISIOTERAPIA EM DERMATOLOGIA):**

Conceitos e definições de disfunções temporomandibulares (DTM). Anatomia da articulação temporomandibular (ATM). Fisiologia da articulação. Biomecânica, oclusão e fibromialgia da ATM. Etiologia das lesões, avaliação fisioterapêutica, diagnóstico e tratamento. Fisioterapia Estética Conhecimentos teóricos no campo da Fisioterapia Dermato-funcional. Comprometimento estético corporal. Abordagem de técnicas utilizadas na Fisioterapia Dermato-funcional.

**SEMESTRE VII**

**CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA EM CARDIOLOGIA E PNEUMOLOGIA (FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR/ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA/ REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR/ DIAGNÓSTICO POR IMAGEM II/ PROJETO INTEGRADO EM REABILITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA):**

Fisiopatologia clínica das afecções pulmonares e cardiovasculares, reabilitação cardíaca e pulmonar e diagnóstico por imagem da cavidade torácica.

**CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA EM GERONTOLOGIA (BIOLOGIA E FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO / FISIOTERAPIA NA TERCEIRA IDADE):**

Processo biológico e fisiológico do envelhecimento humano. Principais distúrbios fisiopatológicos do envelhecimento humano e tratamento fisioterápico.

**SEMESTRE VIII**

**ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA I (FISIOTERAPIA EM SAÚDE COLETIVA / CRUTAC):**

Prática supervisionada em Atenção primária, ambulatórios de Fisioterapia das Unidades Básicas de Saúde da capital, Estratégia saúde da Família, Núcleo de Atenção à Saúde da Família e Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária.

**PESQUISA EM FISIOTERAPIA I (FISIOTERAPIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS)**

Processo de aquisição e análise da validade da informação baseada em evidências científicas em saúde e na Fisioterapia.

**GESTÃO EM SAÚDE (ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM FISIOTERAPIA):**

Fundamentos administrativos. Serviço de fisioterapia como elemento administrativo. Administração de pessoal em Fisioterapia. Qualidade em serviço de Fisioterapia.



**SEMESTRE IX****ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA II (INTERNATO I - AMBIENTE AMBULATORIAL):**

Prática supervisionada em ambulatórios de Fisioterapia das Unidades Básicas de Saúde da capital, Hospitais de referências e Núcleos de atendimento especializado.

**TERAPIA INTENSIVA (FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA):**

Prevenção de complicações, diagnóstico diferencial, monitorização das funções vitais, tratamento fisioterápico das enfermidades que necessitam de terapias intensivas.

**PESQUISA EM FISIOTERAPIA II (PROJETO DE CONCLUSÃO DO CURSO):**

Definição da temática de pesquisa. Aspectos do embasamento teórico, do desenvolvimento da metodologia de pesquisa e da aplicação técnica na área de Fisioterapia. Elaboração e avaliação do projeto de pesquisa. Aplicação dos conceitos teóricos sobre os elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais do projeto.

**SEMESTRE X****ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA III (INTERNATO II - AMBIENTE HOSPITALAR):**

Prática clínica como forma de treinamento do aluno para a atuação profissional, executando os procedimentos de avaliação e intervenção fisioterapêuticos envolvidos na prevenção e recuperação do paciente hospitalizado em UTI, respeitando os princípios técnicos, éticos e humanos do indivíduo.

**PESQUISA EM FISIOTERAPIA III (TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO):**

Aplicação do projeto de pesquisa. Coleta de dados. Análise e processamento dos dados. Redação e apresentação do artigo de conclusão do curso.