

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

**VIVIANNE MARIE VALENÇA DE LIMA ROSAL**

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: UMA ANÁLISE NA  
ABORDAGEM DIDÁTICA E TERAPÊUTICA DOS DOCENTES DE  
FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA**

**2015**

VIVIANNE MARIE VALENÇA DE LIMA ROSAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: UMA ANÁLISE NA  
ABORDAGEM DIDÁTICA E TERAPÊUTICA DOS DOCENTES DE  
FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões, na linha de Pesquisa Religião, Cultura e Sistemas Simbólicos, sob orientação da professora doutora Fernanda Lemos.

JOÃO PESSOA

2015

R788e Rosal, Vivianne Marie Valença de Lima.  
Espiritualidade e saúde: uma análise na abordagem  
didática e terapêutica dos docentes de fisioterapia da  
Universidade Federal da Paraíba / Vivianne Marie Valença de  
Lima Rosal.- João Pessoa, 2015.  
98f. : il.  
Orientadora: Fernanda Lemos  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE  
1. Ciências das religiões. 2. Espiritualidade. 3. Cultura.  
4. Saúde integral. 5. Educação. 6. Docentes -| fisioterapia.

UFPB/BC

CDU: 279.224(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES


“ESPIRITUALIDADE E SAUDE: UMA ANALISE NA ABORDAGEM DIDATICA  
E TERAPEUTICA DOS DOCENTES DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAIBA”

Vivianne Marie Valença de Lima Rosal

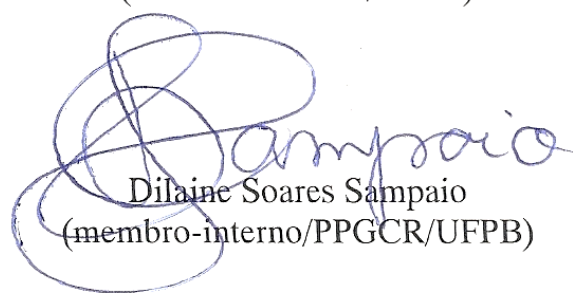
Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Fernanda Lemós  
(Orientadora/PPGCR/UFPB)



Ferdinand Röhr  
(membro-externo/UFPE)



Dilaine Soares Sampaio  
(membro-interno/PPGCR/UFPB)

Ao meu pai Genival Gabriel de Lima (*in memoriam*), luz serena, força  
viva e presença constante na minha vida.

À minha filha Lisa Marie que habita meu ventre renovando a  
esperança e convicção na espiritualidade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela sublime presença na minha existência.

Ao GEKPPA e aos meus guias espirituais que sempre me deram suporte para os estudos e práticas espirituais.

Aos meus pais que sempre me proporcionaram o melhor da vida: o amor incondicional. E por sempre me darem suporte independente da condição em que se encontrem. Que nosso amor seja eterno e esteja sempre vivo em nossos espíritos.

Ao meu querido e amado esposo Rodrigo Rosal que mergulhou comigo nesta trajetória com paciência, respeito e entusiasmo, e principalmente por estar presente nesta experiência encarnatória, compartilhando do amor mais profundo entre dois espíritos afins.

À minha irmã-amiga Érica Feitosa pelo amor, amizade e respeito e por me incentivar e comungar com os mesmos sentimentos acerca da Fisioterapia e da Espiritualidade.

À minha orientadora e amiga Fernanda Lemos que me acolheu e acreditou nesta proposta, auxiliando na construção deste texto, que me apresentou novas perspectivas e apontou novos horizontes de conhecimentos a serem explorados.

Às professoras Maria Lúcia e Dilaine Sampaio pelas considerações acerca dessa pesquisa que muito acrescentaram na formação e construção do texto.

Ao professor Ferdinand Röhr que aceitou participar desta banca examinadora e pelo auxílio espiritual que me prestou.

Ao Departamento de Fisioterapia da UFPB e à professora Carina Carvalho que me concederam a experiência do estágio docência na Clínica Escola da UFPB.

Aos colegas da Pós-graduação, em especial aos amigos Wanderlânia Silva e José Eudes, pelos momentos de construção acadêmica e os momentos de descontração que fizeram esta trajetória mais leve.

Aos familiares e aos amigos que mesmo de longe incentivaram na busca dessa conquista.

Aos pacientes, professores e alunos que colaboraram imensamente na construção deste pensamento me fazendo acreditar numa possível mudança na formação humana do Fisioterapeuta.

À CAPES pela concessão da bolsa para desenvolvimento dessa dissertação.

*“Confia, espera e procura ser bom”*  
João Bento Valença

## **RESUMO**

Na concepção adotada neste trabalho, o cuidado integral da saúde significa considerar o ser humano constituído por várias dimensões, com especial atenção à dimensão espiritual, responsável por dar o sentido de vida. Isso se reforça sobretudo no trato com os pacientes, porquanto afeta inegavelmente a maneira de encarar sua atual condição de fragilidade e sua relação com a enfermidade. Afeta, de igual modo, o olhar do Fisioterapeuta sobre o paciente, redimensionando significativamente sua intervenção. A abordagem integral que trouxe historicamente fundamentos para a prática da fisioterapia não serve somente para o aluno em processo de formação acadêmica, mas também deve servir de base para que o professor considere e fomente a dimensão da espiritualidade na sua didática e na sua intervenção clínica terapêutica. Este estudo tem como objetivo verificar como os docentes do curso de fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba abordam a espiritualidade na prática docente e no âmbito do atendimento fisioterapêutico. Para isto, foram avaliados dez docentes através de questionário com objetivo de traçar o perfil sócio- econômico, religioso, histórico-religioso pessoal e familiar dos sujeitos. Em um segundo momento foi realizada uma entrevista composta por questões elaboradas pela autora. Integrou o campo uma experiência observacional e participativa através do estágio docência. Os dados coletados foram avaliados e analisados através de uma metodologia qualitativa e quantitativa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Espiritualidade, Cultura, Saúde integral, Educação, Docentes de Fisioterapia

## **ABSTRACT**

The concept adopted in this paper, the integral health care means considering the human being consists of various dimensions, with particular attention to the spiritual dimension, responsible for giving the sense of life. This is strengthened greatly in treating with patients, because undeniably affects the way you treat your current condition of fragility and its relationship to disease. It affects, similarly, the look of the physiotherapist on the patient, significantly reshaping their intervention. The comprehensive approach which historically brought grounds for the practice of the physiotherapy is not meant only for the student in the academic process, but should also serve as a basis for the teacher to consider and promote the dimension of spirituality in their teaching and patient therapeutic intervention . This study aims to determine how teachers of physical therapy course at the Universidade Federal da Paraíba approach the spirituality in teaching practice and in the context of the physiotherapy. For this, ten teachers were evaluated by questionnaire in order to profile socio-economic, religious, personal and family history and religious subjects. In a second phase an interview consists of questions prepared by the author was held. Integrated ground an observational and participatory experience through teaching stage. The collected data were evaluated and analyzed through a qualitative and quantitative methodology.

**KEY WORDS:** Spirituality, Culture, Integral Health, Education, Physiotherapy professors

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1. ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO INTEGRAL DA SAÚDE</b>	<b>20</b>
1.1. Relação entre espiritualidade e saúde	20
1.2. A espiritualidade como dimensão da saúde	24
1.3. Integralidade no cuidado da saúde	31
<b>2. PERSPECTIVAS CULTURAIS DO CORPO, DA SAÚDE E DA DOENÇA</b>	<b>39</b>
2.1. Corpo: concepções e expressões culturais	39
2.2. Relação saúde-doença: rupturas e continuidades	45
2.3. A dor e a expectativa de cura	50
<b>3. FORMAÇÃO HUMANA DO FISIOTERAPEUTA</b>	<b>55</b>
3.1. Panorama histórico da fisioterapia	55
3.1.1. A influência flexneriana na formação universitária do profissional de saúde	61
3.2. A formação humana e a fisioterapia	64
3.3. Considerações acerca do estágio supervisionado em Fisioterapia	71
3.3.1. A experiência com o estágio	73
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>

## LISTA DE FIGURAS

1- Figura 1- Percentuais parciais de sexo da amostra.....	16
2- Figura 2- Percentuais parciais de conceito de espiritualidade para os docentes.....	17
3- Figura 3- Percentuais parciais de assuntos relacionados com “saúde e espiritualidade”.....	17
4- Figura 4- Percentuais parciais de importância em oferecer ao paciente uma assistência espiritual.....	18
5- Figura 5- As cinco dimensões básicas do ser humano.....	20
6- Percentuais da representação de Deus para os docentes.....	24

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

IASP- International Association for the Study of Pain

OMS- Organização Mundial de Saúde

UFPB- Universidade Federal da Paraíba

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CCS- Centro de Ciências da Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa guarda estreita conexão com a formação acadêmica e as experiências profissionais que perpassam minha trajetória na fisioterapia. Sendo assim, inicialmente, é importante registrar as vivências conquistadas nos anos que perfizeram minha formação no Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, no período que vai de agosto de 2002 a julho de 2007.

Presente nos conteúdos técnicos e científicos ministrados por meio dos componentes curriculares, sempre houve a abordagem humanizada, cuja prática manteve-se orientada pela noção de cuidado, movendo-se na dimensão da alteridade, do respeito e do acolhimento pelo outro.

Embora tal postura acadêmica e profissional fosse uma constante entre alguns dos docentes do Curso de Fisioterapia, não se abordava explicitamente a temática da espiritualidade e sua relação com a prevenção e/ou reabilitação da saúde dos pacientes.

De um modo geral, a espiritualidade não foi evidenciada em nenhuma das disciplinas teóricas nem nas práticas supervisionadas. Fato esse que, numa perspectiva tradicional da Academia, fortemente influenciada pelo processo de secularização<sup>1</sup> da cultura e do pensamento científico, é bastante compreensível.

Uma vez habilitada para exercer profissionalmente a Fisioterapia, confirmei a lacuna deixada por uma formação que não contempla direta e expressamente a relevância de se compreender melhor a questão da espiritualidade. Isso se reforça sobretudo no trato com os pacientes, porquanto afeta inegavelmente a maneira de encarar sua atual condição de fragilidade e sua relação com a enfermidade. Afeta, de igual modo, o olhar do Fisioterapeuta sobre o paciente, redimensionando significativamente sua intervenção.

Sabe-se que não são poucas as pesquisas científicas desenvolvidas hodiernamente que se debruçam sobre a relação entre saúde e espiritualidade<sup>2</sup>, destacando principalmente a sua influência no estado de ânimo do paciente. Nesse caminho, por exemplo, o campo da chamada “psiconeuroimunologia” investiga de que forma as experiências mentais e sociais podem afetar a saúde (KOENIG, 2012). É justamente nesse âmbito de pesquisa que se

---

<sup>1</sup> Segundo Martelli, (1995), “o termo secularização designa o processo da laicização, isto é, de autonomia em relação à esfera religiosa, que surgiram no ocidente a partir da dissolução do feudalismo. Por isso, secularização tornou-se sinônimo de subtração de províncias, do saber, do poder e do agir social, do controle ou da influência de instituições eclesiais ou de universo simbólico-religioso”.

<sup>2</sup> A palavra espiritualidade está sendo usada no sentido de dimensão espiritual (RÖHR, 2013).

problematiza como a vivência com a espiritualidade tem potencial para influir na saúde dos pacientes.

Se por um lado cresceram os estudos científicos acerca da relação entre saúde e espiritualidade e outros pertinentes às evidências científicas da fé, por outro ainda é bastante tímida no âmbito da Fisioterapia a contribuição dos pesquisadores sobre tal assunto. Verifica-se, nesse sentido, a insuficiência de pesquisas científicas que abordem diretamente a questão. Mais uma razão para reforçar a relevância social e científica do presente estudo. Percebe-se a importância acadêmica, a pertinência social e a relevância científica do tema, sobretudo por explorar o impacto na formação do profissional de Fisioterapia, tendo como ponto de partida o modo como os docentes do curso concebem a relação entre espiritualidade e saúde integral.

Em consonância com o que fora exposto, o mestrado em Ciências das Religiões promove a conexão de diversas áreas acadêmicas, e particularmente entre ciências da saúde e espiritualidade, dentro dos aspectos culturais de uma sociedade. A par disso, amplia o horizonte de perspectivas acerca da saúde e da doença, proporciona o diálogo com a formação humana, além de permitir a elucidação e a reflexão dos docentes em sua didática e concepções pedagógicas para originar a integralidade no atendimento profissional.

Desde o início da década de 80, redimensionando seu campo epistemológico e beneficiando-se dos avanços conceituais de outras áreas do conhecimento, a área médica vem buscando uma visão mais abrangente e integral do paciente, incluindo os aspectos físico, emocional, social e espiritual. Perceberam que ignorar qualquer uma dessas dimensões tornaria a abordagem incompleta. Nesse sentido, a atenção aos aspectos da espiritualidade se coloca como necessária na prática de assistência à saúde, uma vez que a ciência crescentemente se convence diante da importância da espiritualidade como uma dimensão do ser humano (PERES *et al*, 2007). Não se consegue lidar com a doença sem lidar com o paciente, cada paciente é único em suas crenças, valores, e está inserido em uma cultura e sociedade organizada (SANTOS, INCONTRI, 2010). Apesar de tímido, esse movimento já se faz sentir nas ambiências das faculdades de fisioterapia.

Nessa direção, para as ciências da saúde, nas quais a fisioterapia se insere, a humanização significa resgatar valores humanísticos e desenvolver práticas que somem à competência do profissional de saúde um olhar humano sobre a totalidade dos acontecimentos que envolvem o adoecer e o seu desfecho. Pode ser compreendida como uma forma de percepção da condição do paciente, considerando seu afastamento das atividades profissionais e familiares, a dor física e psicológica (OLIVEIRA *et al*, 2012).

O modelo biológico passou a ser complementado pelos modelos psicológicos, social, ecológico e espiritual (BORGES *et al*, 2013).

Ao lado disso, é preciso construir, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade e espiritualidade, como pressupostos que precisam ser construídos durante a formação. Para tanto, a educação precisa ser integral e interdisciplinar, permitindo, assim, a aquisição de competência e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença, e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais (RIZZARDI *et al*, 2010).

O holismo<sup>3</sup>, que historicamente trouxe fundamentos para prática dos profissionais da saúde e da Fisioterapia, não serve somente para o aluno em processo de formação acadêmica, mas também deve servir de base para que o professor possa considerar e fomentar a dimensão da espiritualidade na abordagem teórica e na intervenção clínica (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Neste sentido, este estudo tem como objetivo principal verificar como os docentes do curso de fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) abordam a espiritualidade na prática docente para a aplicabilidade no âmbito do atendimento fisioterapêutico, como também verificar as influências culturais da religiosidade sobre os processos de cura e discutir a relação entre espiritualidade e saúde.

Para realizar a pesquisa de campo foi escolhido o Departamento de Fisioterapia da UFPB. Em seguida, houve a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB- CEP-CCS para questionar e entrevistar os sujeitos. Os sujeitos escolhidos, para pertencer a amostra, foram dez docentes (GRUPO 1) voluntários de fisioterapia cadastrados no Departamento e que ministram disciplinas práticas do curso. Todos os participantes foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e só após assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE I).

Metodologicamente, foram incluídos no estudo docentes de ambos os sexos, independentemente da faixa etária em que se encontram. As avaliações foram divididas em duas fases. Na primeira fase, houve a aplicação de um questionário<sup>4</sup> com o objetivo de traçar o perfil sócio- econômico, religioso, histórico-religioso pessoal e familiar dos sujeitos

---

<sup>3</sup> Estamos usando a palavra holismo com a denotação referente a uma “visão global” do sujeito

<sup>4</sup> O questionário fez parte do projeto de pesquisa intitulado: “Religião e Modernidade: Uma Análise de Gênero do Trânsito Religioso de Homens no Contexto da Universidade Metodista de São Paulo”, e tem como objetivo traçar o perfil sócio-econômico, religioso, histórico-religioso pessoal e familiar. Este instrumento de pesquisa é parte integrante de um projeto maior intitulado: “Religiosidade Caleidoscópica: Nomadismo Religioso, Implicações de Gênero”, cuja autoria é de Sandra Duarte de Souza (LEMOS, 2006).

(APÊNDICE II). Ainda nesta fase, foram formuladas perguntas objetivas referentes ao conceito de espiritualidade e sua relação com a saúde e a importância de oferecer ao paciente uma assistência espiritual no atendimento fisioterapêutico (PEDRÃO, BERESIN, 2010; BORGES *et al*, 2013). Os questionários que deram base à elaboração sofreram algumas modificações com a inclusão de novas perguntas e com objetivo de atualizar este instrumento para o campo específico (APÊNDICE III).

Após levantamento dos dados questionados, foram selecionados, aleatoriamente<sup>5</sup>, três docentes (GRUPO 2) que participaram da primeira fase da avaliação, para responderem perguntas discursivas a respeito da importância da abordagem de espiritualidade na prática docente e na prática do fisioterapeuta, elaboradas pela própria autora (APÊNDICE IV).

Antes da execução da segunda fase do campo, ocorreu uma greve na Universidade, em que os atendimentos na Clínica Escola foram suspensos, o que impediu a aplicação da entrevista com os três docentes ligados à prática. Isso nos obrigou a uma mudança de estratégia metodológica. Resolvemos entrevistar apenas um professor<sup>6</sup> responsável pelo estágio docente na Clínica Escola de Fisioterapia da UFPB, que já fazia parte da amostra da pesquisa na primeira fase. A entrevista foi gravada e transcrita pela pesquisadora e os dados coletados foram avaliados e analisados através de uma metodologia qualitativa e quantitativa.

Relevante registrar que o estágio docência foi autorizado pelo Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões para se realizar nas dependências da Clínica Escola de Fisioterapia da UFPB. Com isso verificou-se a oportunidade de observar e ao mesmo tempo interferir, dentro dos limites possíveis e concedidos, na prática docente e no atendimento realizado aos pacientes. Por essa razão este estágio integra nossa experiência de campo. Esse relato será demonstrado posteriormente.

Na primeira inserção no campo, os dados caracterizam sócio-economicamente o corpo docente estudado. Numa amostra de dez docentes, a maioria é de mulheres (Figura 1), com pós-graduação e metade casados, a média salarial predominantemente é de 4 a 10 mínimos. Ou seja, um grupo majoritariamente feminino, com um alto nível de educação formal e, conseqüentemente, com um ganho salarial acima da média da população brasileira, que segundo o IBGE 72% ganha até 2 salários mínimos. Apenas 1 professor tem outra formação profissional, em Educação Física, e 60% da amostra tem filhos.

---

<sup>5</sup> No âmbito das ciências estatísticas, o princípio da aleatoriedade é utilizado para que todos os indivíduos do campo pesquisado tenham a mesma probabilidade de serem escolhidos para a aplicação dos questionários, independentemente de classificação indutiva da amostragem

<sup>6</sup> Para preservar a identidade do entrevistado, em nosso texto, iremos chamá-lo de Dynamis

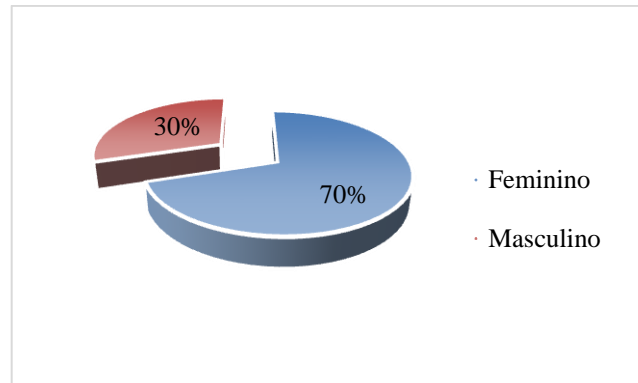


Figura 1: Percentuais parciais de sexo da amostra

No que se refere à biografia religiosa dos sujeitos, observamos nas opções escolhidas no questionário que o cristianismo se apresenta como a religião da grande maioria. Elementos simbólicos próprios deste universo religioso se revelam nas opções escolhidas no questionário aplicado. Outrossim, a frequência a instituições cristãs apresentou poucas vezes. Com relação à espiritualidade e saúde, a sistematização dos questionários demonstrou que para a grande maioria o conceito de espiritualidade está presente e se destaca em busca de sentido e significado para vida humana, seguidos de postura ética humanística e crença e relação com Deus/ religiosidade (Figura 2).

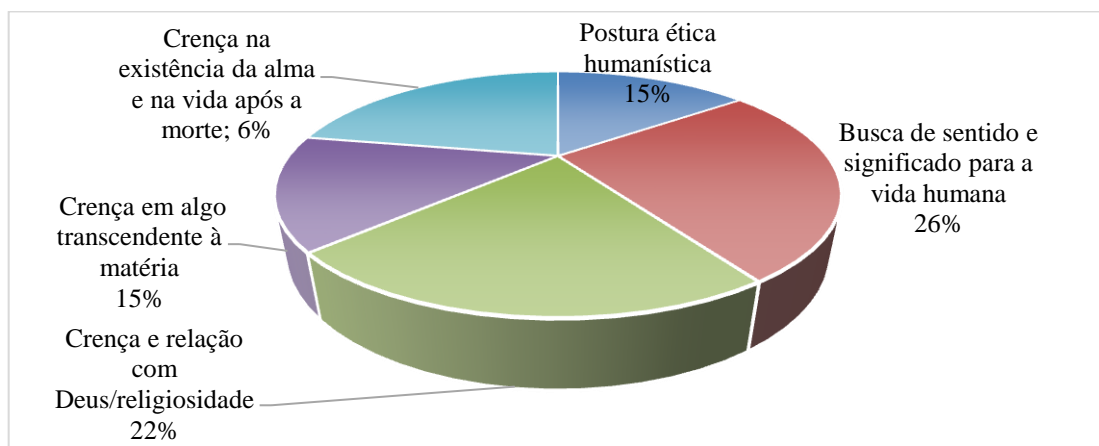


Figura 2: Percentuais parciais de conceito de espiritualidade para os docentes

Os dados coletados no presente estudo apontam que para os docentes a relação da “saúde e espiritualidade” está presente nas variáveis abordagem do viver ou morrer com 23% e qualidade de vida com 20%, seguido de saúde total e holística com 17% (Figura 3). Posteriormente verificaremos o porquê de tais variáveis se destacaram e qual a correlação na promoção da saúde integral.

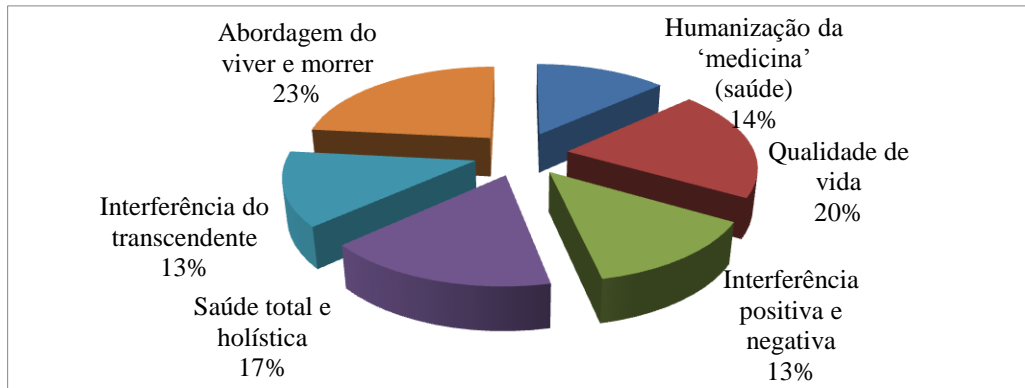


Figura 3: Percentuais parciais de assuntos relacionados com "saúde e espiritualidade"

No perfil presente na amostra, o gráfico demonstra que para os docentes de fisioterapia há uma importância em proporcionar ao paciente uma assistência espiritual, representada pela variável conforto e bem-estar ao paciente, como também a consciência de que não apenas o paciente necessita de assistência espiritual, mas todos os fisioterapeutas, como intermediários na promoção da saúde integral, independentemente da religião (Figura 4).

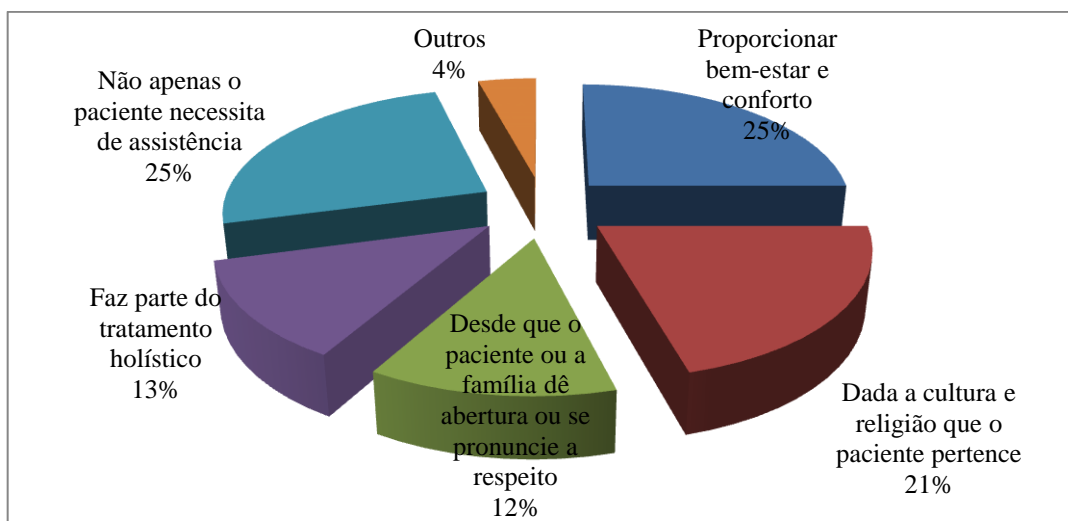


Figura 4: Percentuais parciais de importância em oferecer ao paciente uma assistência espiritual

O processo de sistematização da pesquisa está disposto em três capítulos, quando buscaremos dialogar com os dados do campo. O primeiro capítulo está dividido em três momentos: no primeiro está elucidada a relação entre espiritualidade e saúde, em seguida discutimos a espiritualidade como dimensão da saúde, e finalmente verificamos a importância da integralidade no cuidado da saúde.

A proposta do segundo capítulo é compreender o corpo, a saúde e a doença sob perspectivas culturais. Para tanto, primeiramente, é preciso entender as concepções e as

expressões culturais do corpo. Ao lado disso, demonstrar a relação saúde-doença com suas rupturas e continuidades. Em seguida, debruçar-se sobre a concepção de dor e a expectativa de cura.

O capítulo três evidencia a formação humana do fisioterapeuta. Inicia tratando do panorama histórico da fisioterapia e mostra a influência flexineriana na formação universitária do profissional de saúde. Seguidamente, discute a formação humana e a fisioterapia. Finaliza com um relato de experiência sobre o estágio docente na Clínica Escola de Fisioterapia da UFPB.

Dessa forma, o desafio da nossa pesquisa foi perceber como a espiritualidade revela-se na prática docente e no atendimento fisioterapêutico destes profissionais, bem como se dá essa relação com a saúde neste ambiente.

## 1. ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO INTEGRAL DA SAÚDE

### 1.1. Relação entre espiritualidade e saúde

Na segunda metade do século XX, Rudolf Otto (2007) emprega uma nova conceituação para abordar a temática da espiritualidade. Não se limitando aos estudos tradicionais sobre a religião em sua época, cuja ênfase recaía sobre a análise comparativa entre os diferentes sistemas de ritos e crenças, deu início ao que se convencionou chamar fenomenologia das religiões. Nessa perspectiva, confere maior relevância à dimensão vivencial do fenômeno religioso, redescobrimo que toda religião tinha como base a experiência de um misterioso tremendo e do fascínio que tal experiência exercia e ainda exerce sobre o ser humano, ao anunciar a presença de alguma coisa que transcende<sup>7</sup> à realidade cotidianamente percebida. A isso Otto nomeou “experiência do numinoso” (OTTO, 2007).

Pode-se aceitar, ao menos provisoriamente para fins desta pesquisa, a concepção que coloca a espiritualidade como uma das dimensões que constitui o ser humano, representada, entre outros aspectos, no desejo de compreender o significado da relação com o transcendente, nas diretrizes que podem orientar a existência de forma ética e autêntica, na expressão da liberdade pessoal, não necessariamente vinculada aos rituais religiosos nem forçosamente dissociada das facetas de nossa condição humana consideradas “profanas” (PARGAMENT, 1999; KOENIG, 2005; RÖHR, 2010).

Nesse caminho, seguindo uma terminologia empregada por Ferdinand Röhr (2010), o ser humano é constituído de cinco dimensões básicas, embora o autor esteja ciente da possibilidade de outras divisões e interrelações. Nas suas palavras:

*A dimensão física* inclui a corporalidade físico-biológica, da qual em parte não temos percepção. *A dimensão sensorial* é representada pelas nossas sensações físicas, calor-frio, dor-prazer físico, doce-amargo, etc., enfim a percepção que temos através dos nossos cinco sentidos: tato, visão, audição, olfato e paladar. *A dimensão emocional* abrange a vida da nossa psique, os estados emocionais (medo, insegurança, euforia, apatia, tristeza, melancolia, impaciência, dispersão, solidão, saudade, indecisão, pessimismo, etc.) e suas respectivas movimentações e

---

<sup>7</sup> Transcendência, no sentido aqui adotado, refere-se a uma dimensão não imediatamente percebida na realidade concreta, material e empírica. Refere-se aqui a uma transcendência na imanência ou a uma transcendência imanente. Uma vitalidade surpreendentemente dinâmica presente em todo o ser humano que, no entanto, pode estar entorpecida por situações existenciais particulares, distanciando, assim, de um conceito religioso (RÖHR, 2013).

compensações. A *dimensão mental* do ser humano inclui, em primeiro lugar, o racional e lógico no sentido mais restrito, quer dizer aquela parte em que correspondemos naquilo que pensamos com todos os seres humanos, os pensamentos universais, formais (lógica, matemática), mas também a capacidade de reflexão – de questionar todas as coisas, inclusive a si mesmo-, a recordação, a memória, a imaginação e a fantasia, a compreensão e criação de idéias e finalmente a nossa intuição em que sabemos sem poder justificar em última instância por que sabemos. O que é mais difícil de identificar é a quinta, a *dimensão espiritual*. Não se confunde com a religiosa, que em parte pode incluir a espiritual, mas que contém algumas características como as da revelação como intervenção direta de Deus e de um tipo de organização social que dessa forma são estranhas ou não necessárias à dimensão espiritual. Podemos nos aproximar dessa dimensão identificando uma insuficiência das outras dimensões em relação ao homem nas possibilidades humanas. Nesse sentido, podemos chamar essas dimensões de imanentes e a dimensão espiritual de transcendente. Das dimensões imanentes temos evidências constantes. A dimensão espiritual transcende a realidade empiricamente verificável e nem por isso deixa de ser realidade para quem se volta para ela e se compromete com ela. Posso viver nas dimensões imanentes sem ser comprometido com nenhum aspecto delas. Entro na dimensão espiritual no momento em que me identifico com algo, em que eu sinto que isso se torna apelo incondicional para mim (RÖHR, 2010, pp.14-15).

Podemos melhor visualizar as cinco dimensões mencionadas pelo autor observando a figura 5 abaixo:



Figura 5: As cinco dimensões básicas do ser humano (Röhr, 2010)

Apesar de ser um conceito ainda controverso, complexo e polissêmico, espiritualidade pode ser definida como uma das dimensões que fazem parte do ser humano e está relacionada à verdade sobre si mesmo, sobre o mundo, a termos como amor, compaixão, sabedoria, honestidade, compromisso, imaginação, reverência e moralidade que o ser que a vivencia

desenvolve (VAILLANT, 2010; RÖHR, 2013). Refletir sobre a espiritualidade implica levar em consideração a integralidade do ser humano e engloba questões sobre significado, esperança, relacionamento com Deus, aceitação ou perdão e transcendência (PANZINI, 2007; SALGADO, ROCHA, CONTI, 2007; VAILLANT, 2010; RÖHR, 2013).

Por outro lado, quando confrontamos os conceitos de espiritualidade e religião, é possível perceber pontos de convergência e dissonâncias significativas. A dificuldade de caracterizar a religião como fenômeno humano evidencia-se, inicialmente, na impossibilidade de fixarmos um certo número de características comuns a todas as expressões religiosas. Dentre os aspectos comuns, destaca-se a crença num princípio para além da realidade da nossa percepção comum, que transcende o âmbito empírico, que pode ser expressado por um princípio abstrato, por uma experiência interior, ou, o que parece ser mais comum, por um Deus ou deuses, com atributos que transcendem o ser humano (RÖHR, 2010).

Ao lado disso, sobressai-se igualmente a comunicação com o divino, geralmente restrita a algumas pessoas consideradas habilitadas para tal: sacerdotes, por exemplo. A partir dessa comunicação com o divino são elaborados códigos de conduta adequados à vida de relação, perante a divindade e a comunidade religiosa pertencente. Um outro ponto de ligação entre as diversas expressões religiosas é a convicção de que uma vida não se encerra com a morte do corpo físico. Diferem-se, no entanto, na imagem e na construção simbólica que fazem de uma vida após a morte (RÖHR, 2010).

A partir do que já fora colocado, verifica-se que a espiritualidade pode comungar com a religião a crença numa divindade. De outra forma, há a possibilidade de uma pessoa espiritualizada acreditar numa forma específica da divindade. Porém a espiritualidade não exclui, necessariamente, a fé religiosa. No entanto, nem tudo que se mostra como religião também inclui a espiritualidade. Isso ocorre, por exemplo, quando a religião se fixa em dogma, em inflexibilidade, em intolerância. Além disso, a espiritualidade não implica na necessidade de uma revelação de forma direta da divindade. Isso não se põe como pressuposto imprescindível para desenvolver a própria espiritualidade. Não é preciso para o desenvolvimento humano que as pessoas sejam extraordinárias, nem que estejam ligadas a um grupo religioso para desenvolverem a espiritualidade (RÖHR, 2010).

A espiritualidade torna-se uma experiência religiosa quando a transcendência repercute no sujeito de tal forma que a avaliação realizada não se trata de algo contido apenas em si. Refere-se também ao sopro de alguma coisa além da realidade pessoal, mesmo quando esta é entendida de forma que inclui a elaboração inconsciente profunda (VASCONCELOS, 2011). O desenvolvimento da espiritualidade, não obstante tudo o que já fora argumentado,

pode incluir práticas, rituais e celebrações, sem, entretanto, prescrever uma via única e obrigatória para tanto. Acredita-se que o sentido da vida humana transcende a nossa existência na terra, permanecemos abertos para o estudo de tudo que nos auxilia nesta compreensão de realidade (RÖHR, 2010).

Na aplicação do questionário quando se pergunta sobre o conceito de espiritualidade aos sujeitos da nossa pesquisa, eles apontaram em 26% que a espiritualidade estava relacionada a uma busca de sentido e significado de vida humana, em 22% relacionavam a espiritualidade com a crença e relação com Deus/religiosidade. A crença da existência da alma e na vida após a morte também foi apontada em 22%. Por último definiram como postura ética humanística e crença em algo transcendente à matéria, ambos com 15%. Podemos assim concluir que para eles ainda há uma ausência de diferenciação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade e que a crença em algo transcendente à matéria ainda é pouco percebida, o que dificulta uma abordagem integral na sua prática docente e na conduta terapêutica por eles estabelecida, pois a abordagem integral é pautada no aspecto multidimensional do ser humano.

## 1.2. A espiritualidade como dimensão da saúde

A espiritualidade pode também ser compreendida como uma propensão humana a buscar significado e sentido de vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio (SAAD *et al*, 2001). A sua relação com a saúde tem se tornado um paradigma a ser estabelecido na prática médica diária, onde a doença permanece como entidade de impacto amplo sobre os aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica. Portanto, é fundamental reconhecer que esses aspectos estão correlacionados em múltipla interação (GUIMARÃES e AZEVUM, 2007).

As crenças e práticas religiosas e espirituais têm demonstrado ser um auxílio para o enfrentamento nas mais diversas situações de desequilíbrio na saúde dos indivíduos, preparo para a morte e até mesmo nas relações interpessoais dos profissionais. Este fato apresentou grande relevância a partir do ano de 2000, quando as publicações acerca da espiritualidade e saúde cresceram consideravelmente (KOENIG, 2005).

A respeito disso, quando se pergunta se o docente acredita que a espiritualidade influencia a prática do fisioterapeuta e de que forma, Dynamis respondeu em sua entrevista:

“Com certeza. Pelo menos eu, como fisioterapeuta, e com cunho, é..., de acreditar, né?! Sou espírita, é ..., não tem como dissociar o ser físico do ser espiritual”.

Nessa resposta, Dynamis refere-se a sua própria religião, razão pela qual acredita que por ter sua própria religiosidade consegue auxiliar ou promover ao paciente um melhor enfrentamento da doença que o acomete e nas diversas condições de desequilíbrio. Porém, cabe ressaltar que é importante ser considerada a espiritualidade ou a religiosidade do paciente também.

Como afirma Boff (2011), saúde e cura fazem parte do processo de adaptação e de integridade, nas quais se dá o bem-estar, a doença, o sofrimento, a recuperação, o envelhecimento e o caminhar tranquilo para a morte. Saúde é uma atitude face às várias situações que podem ser doentias ou sãs, não é, portanto, um estado nem um ato existencial. Cuidar do próprio corpo implica cuidar da vida que o anima, do conjunto das relações com a realidade circundante. Significa, também, na forma que se apreende tudo o que possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento.

É necessário e fundamental avaliar o quanto a pessoa está satisfeita ou não com os aspectos percebidos de sua vida. Como também, o sujeito passar a pensar a respeito do sentido de vida e como a sua prática religiosa ou a sua espiritualidade influenciam e contribuem na sua saúde mental. Pode-se refletir acerca da liberdade com a espiritualidade, quando não se trata apenas de condições biológicas, psicológica e social, pois está intrínseco a todo ser humano, assim como a liberdade de se colocar diante das circunstâncias cotidianas ou excepcionais (OLIVEIRA *et al*, 2012).

A busca espiritual ou mesmo religiosa é uma consequência das necessidades individuais. Diante desse sentimento, para tranquilizar e reestruturar o indivíduo, reflete a ideia de salvação e de imortalidade, de lugar protegido e seguro, de lugar paradisíaco. Essa concepção de imortalidade aparece nos níveis primários de desenvolvimento infantil, e posteriormente é substituída pelo conhecimento da realidade (ARAÚJO, 2008).

Ainda por dentro dessa busca, a ideia de Deus, divindades, rituais, leis, normas e princípios morais é concebida como uma representação do complexo centrado na figura paterna, conforme a concepção Freudiana. Nos dados coletados da amostra, corroborando com este pensamento, fica evidenciado que a maioria dos docentes do curso de fisioterapia da UFPB ainda identifica a divindade com a figura paterna em 14%, demonstrado na Figura 6. É possível reconhecer que os aspectos espirituais ou religiosos servem para segurar ou barrar as pulsões antissociais e trazer certo grau de conforto para o homem, o que reforça o aspecto de respeito, temor e censura (ARAÚJO, 2008).

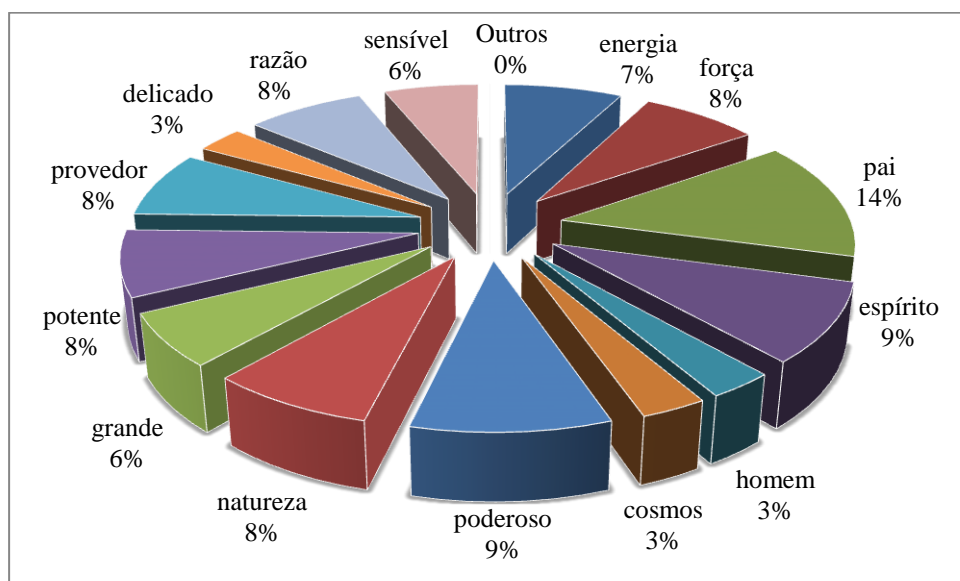


Figura 6: Percentuais da representação de Deus para os docentes

Em qualquer cultura, a religião é uma referência de promover significados gerais para que os sujeitos, individualmente, possam interpretar sua experiência e organizar sua conduta. Esses significados são armazenados, através dos símbolos sagrados que passam a expressar, para aqueles que lhes são devotos, a forma como enxergam e encaram o mundo e como devem se comportar. Os símbolos dão, ao mesmo tempo, um sentido normativo e coercitivo para a organização da vida prática, em torno dos quais a vida deve ser necessariamente vivida. Pode-se, então, afirmar que a religião é uma espécie de ciência prática, como sinônimo de conhecimento que produz os valores pelos quais todos devem se guiar (AQUINO, 2009).

Na interrelação entre saúde mental e espiritualidade/religiosidade, é importante perceber o quanto a segunda oferece recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis na vida, para manter uma boa integridade na saúde (PARGAMENT *et al.*, 2001). Esses recursos vão surgir na medida em que o sujeito se abre e se deixa influenciar pelas inúmeras experiências que a vida lhe proporciona: encontro com outras pessoas, com o cosmo, com o transcendente e, principalmente, consigo mesmo. Toda experiência é singular e pode apresentar aspectos positivos e negativos. Segundo Pargament *et al.* (2001), a eficácia no enfrentamento a determinadas situações de estresses pode estar correlacionada com a integração de crenças, emoções, relacionamentos e valores, e como a pessoa corresponde a esses fatores estressores. Os resultados negativos do enfrentamento são aqueles que apontam para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, fortes sentimentos de raiva de Deus, dúvida ou confusão no seu sistema de crenças e uma sensação de culpa e de castigo divino, como consequência de suas atitudes.

Por outro lado, para que essa interrelação seja positiva e favoreça a saúde mental e intensifique a vivência espiritual do sujeito, vai depender do “sentido” e da forma como ele recebe e interpreta em seu contexto de vida essa experiência. Assim, a racionalização pode obstruir o curso da experiência afetiva espiritual, que pode estar associado a um “mecanismo de defesa” que levaria o sujeito a um comportamento de justificar e explicar de forma superficial a própria experiência (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Inúmeros estudos têm demonstrado a influência da espiritualidade na saúde física, mental e social. Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) despertou para o interesse em aprofundar as investigações nesta área, com a inclusão de um aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há no viver e do que se pode ser percebido ou plenamente compreendido, a considerar questões como significado e

sentido de vida e sem restringir qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Há na literatura crescentes evidências de que a espiritualidade implica fator de proteção, tanto em questão de ordem médica, quanto em problemas da área psicológica, bem como em situações relativas ao campo da educação (VOLCAN *et al*, 2003).

Indivíduos que sofrem qualquer tipo de dor, em especial a crônica, buscam quaisquer estratégias para amenizá-la e aprender a conviver com ela. O enfrentamento e a busca pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual atualmente estão em evidência devido às mudanças fisiológicas positivas relacionadas à religiosidade e à espiritualidade, independente da religião em si (RIZZARDI *et al*, 2010).

Em 1994, a *International Association for the Study of Pain* (IASP), definiu que o quadro algico é uma experiência única, particular e intransferível, uma experiência sensitiva e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais (IASP, 1994). É um fenômeno complexo, multidimensional de experiência única e individual, onde os indivíduos que sofrem qualquer tipo de dor, em especial a crônica buscam quaisquer estratégias para amenizá-la e aprender a conviver com ela (ROSAL, 2012).

Na concepção cristã a necessidade da dor foi atenuada pelo modelo Darwinista (e depois Freudiano) de natureza humana, impelida pela busca do prazer e pela forma de evitar a dor. Longe de ser um decreto divino, na teoria de Darwin a dor e o sofrimento simplesmente faziam parte do processo de evolução e dependiam apenas do ambiente e da fisiologia. Até mesmo o cristianismo foi influenciado pelas correntes da época. Num reflexo de tradição humanista que via o homem como essencialmente bom, o cristianismo vitoriano postulava um Deus mais benevolente do que o de épocas anteriores, um personagem paternal e amoroso (THERNSTROM, 2011).

Vivenciar o compromisso social e religioso requer uma atenção aos que sofrem, valorizar as experiências e os conhecimentos, como também perceber os valores morais de cada um deles. Para reconhecer isso, é preciso considerar todos os aspectos e experiências de vida dessas pessoas, sem reduzir ou limitar aos aspectos econômicos. A busca espiritual está relacionada com aquelas qualidades do espírito humano tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de harmonia que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros (CARNEIRO, 2009).

Aliado a este pensamento, Vaillant (2010) descreve a espiritualidade como o amálgama de emoções positivas, como amor, esperança, alegria, perdão, compaixão, fé, reverência e gratidão, que une o ser humano aos outros e à experiência com o divino. Afirma ainda que, em experimentos meticolosos documentam que, enquanto as emoções negativas

limitam atenção do indivíduo e o levam a emaranhar-se sem observar o contexto, as emoções positivas, sobretudo a alegria, tornam os padrões de pensamentos mais flexíveis, criativos, integrados e eficientes.

Vale ressaltar que esse itinerário religioso e espiritual não ocorre de forma linear. A busca por esse caminho se dá em muitas idas e voltas, não é traçado um modelo de santidade, parte-se do pressuposto de que se viver os aspectos religiosos e espirituais é valorizar as ações solidárias, o respeito à diversidade e às diferenças, e assegurar a justiça de todos. O sentido de vida só será alcançado se o egoísmo for expurgado e a busca por algo seja constante e incessante e que sobressaia a nós mesmos (FRANKL, 2007).

Para Boff (2011), cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. Assegura que é uma atitude fundamental de demonstrar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade e deve haver um envolvimento de afeto entre o cuidador e o ser que recebe. O outro modo de ser no mundo se cumpre pelo cuidado que não se contrapõe ao trabalho, mas atribui uma tonalidade diferente que permite a vivência de uma experiência fundamental do valor daquilo que tem importância. O ato do cuidar implica ter intimidade, acolhimento, respeito, proporcionar sossego e repouso. Para o autor, o grande desafio é combinar trabalho com cuidado, porque não pode ocorrer oposição entre eles, visto que se limitam mutuamente e, ao mesmo tempo se completam. O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizá-lo, por ser o mundo construído de laços afetivos, que tornam as pessoas e as situações preciosas.

Nos dias atuais, a necessidade do cuidar é reforçada como uma expressão da nossa humanidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização do ser humano. Apesar do cuidar atuar na saúde, não é garantia de cura ou eliminação da doença, porém sempre é necessário para o enfermo. Por este motivo, deve ser adotado como um processo interrelacional muito mais complexo e amplo entre o cuidador e o ser cuidado. Para se cuidar integralmente é preciso doar-se por inteiro, do contrário, a capacidade de compreender, responder e se relacionar torna-se limitada. O cuidado é mais profundo que o “assistir”, pois o último termo denota uma ação mais passiva de observar e acompanhar, podendo ser um ato técnico, desprovido de interação e emoção (OLIVEIRA; HEIMANN, 2004). A vivência do espírito altera as regras, muda as coordenadas e a percepção de si mesmo e das coisas. Uma comunidade é um cosmos, um doente é um fluxo interconectado com o profundo do ser (WONG-UN, 2006).

Constantemente as pessoas e as famílias são surpreendidas abruptamente por um diagnóstico de doença grave que as põe diante aos enigmas do viver e morrer. Só então,

através do sofrimento, descobrem a dimensão emocional e espiritual da saúde, ou o descompasso entre a evolução técnico-científica no campo da medicina e áreas afins (MORAIS, 2006). As experiências em saúde e os hábitos de vida, doença e rituais de cuidados indicam que essas noções e comportamentos são variadas e diferentes de acordo com os padrões culturais a que estão inseridos, portanto merecem uma consideração e reflexão a quem se dispuser ser um cuidador (OLIVEIRA; HEIMANN, 2004). A palavra saúde provém de *salus*, termo latim que significa saúde (estado são) e salvação. Este termo engloba alma, corpo, espírito e matéria. Uma aliança que existe entre saúde e religiosidade ao longo da história. A fé é o maior sentimento que se realiza, mediante buscas de curas e relação plena com Deus (BRANDÃO, 2000).

A saúde é percebida como um estado de equilíbrio ou harmonia entre o eu e o seu corpo, assim, o bem-estar do homem depende de sua harmonia com a natureza. A espiritualidade é considerada, por muitos, como questão de crença com influências determinantes nos processos corporais. Aceitar a ideia de que os seres humanos são seres espirituais é, também, admitir a saúde relacionada à espiritualidade (SOARES; LIMA, 2005). Desde a modernidade, as ciências da saúde tentam reconstruir o homem, somá-lo novamente ao todo a que sempre pertenceu, considerando-o um ser pluridimensional, permitindo a reintegração das partes, dispersas ao longo dos tempos (MORAIS, 2006). Por fim, cada ato de cuidado se transforma em criação, cada contato, conversa ou diálogo permite ir às profundezas da alegria, da construção compartilhada de conhecimentos, de emoções e de ternuras (WONG-UN, 2006). Essa forma de compreensão amplia o olhar sobre o cuidado e sobre o processo educativo em saúde, possibilitando o ressignificar dos espaços dos saberes no campo da atenção.

Assim sendo, saúde e salvação são termos co-originais que sugerem que as religiões procuram “salvar” o ser humano em sua totalidade biológica, psicológica e espiritual. Araújo (2008) enfatiza que, na história das religiões, o termo grego *therapeía* (terapia), na visão clássica dos antigos, indica antes de tudo “assistir”, “estar próximo”, “cuidar”, significado próximo do conceito religioso e cristão de *diakonia*, que significa “serviço”. As capelas estão inseridas no âmbito hospitalar e evidenciam a relação da religiosidade com a saúde e a grande influência dos seus representantes na assistência à saúde. A dimensão espiritual se traduz em uma das necessidades fundamentais do ser humano que é reencontrar a sua própria essência, uma explicação para sua existência e um sentido para a sua vida (BARRETO, RÖHR, 2014).

Os profissionais de saúde vivenciam constantemente momentos de crise, consigo mesmos e como também em relação às pessoas submetidas aos seus cuidados, que envolve um emaranhado de sentimentos e pensamentos, dos quais elementos subjetivos emergem. Em meio a tudo isso, esses profissionais precisam atender às demandas desses pacientes de forma que consigam alcançar os objetivos do tratamento pré-estabelecido. Segundo Araújo (2008), para que isso ocorra, é preciso que os cuidadores estejam abdicados de seus próprios processos interiores e, também, dos *insights*, muitas vezes inconscientes, que apontam uma saída ou uma estratégia para melhor assistirem aos pacientes. Seguramente, a maneira de alcançar essa sabedoria é mergulhar dentro de si mesmo, para atingir com plenitude, diante do dinamismo da vida, que revela algo a conhecer. Há sempre, ainda, o que não se revela totalmente, sem contar com os constantes processos de transformações conscientes e inconscientes.

Reforçando essa ideia, os sujeitos da nossa mostra, em sua maioria (60%), concordam que não apenas o paciente necessita de assistência espiritual, mas todos os fisioterapeutas, independentemente de religião, para que possam proporcionar um bem-estar e conforto em suas condutas e intervenções terapêuticas.

Em sua prática laboral o profissional de saúde cotidianamente é confrontado com a vulnerabilidade humana e a dinâmica subjetiva complexa e intensa que a acompanha. Porém o olhar adestrado, que lhes foi imposto pelo modelo biomédico em sua formação acadêmica, sua visão dualista que separa as dimensões materiais e subjetivas, impede-os que se envolvam com o drama e a individualidade humana. No entanto, para cuidar de um ser integralmente é preciso estar presente por inteiro e desenvolver em si a capacidade de perceber as dimensões racional, afetiva e intuitiva. Sem este envolvimento, a experiência de vulnerabilidade e dor dos pacientes torna-se opressiva e sofrida, obrigando-os a se protegerem com uma série de mecanismos de defesa, o que não se encontra apenas com propostas teóricas (REMEN, 1993).

Diante desse apontamento, de integralidade, é importante ressaltar que em nossa amostra a abordagem holística e de saúde total é considerada por 50% dos sujeitos. Apesar disso, apenas 40 % deles correlacionam a humanização da “medicina” (saúde), o que gera uma aparente incoerência, já que esses conceitos estão implicados.

### 1.3. Integralidade no cuidado da saúde

A busca pelo sentido da vida é uma atitude natural e uma característica distintiva do ser humano. Somente ele é capaz de questionar e problematizar sua existência. É no sentido de conceder ao homem a sua dimensão de liberdade, propósito e transcendência. Há em cada pessoa um propósito essencial de vida, que é a procura desse significado, que vai além daquilo que é material ou de um simples prazer passageiro, mas é, na verdade, a decisão por um propósito que transcende a matéria e adentra o mais íntimo do ser, dando-lhe uma razão que o dignifique como ser humano (PONTES, 2012).

Partindo do pressuposto da queda das instituições, entre elas, as religiões, como um dos fatores que contribuem para o sentimento de vazio, percebe-se que, nesse contexto, a espiritualidade encontra seu lugar como resposta aos anseios mais profundos do ser humano. Ao mesmo tempo, não se pode reduzir essa busca a uma mera satisfação de consumo social que não preencheria o vazio constituinte do ser humano. Este sentimento de “vazio existencial” crescente coloca o sujeito numa posição de desamparo, na sintomatologia de Frankl (2012) que é chamado de tríade da neurose de massa: a depressão, a agressão e a toxicodependência. Essa tríade estaria ligada ao sentimento de falta de sentido da vida. Para este autor, todos os seres humanos, além das suas necessidades comuns, sentem o desejo de sentido, em maior ou menor grau, como uma necessidade específica como “valor de sobrevivência”.

As perguntas existenciais, a busca de sentido para a vida, para o amor, para tudo que move o ser no mais íntimo, são questões invisíveis ao modelo pragmático hegemônico das ciências da saúde moderna, assim como a dimensão espiritual muitas vezes tem sido ofuscada, minimizada a uma questão de crença dogmática ligada à religiosidade institucionalizada. Assim, todas as práticas que seguem filiadas a este projeto são impossíveis de alimentar a verdade como necessidade humana, pois negam com pretexto de não conseguirem afirmá-la (BARRETO; RÖHR, 2014).

Essa busca pelo sentido seria o que caracteriza o ser humano como um ser espiritual. O termo espiritual mencionado aqui não está relacionado a algo da sacralidade ou ligado à religiosidade, mas com aquilo que dá ao homem a capacidade de unicidade, de integridade e de busca de sentido. Além do biológico, do psíquico e do sociológico, há no humano uma dimensão espiritual: o espiritual refere-se ao *noos* ou *logos* (*nous*) e pode ser chamado de noético. O noético ou espiritual só pode ser encontrado numa dimensão superior e

especificamente humana que representa sua existencialidade e sua personalidade (FRANKL, 2012).

Tradicionalmente, o ser humano vem sendo concebido como ser essencialmente racional. A partir de novas incursões científicas e formulações teóricas, essa concepção sofreu alterações significativas (SOUZA, GOMES, 2012). Corroborando com este pensamento, Frankl (2007) compreende o homem como um ser dotado de corpo, mente e espírito, havendo uma totalidade. A essa totalidade, ao ser humano total, pertence o espiritual, e lhe pertence como sua característica mais específica. Na percepção do referido autor, o homem contemporâneo poderá desconhecer seus princípios e corre um risco de desconhecer sua própria imagem, pois se encontra ante uma multiplicidade de opções que podem desnortear uma vida, levando-o a uma falta de busca e a ausência de luta por um objetivo.

O que dará sustentação para a vida do ser humano e suas incertezas é uma inquietação com relação à vida que frequentemente gera a pergunta pelo sentido de sua existência. Frankl (2007) explica que não é o ser humano quem faz a pergunta sobre o sentido da vida, mas, ao contrário, o próprio ser humano é o interrogado, é ele que deve dar respostas às eventuais perguntas que sua vida lhe possa colocar. Elas são dadas pela responsabilidade assumida diante da nossa existência, em cada situação. Na verdade, a existência somente poderá ser nossa se for responsável. De fato, comprovamos na análise de dados que 70% dos docentes questionados relacionaram o conceito de espiritualidade com a busca de sentido e significado para a vida humana.

Sabe-se que a pessoa também é constituída pela materialidade da relação interpessoal, pela intensidade da relação com o outro, por ser essa relação integrante de sua própria realidade. Compreende-se que o ser humano é uma unidade antropológica, embora sejam consideradas as diferentes dimensões ontológicas, que pode melhor promover relações interpessoais, a humanização da ciência em geral e contribuir intelectualmente para fundamentar trabalhos e projetos nas diversas áreas do saber e da formação humana, especialmente nas ciências da saúde (FRANKL, 2012; SOUZA, GOMES, 2012).

Diante da perspectiva ontológica-dimensional de Frankl (2012), somente a dimensão espiritual deixa transparecer aquilo que constitui a realidade específica do homem. E apenas sob a luz dessa perspectiva pode-se conciliar a unidade antropológica e a multiplicidade ontológica que o configuram. Certamente, a dimensão superior, considerada a mais abrangente (o espiritual), preserva a unidade sem descuidar das diferenças, mantendo sua integralidade (SOUZA, GOMES, 2012). Nesse sentido:

Na construção da integralidade no cuidado à saúde é preciso oferecer, em cada caso, a abordagem que melhor atenda às necessidades do sujeito. Nesse sentido, o cuidado na perspectiva da integralidade pressupõe o reconhecimento das amplas e complexas demandas e necessidades relacionadas à saúde da pessoa. No trabalho em saúde, as relações que se processam têm ênfase nas tecnologias leves, valorizando a subjetividade das pessoas em momentos de diálogos, auscultas e interpretações; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização dos problemas a serem enfrentados; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (SILVA; SENA, 2008).

Portanto, ao considerar que a integralidade está inserida no cotidiano do trabalho, por meio das interações que são estabelecidas, é preciso analisar que a fisioterapia enfrenta, no conjunto das práticas em saúde, o desafio de formar e capacitar profissionais para uma nova forma de produzir serviços de saúde como finalidade na integralidade do cuidado (SILVA, SENA, 2008). Nesse contexto, a educação deve procurar não só transmitir conhecimento, mas também aguçar a consciência, para que a pessoa receba uma percepção suficientemente apurada, que capte a exigência inerente a cada situação individual (FRANKL, 2007).

Perguntamos sobre o que Dynamis entendia sobre saúde integral, para verificarmos se a sua formação contemplou esse entendimento. Em sua resposta diz:

“eu entendo que saúde integral é a saúde do ser espiritual como um todo. Não adianta eu ser saudável fisicamente se a minha mente é doente, ela é viciada, ela é torturada, ela é... possui transtornos, né?! [...] então saúde integral é a saúde principalmente do ser espiritual, é a saúde dos sentimentos, é a saúde dos pensamentos e a saúde física, que eu coloco assim uma associado, mas saúde integral para mim é o homem integral, é aquele que consegue plenamente ter consciências das suas atitudes, de agir a cada dia pra melhorar o ambiente onde está e melhorar a si mesmo, e aos poucos ir se transformando num ser espiritual melhor”.

Encontramos aqui uma concepção dogmática quando se refere ao ser humano como espírito, ou seja, desconsidera o cuidado com as outras dimensões. É importante considerar que saúde integral, numa abordagem fisioterapêutica, não pode prescindir do corpo e suas manifestações de doença. Com isto, Dynamis demonstra não ter formação na prática integrativa em saúde, mostra uma confusão de seus conceitos a respeito de saúde integral. Não consegue compreender a espiritualidade como relação à prática do fisioterapeuta. Porém, isso é fruto de sua formação profissional, espelhada no modelo biomédico.

Do que fora até então exposto, é razoável admitir a seguinte ilação: a integralidade no cuidado da saúde deve se colocar como princípio norteador das formações e práticas

terapêuticas. Acolher o paradigma da integralidade implica aceitar o traço distintivo da multidimensionalidade do fenômeno humano, em que a dimensão espiritual necessariamente se faz presente enquanto *locus* privilegiado de construção de sentido.

A procura pelo sentido que aponte a direção e o fundamento ao existir, geralmente, mostra-se de forma mais intensa no que se entende por situações-limite, dentro das quais destacamos aquelas pertinentes ao processo de adoecimento, por meio das mais variadas enfermidades, e sua correspondente luta pela cura ou, ao menos, pela melhor compreensão da nova e desafiadora realidade que requisita o máximo de sua humanidade.

Embora não seja o único sujeito envolvido no processo referido, o profissional de saúde, e entre eles se insere o fisioterapeuta, desempenha papel indelegável e ímpar no auxílio ao paciente diante da experiência fenomenológica intransferível e oportunidade existencial invulgar de conferir sentido ao que está vivendo. Além da competência técnica, que é imprescindível, a habilidade relacional e interpessoal é igualmente exigida numa intervenção terapêutica e numa prática formativa que considerem seriamente a dimensão espiritual.

Como suporte para essa intervenção, a proposta de Frankl se destaca ao modo de valiosa ferramenta didática e pedagógica, posto que vê e enaltece o sujeito na sua integralidade ontológica, em sua inteireza enquanto pessoa, conferindo-lhe singular responsabilidade na construção do sentido de sua vida e inadiável compromisso com a espiritualidade que o torna propriamente humano.

Os profissionais de saúde e os docentes desta área travam constantemente uma batalha na busca por superar a dualidade entre racionalidade objetiva e a intuição. Nesse sentido, a integração que se busca não é um simples retorno a formas antigas de organização do pensamento e fazer humano, mas uma nova forma de articulação entre essas dimensões que incorpore o avanço da racionalidade conquistado pela modernidade. Uma integração onde a emoção e a intuição caibam dentro do movimento de busca objetiva de desvendamento e transformação da realidade, que, agora, admite como importantes dimensões não apreensíveis diretamente pela racionalidade lógica e pelos sentidos. O grande desafio é encontrar o caminho dessa integração que não obscureça a busca da verdade nas diversas situações particulares e individuais (VASCONCELOS, 2011).

Quando questionada sobre se era imprescindível no atendimento fisioterapêutico atuar com a espiritualidade associada, Dynamis respondeu:

“[...] Então quando eu faço um exercício com o paciente, quando eu aplico uma técnica, se eu não tô com bons sentimentos, com a comparação nesse sentido, de

aplicar aquilo de forma verdadeira, de desejar o bem verdadeiramente, não que eu vou estar o tempo todo é..., com as mãos postas olhando pro céu para aplicar a técnica, isso não é verdade. Eu preciso do conhecimento científico pra poder me embasar no que eu estou fazendo, mas muito da inspiração. a gente não vive sem a interferência divina, quando ela é buscada sinceramente pelo ser. [...] Então aquele ser, aquele médico, aquele fisioterapeuta que age buscando o melhor, esse sentimento de buscar o melhor já é um primeiro passo para ele obter a inspiração do que fazer. Às vezes você insiste em uma técnica que ela não tem repercussão e vem aquela sugestão, aquela intuição de você utilizar outra coisa e aí o paciente tem a melhora”.

Foi verificada aqui a presença do conflito entre razão e intuição diante do atendimento fisioterapêutico, vez que há dúvida sobre o que deve prevalecer: se a técnica profissional ou a abordagem espiritual. Não há uma opção clara sobre o que deve sobressair, pois a busca incessante por alcançar o seu objetivo, no caso a melhora do paciente, nem sempre será encontrada apenas por meios das técnicas inerentes à profissão, como também não só por meio de uma abordagem espiritual, mas sim a relação entre as duas. Sabe-se, inclusive, que o “insucesso” do tratamento faz parte da experiência profissional.

A imersão em uma estrutura social de captura e padronização do sofrimento e do modo de cuidado humano revelou um empobrecimento na diversidade de práticas de cura e amparo humano. A promessa de cura dos males e aumento da longevidade sinalizam a estagnação e a incapacidade diante da limitação em reverter os principais problemas mundiais de saúde na atualidade. Não se tem a pretensão de negar o valor da racionalidade biomédica no cuidado em casos graves diante das enfermidades, com todo o suporte tecnológico produzido nos últimos tempos. Contudo, acredita-se que no âmbito da Atenção Primária à Saúde, as práticas integrativas em saúde podem auxiliar significativamente na melhora desta realidade (BARRETO, 2014).

Para Barreto (2014), é preciso alimentar formas que contribuam para a complexidade, mas de forma sustentável e menos destrutiva, em que possamos, na intimidade das relações de cuidado, tecer nossa própria biografia de forma amorosa, segura e com profundo respeito, de forma imanente e transcendente, ampliando vínculos solidários e cooperativos que cultivem a chama do desenvolvimento humano. Na escolha científica urge a necessidade de compartilhar e comunicar com outros grupos que abrem os olhos para dimensões não-convencionais do cuidado humano, caminhos de maior integração e sentido para o fenômeno do sofrimento e do amparo, da vida e da morte, da beleza, do prazer.

É crescente a necessidade de acolhimento e de relações autênticas com vínculos profundos e seguros implodem os matizes do individualismo e das relações utilitárias. A sede

por uma vida mais respeitosa consigo mesmo e com os outros eclode de maneira paradoxal na irreverência da ordem cultural em imanência com o inexplicável do humano, este ímpeto pode ser nomeado de tantas formas tal qual a criatividade humana ao longo da história e dos diversos modos de organização (BARRETO, 2014). Pode-se acessar o transcendente no cotidiano também por simples gestos ou ações como, por exemplo sonhar com dias melhores, seja pela crença de relacionamentos amorosos, seja pela cura de uma enfermidade ou pela superação de um sofrimento pessoal ou familiar, seja, ainda, por um projeto de sociedade mais justa.

Pode-se entender que, no campo da saúde, a ausência ou negação da espiritualidade contribui na manutenção e desenvolvimento destas expressões limitantes do cuidado humano: a falta de implicação e diálogo para a construção de projetos terapêuticos; relações de equipes improdutivas carentes de segurança e liberdade; limitações nas práticas compartilhadas de cuidado entre gestores, profissionais da assistência e usuários; e, ainda, o empobrecimento de estratégias terapêuticas. A convicção do olhar ampliado e profundo para a experiência da vida, do sofrimento e da vitalidade humana como modo de caminhar rumo à modelos mais sustentáveis e sábios do cuidado humano. Neste aspecto, reencontrar com nossa dimensão espiritual é um passo indicado e importante para que nossas necessidades humanas não sejam negadas, negligenciadas ou simplesmente esquecidas (BARRETO; RÖHR, 2014).

A maioria das pessoas procura atendimento de saúde por não se sentir bem com aqueles sinais e/ou sintomas que estão apresentando há muito ou pouco tempo. O mal-estar, a sensação de desconforto e a dor mobilizam o indivíduo a fazer algo para recuperar a harmonia, o bem-estar, o ficar curado, cura esta que, tanto para profissional quanto para o ser humano, seria não apresentar mais aqueles sinais ou sintomas de ordem física, mental ou emocional; isto significa, simplesmente, voltar ao estado anterior à doença: ficar assintomático. De uma maneira geral, a saúde é encarada como se fosse um estado de não-doença, de não mal-estar ou dor, quando o indivíduo pode continuar a levar a sua vida sem grandes alterações ou questionamentos. É muito mais fácil tomar um medicamento para aliviar uma dor do que compreender a mensagem que o organismo está sinalizando (BATISTA, 2014).

Pelo fato de o ser humano estar centrado como indivíduo em uma pessoa determinada (como centro espiritual existencial), e somente por isso, o ser humano é também um ser integrado: somente a pessoa espiritual estabelece a unidade e totalidade do ente humano. Ela forma essa totalidade como sendo biopsicoespiritual. Portanto, não se justifica, como frequentemente ocorre, falar do ser humano como uma “totalidade corpo-mente”; corpo e

mente podem constituir uma unidade, por exemplo, a “unidade” psicofísica, porém essa unidade jamais seria capaz de representar a totalidade humana. A isso, ao ser humano integral, pertence o espiritual, e lhe pertence como sua característica mais específica. Enquanto somente se falar de corpo e mente, é evidente que não se pode estar falando de integralidade (FRANKL, 2007).

O paciente precisa ser abordado na sua inteireza, considerar os aspectos subjetivos que envolvem uma patologia, avaliar aspectos subliminares aos apresentados no corpo físico, mas para isso é importante que haja um desenvolvimento pessoal que, antes de ser valorizado na formação profissional de saúde, é bloqueado pela intensa exigência da dimensão cognitiva e pela postura técnica “profissional” impessoal (REMEN, 1993).

A conexão com a espiritualidade do profissional de saúde o conduz a um olhar diferenciado do paciente que através de seu sofrimento deixa de ser um corpo-máquina e passa a ser uma vida humana que se manifesta de forma fragilizada e desarranjada e passa a ser percebida como sagrada e tratada com veneração e respeito. Pela fé na transcendência presente na vida, sabe-se que dessa situação de precariedade e de dor pode emergir beleza e criatividade. A humanização no atendimento é revelado e a integração entre ciência e espiritualidade tem potencial como estratégia de abordagem e enfrentamento dos problemas de saúde não só para os indivíduos, mas também para a coletividade (VASCONCELOS, 2011).

Freire (1979) afirma que quando a técnica e os saberes desenvolvidos pelas tradições de espiritualidade superarem a turbulência dos pensamentos e dos sentimentos conscientes e o apego da mente a interesses secundários, experimenta-se a fascinante e tremenda dinâmica interior, que descobre uma realidade numinosa capaz de redefinir o significado da vida. Através da espiritualidade sabe-se que o poder do fazer, criar, transformar, é um poder inerente aos homens, mesmo que, em situação concreta de alienação, este poder se apresente prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como desafio ao qual tem de responder.

Para que essa concepção integral seja efetivamente adotada, a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento que mais se ocupa diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica, a prática cotidiana e o pensar da população (VASCONCELOS, 2009). Nesse contexto, a integralidade se constrói na *práxis* do conjunto dos profissionais de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais em sua abordagem diária.

Sendo assim, a construção da integralidade do cuidado, a relação dialética entre os enfoques individuais e coletivos, apresenta-se como perspectiva no reconhecimento das

necessidades e subjetividades individuais e coletivas. Construir a integralidade do cuidado da saúde significa incluir a dimensão espiritual. Isso somente é possível concebendo a educação como formação humana, como processo de humanização.

## **2. PERSPECTIVAS CULTURAIS DO CORPO, DA SAÚDE E DA DOENÇA**

### **2.1. Corpo: concepções e expressões culturais**

O corpo não é apenas um vínculo social no espaço, ele representa a conexão entre a individualidade e a coletividade, onde está impregnado de aspectos simbólicos e culturais. Desse modo, o corpo é uma figura de exposição externa que possui uma ligação com a sociedade a partir de uma performance espacial e temporal que serve de suporte ao indivíduo. Nele, a vida é cotidianamente inscrita e expressada, pois é refletida a maneira como o ser humano percebe e interage com o mundo, sua forma de pensar, agir e sentir. Portanto, seu enfrentamento e relação com ele mesmo e com o outro dependem da construção social, que é resultado de um processo histórico e dialético (BERGER, 1985; CHEBADI, 1999; BENDASSOLLI, 2001).

A construção social e cultural do corpo toca a corporeidade não só na relação com o mundo, mas também na determinação da sua natureza. O corpo inexistente unicamente em estado biológico, sempre está compreendido na organização social de sentidos, mesmo em suas manifestações aparentes de indignação quando há, provisoriamente, uma ruptura na relação física com o mundo do sujeito (enfermidade, dor, comportamento incomum, entre outros). Ele se confunde, ainda que provisoriamente, na rede simbólica social que o define e prescreve o conjunto das denominações usuais nas diferentes situações da vida (LE BRETON, 2007).

Cada sociedade elabora um saber singular e particular sobre o corpo: os elementos que o constituem, suas correlações e maneiras de atuar socialmente que lhe conferem um sentido de valor. Muitas vezes, as concepções de corpo estão entrelaçadas com àquelas que caracterizam a pessoa enquanto ator social. Em outros momentos, o corpo humano é apresentado como possuidor da mesma matéria-prima que compõe o cosmo e a natureza (LE BRETON, 2007).

Por outro lado, o corpo que se apresenta por dentro da modernidade faz parte de outra ordem. Reforça o isolamento do sujeito em relação aos outros, numa ordenação social individualista. Há uma quebra e inpediência em relação ao cosmo, em que o material que gera o corpo não encontra necessariamente correspondente na natureza. Na visão de Le

Breton (2007), ter um corpo é mais do que ser, é existir enquanto sujeito diferenciado dos demais, o fator de individuação em coletividades, onde a divisão social é admitida.

Contemporaneamente, o corpo é concebido de forma interligada ao avanço do individualismo social, reforçado pela preponderância de uma racionalidade pragmática, utilitarista e laica sobre a natureza. Ao lado disso, há um abandono das práticas tradicionais populares em saúde, apesar de presentes nas sociedades contemporâneas. Entretanto, não há uma unanimidade no conceito e na concepção de corpo. Isso contribui para a continuidade de abordagens difusas a influenciar os indivíduos, a formentar as medicinas tradicionais como, por exemplo, tratamento através da física quântica, hipinose, acupuntura, osteopatia, homeopatia, entre outros (LE BRETON, 2007).

O dualismo contemporâneo, nas sociedades ocidentais<sup>8</sup>, coloca o homem antagonicamente ao seu corpo. Por dentro dessa visão, o corpo é o lugar de sua diferença, da sua distinção e ao mesmo tempo, paradoxalmente, está dissociado dele sobre sua caracterização que se manifesta em inúmeros ritualismos dispensados ao longo da vida cotidiana que impede o contato físico com o outro, contrariamente a outras sociedades nas quais tocar o outro é uma das estruturas elementares da sociabilidade. Um bom exemplo disso é a representação social que os deficientes físicos produzem, como também a marginalização de pessoas consideradas loucas e o estigma negativo em relação aos idosos. Isso permite situar os limites da “liberação do corpo”, onde se considera um “corpo liberado” aquele que é jovem, belo, sadio e fisicamente impecável. Consequência da formulação tipicamente dualista, dissociada do fato de que a condição humana é corporal, de que o homem é indiscernível do corpo que lhe reveste e fornece sensibilidade de seu ser no mundo (LE BRETON, 2007; 2013a).

Para Le Breton (2013a), a distinção do corpo e da presença humana é fruto de uma herança histórica que evidencia a separação da concepção de pessoa do componente social e natural. A polissemia em torno da noção de corpo é uma consequência da ambiguidade que cerca a encarnação do homem. A concepção anatomofisiologista, baseada no saber biomédico, é a mais admitida nas sociedades ocidentais.

A concepção um tanto quanto desencantada da anatomofisiologia, e os avanços recentes da medicina e da biotecnologia, além de favorecerem a denegação da morte, não tornam essa representação do corpo nem um pouco atraente. Inúmeros

---

<sup>8</sup> Não estamos aqui preocupados com a interminável discussão sobre o que caracteriza e diferencia “ocidente” e “orientes”. O intuito é apenas mostrar a herança que a sociedade ocidental teve do modelo biomédico e cartesiano.

atores entregam-se a uma busca incansável de modelos destinados a atribuir aos seus corpos uma espécie de suplemento da alma (LE BRETON, 2013a, pp. 20-21).

Segundo Le Breton (2013a), em sociedades tradicionais, o princípio da fisiologia humana está contido na cosmologia. Nessa perspectiva, o corpo humano é um fator de inclusão, ou seja, ele que define o indivíduo e que faz a distinção do outro e do mundo, ele é o vínculo do homem a todas as energias visíveis e invisíveis que transpassam o mundo. Diferentemente das imagens criadas pelos modelos anatômico e mecanicista. O ser humano encarnado, com seu referencial simbólico, tem o poder de ação no mundo em que está inserido e sempre está propício a ser influenciado por ele.

Numa abordagem complementar, Csordas (2008) questiona que ao nível de percepção não é legítimo distinguir mente e corpo. Na percepção, contudo, torna-se então relevante (e possível) perguntar como os nossos corpos podem se tornar “objetificados” por processos de reflexão. Ainda segundo esse autor, este contraste é tão básico que nos leva a uma reflexão em quanto a antropologia psicológica pode diferenciar o corpo como “um elemento entre outros num universo objetivo”, ou como “uma configuração em relação ao mundo”.

Quando se considera o corpo pelas experiências vivenciadas, não como objeto, mas como sujeito, a distinção de mente-corpo ainda é incerta. Neste aspecto, a antropologia psicológica tende a atuar no espectro da dualidade mente-corpo, fundamentada em termos da relação entre domínio mental subjetivo da realidade cultural e do domínio físico, presente na biologia (LE BRETON, 2013a).

O outro lado dessa reflexão aparece vinculado a uma visão de mundo que se convencionou chamar mecanicista, tributada geralmente, pelo viés filosófico, à Descartes, através do seu método tido por reducionista e analítico. Ele acreditava que o homem era representado por uma dualidade entre corpo e mente, ou seja, o corpo é a máquina criada de uma forma racional e funcional. Acreditava-se, e ainda hoje muitos adotam essa premissa, que a natureza tornava-se inteligível ao ser fragmentada e colocada sob o domínio da razão instrumentalizada e que apenas era válido o conhecimento sobre o qual não pairavam dúvidas. Afirmava-se que através da matemática era possível assegurar essa certeza científica. Às suas ideias atribui-se a grande dicotomia existente até hoje entre matéria e espírito (LE BRETON, 2013a).

Segundo essa perspectiva,

a medicina clássica também faz parte do corpo um *alter ego* do homem. Ela aparta de suas preocupações o homem doente, sua história pessoal, sua relação com o inconsciente, para considerar apenas os processos orgânicos que se processam nele. A medicina permanece fiel à herança vesaliana: ela se interessa pelo corpo, pela doença, não pelo doente. Essa é a fonte dos numerosos debates éticos contemporâneos relacionados ao surgimento da importância da medicina no campo social e à particularidade de sua concepção do homem. A medicina repousa sobre uma antropologia residual, ela apostou no corpo, estimando possível cuidar da doença (percebida como estrangeira) e não de um doente enquanto tal. A fragmentação do homem, que presidia discretamente a prática médica há séculos, torna-se hoje um dado social que perturba as sensibilidades. Porque a medicina apostou no corpo, ela o separa do homem para tratá-lo, isto é, porque trata menos de um doente do que de uma doença, ela se confronta hoje, a partir dos debates públicos que suscita, com o retorno brutal do seu reprimido: o homem (LE BRETON, 2013a.p,12).

As ciências da saúde ainda encaram o corpo como uma máquina humana, não considera o ser humano em sua particularidade e singularidade. Como contraponto, algumas especialidades inerentes a essa área buscam ultrapassar o dualismo e consideram o ser humano indissolúvel. Porém, a intervenção ainda é direcionada na doença externa apresentada pelo corpo, sem uma análise minuciosa e sem tocar no corpo do doente. É com o distanciamento do corpo que mede o estado respectivo dessas diferentes visões sobre o sujeito enfermo. Por outro lado, simultaneamente, o corpo serve como paradigma de uma medicina obsecada pelos processos orgânicos, de modo que suas descobertas são consideradas eventos notáveis, e suscitam uma rivalidade excepcional entre os laboratórios de pesquisa ou serviços hospitalares que visam o ineditismo (LE BRETON, 2013a).

Reafirmando o que foi dito anteriormente, o corpo é uma realidade dinâmica que varia de uma sociedade para outra e não se resume a um grupo de órgãos regidos pelas leis da anatomia e fisiologia. Revela uma estrutura simbólica que une as mais variadas formas culturais, onde o conhecimento biomédico é apenas uma das suas representações. Apesar disso, está em marcha um movimento epistemológico e ontológico que conduz à concepção integral do ser (LE BRETON, 2007).

Em nossas sociedades, nenhuma das representações do corpo é unânime, nem mesmo o modelo anatomofisiológico. Diante desse quadro heterogêneo, a tarefa da antropologia ou da sociologia é compreender a corporeidade enquanto estrutura simbólica e, assim, destacar as representações, os imaginários, os desempenhos, os limites que aparecem como infinitamente variáveis conforme as sociedades. É isso que é preciso agora interrogar: o vínculo social entre indivíduo e corpo, a fim de liberar as suas fontes de representação moderna (LE BRETON, 2013a). Nessa direção, o autor afirma:

A individuação do homem vai de par com a dessacralização da natureza. Neste mundo de divisão. O corpo se torna fronteira entre um homem e outro. Perdendo seu enraizamento na comunidade dos homens, afastando-se do cosmo, o homem de camadas eruditas do Renascimento considera o fato de sua encarnação sob um ângulo contingente. Ele se descobre entulhado de um corpo. Forma ontologicamente vazia, senão depreciada, acidental, um obstáculo ao conhecimento do mundo circundante. Porque, conforme veremos, o corpo é um resto. Ele não é mais o sinal da presença humana, indiscernível do homem: ele é sua forma acessória. A definição moderna do corpo implica que o homem esteja separado do cosmo, separado dos outros, separado de si mesmo. O corpo é o resíduo desses três retiros (LE BRETON, 2013a, pp 70-71).

Concebido como um “projeto inscrito no mundo”, percebe-se que seus movimentos traduzem conhecimentos e sentidos práticos. Atuações, interações, intenções e percepções combinam-se com clareza nas relações cotidianas, sem diminuir a importância da educabilidade que as fundamentam e da familiaridade que as conduzem. Gestualidade, posturas, deslocamentos, etc., estão enraizados nas afetividades, nos sentimentos e nas emoções. De igual maneira, silenciar num diálogo ou enunciar uma palavra numa conversação nunca expressa atitudes isentas de significação. Pelo contrário, esboçam um posicionamento moral em relação ao mundo e aos viventes, conferindo corpo ao discurso (LE BRETON, 2009).

O corpo não se coloca, então, de maneira passiva, como se fora submetido ao jugo da vontade ou como obstáculo à comunicação. Por seus próprios mecanismos, mostra-se tal qual uma inteligência que interage e interfere na ambiência que o circunda, diferente dos animais que são instintivos. Essa inteligência demarca o corpo na rede de intenções do sujeito, orientando seu percurso. Por esse raciocínio, as expressões da dor não permitem apenas enquadramento como reflexos psicológicos ou fisiológicos, porquanto são igualmente ritos cerimoniais regulados, palavras e fórmulas de uma linguagem sistematizada (LE BRETON, 2009).

A dissociação do corpo também foi registrada por Csordas (2008), que afirma a sua concepção como objeto, quando o homem é visto como um composto formado de matéria e fluido vital, que enaltece a relação com o divino, porém trata o corpo como instrumento. O que é interessante em tais situações, e que, portanto, pode ser normatizado como sagrado, é a evocação do ritual de disposições pré-orquestradas que constituem seu sentido. O local do sagrado é o corpo, pois o corpo é a base existencial da cultura.

As especialidades da área de saúde não se anulam entre si, cada uma delas tem interpretação única e própria do corpo ou da doença. As inúmeras interpretações culturais possíveis e plausíveis do corpo fundamentam uma série das numerosas práticas clínicas complementares que procuram aliviar o sofrimento humano, presentes nas abordagens fisioterapêuticas, de radiestesia, homeopatia, entre outros (LE BRETON, 2013a).

A impossibilidade ou a incapacidade do terapeuta em fazer o corpo revelar, aferir, quantificar objetivamente a realidade da dor de um paciente, na epistemologia clínica, é uma das consequências frustradas de uma intervenção em saúde que quer estabelecer soberania sobre um corpo que é olhado excessivamente de perto. A dor aprisiona o sujeito e revela um homem doente, além de lembrar que as modalidades físicas em relação ao homem com o mundo ganham forma no interior do vínculo social, isto é, no cerne da dimensão simbólica (LE BRETON, 2013a).

## 2.2. Relação saúde-doença: rupturas e continuidades

A saúde era considerada, nos primórdios da civilização, como uma benção dos deuses. As explicações das enfermidades eram voltadas para o sobrenatural. O vínculo entre a doença, a cura e os fenômenos sobrenaturais data do período das antigas civilizações, quando curador, médico e sacerdote eram funções exercidas pela mesma pessoa. Nessas considerações históricas percebe-se que a prática da Medicina Oriental, mais particularmente a chinesa, apresentava uma concepção holística<sup>9</sup>. Baseado nisto, gerou-se o conceito de que saúde e doença não eram provocadas por espíritos protetores e maléficos, mas pelo equilíbrio e desequilíbrio das energias responsáveis pela vida e pelo universo (IBAÑEZ E MARSIGLIA, 2000).

Houve uma tentativa de ruptura dos conceitos mágico-religiosos a partir da civilização greco-romana e a criação de um saber específico. Hipócrates, considerado o pai da medicina, evidenciava uma compreensão da saúde relacionada com a consonância do homem consigo e com a natureza. O que influenciou a Medicina com uma visão mais global, baseada numa terapêutica das reações naturais de defesa do organismo (ROCHA, 2002).

Na Idade Média, houve uma forte limitação nos conteúdos estudados, principalmente naqueles relacionados à saúde e à filosofia, porquanto a educação e o ato de curar estavam sob pesado controle da Igreja. A concepção de doença era vista como punição pelo pecado, pregada e aceita pela população. O doente, na visão cristã, passou a ser um indivíduo digno de compaixão e auxílio, dentro dos princípios da caridade (ROCHA, 2002).

Até a Modernidade, por questões éticas e religiosas, o corpo humano não era pesquisado e a dissecação de cadáveres era considerada crime capital. Com a ruptura entre ciência e teologia, essa prática começou a ser mais explorada e o corpo vivo deu lugar a um objeto manipulável. Se, por um lado, os conhecimentos anatômicos e fisiológicos indicaram uma nova dimensão para o corpo humano, por outro, foi proporcionado um olhar puramente clínico para o paciente. (VIEIRA, 1998). Aos poucos, a cuidadosa observação do doente, como fizera Hipócrates, foi sendo aos poucos substituída pelo raciocínio dedutivo. (IBAÑEZ, MARSIGLIA, 2000).

Essa dinâmica de significados, representações e funções atribuídas ao corpo lança olhares renovados para a compreensão da relação saúde-doença. Ao analisar essa perspectiva, Foucault (2015) afirma que: o corpo humano é dividido por seções e partes que dão origem e

---

<sup>9</sup> A palavra holística está sendo utilizada com a denotação a partir de uma “visão global” do sujeito

abrigam as doença, cujas características são delineadas, especificadas, dimensionadas, quantificadas dentro de um limite anatômico que norteia a sua localização. O que dá ferramentas para denominá-la.

No século XIX a configuração da doença e a localização do mal no corpo foram superpostos, na prática médica, durante um breve período. Esta época indica a soberania do olhar, através da experiência é possível interpretar as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas. As disfunções fisiológicas articulam-se exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz através da anatomia. O olhar precisa apenas estar treinado e aguçado para identificar e diagnosticar onde ela está situada (FOUCALT, 2015).

Segundo Foucault (2015), antes de ser absorvida pelo corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies. A princípio, trata-se apenas de uma tabela que permite uma melhor aprendizagem e memória o domínio total e completo da doença. Mas na verdade essa metáfora espacial estabelece na medicina classificatória uma determinada configuração da doença, que nunca foi por si mesma formulada, mas de que se podem servir, posteriormente, como requisitos essenciais. Ainda relata que essa organização se movimenta para conflitos subliminares, a partir de um sistema de relações que evidenciam envoltórios e subordinações. Conforme o autor expõe:

O histórico reúne tudo o que de fato ou direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode-se dar o olhar. Uma causa que se vê, um sintoma que, pouco a pouco, se descobre, um princípio legível em sua raiz não são da ordem do saber filosófico, mas de um saber muito simples que deve preceder todos os outros e que situa a forma originária da experiência médica. [...] A doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento. [...] A ordem da doença é, por outro lado, apenas um decalque do mundo da vida. Nos dois casos, reinam as mesmas estruturas, as mesmas formas de repartição, a mesma ordenação. A racionalidade da vida é idêntica à racionalidade daquilo que a ameaça. Elas não estão, uma com relação a outra, como a natureza está para contra natureza; mas se ajustam e se superpõem em uma ordem natural que lhes é comum. Reconhece-se a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além disso, funda o conhecimento da doença (FOUCALT, 2015. p. 4-6 ).

A análise nosológica do paciente vem acompanhada de relatos perturbados e alterados, sua queixa é evidenciada e através de uma anamnese é possível coletar dados acerca da sua idade, seu modo de vida que colaboram para identificar uma série de acontecimentos, configurados como acidentes em relação ao núcleo que o paciente está inserido. Para se apropriar da verdade patológica, o profissional de saúde precisa abstrair o doente. Paradoxalmente, o paciente é, apenas, aquele que revela as alterações que sofre, a leitura

clínica deve colocá-lo em “suspense”. Pois, não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contra natureza, mas o doente com relação à própria doença (FOUCAULT, 2015).

Nas ciências da saúde os profissionais não são soberanos e não possuem pleno direito na identificação e abordagem terapêutica. Eles têm o papel de neutralizar e manter distância para que haja uma melhor identificação e manifestação da doença para que se concretize em um quadro imóvel, simultâneo, sem mistérios e seja identificado à ordem das essências. Isso causa estranheza e caracteriza o olhar técnico e especialista, onde esse profissional é conduzido por algo indefinido. Lança-se ao que há de visível na doença, mesmo que o doente oculte este visível. Conseqüentemente, para conhecer, é preciso recuar, progressivamente, visto que “só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar, em seus fenômenos, sua natureza” (FOUCAULT, 2015. p.9).

Portanto, é preciso um olhar habilitado para identificar a doença e perceber e localizar os seus sintomas. É preciso perceber as qualidades, as diferenças entre os casos e as variantes para uma determinação do fato patológico. O olhar tênue, detalhado e preciso do profissional de saúde torna-se, por necessidade, aguçado às suas modulações. O profissional e doente se aproximam e se ligam gradativamente, o primeiro por um olhar acurado que observa e dá suporte, e o segundo resvestido de qualidades únicas que neles são reveladas por meio da doença que o acomete (FOUCAULT, 2015).

Porém, no olhar abrangente e antropológico, todas as populações humanas, em todos os tempo e lugares, preocupam-se com o sofrimento, com o comprometimento da saúde e bem-estar, e com a morte, para sempre buscar superar, resolver e dar sentido. Em cada momento da história e em cada contexto sociocultural sempre procurou uma explicação, uma definição e um modo de restauração que alcançasse o ideal de cada contexto. O ser humano, enfim, sempre modulou sua imaginação e sua aceitação diante da enfermidade. Toda cultura produz conhecimentos sobre a vida e seres vivos, sobre sofrimento, enfermidade e morte, tanto quanto sobre bem-estar, felicidade e vida, além do conhecimento sobre o feio e o bonito, e o que dá sentido a vida e o que a torna digna ou não de ser vivida (CONCONE, 2004).

Essas noções estão sempre interligadas a um entendimento do ser humano em seu lugar no mundo social. Seus atributos ideais, as relações que devem entabular entre si, com a natureza, com o invisível e visível. É inegável que uma das maneiras mais abrangentes de lidar com o sofrimento físico ou moral é desenvolver um conhecimento e uma ação voltados para alívio. Da ótica dos estudos antropológicos então, em cada contexto e em diferentes

momentos históricos, variou o entendimento de sofrimento e de enfermidade, variou também o modo de entendê-los e a forma de lidar com eles (CONCONE, 2004).

Assim, por este prisma, se todas as realidades socioculturais produziram um saber sobre doença, pode-se afirmar que todas produziram um saber médico: um saber voltado para o conhecimento do sofrimento e os modos de enfrentamento dessas situações. Em resumo, um conhecimento capaz de diagnóstico e terapia; uma medicina que englobe prevenção e cura. Todas essas considerações parecem óbvias e esta perspectiva antropológica gera desconfiança, desconforto e recusa entre os estudiosos das áreas de saúde (CONCONE, 2004).

Corroborando com esse pensamento, Laplantine (2010) no início de sua obra “Antropologia da doença”, considera que existem excelentes estudos que são capazes de expressar os modos pelos quais um grupo social percebe a experiência da doença e responde a ela por meio de técnicas e rituais terapêuticos que julga adequados. Faltaria então, “uma teoria de conjunto”. Esse então foi o seu objetivo: lançar as bases de “uma antropologia da morbidade e da saúde”.

No rastro do pensamento desse autor, encontra-se referência ao momento histórico em que a doença se libera do pensamento especulativo, e passa a ser encarada como algo autônomo. Isso ocorreu em uma das correntes do pensamento hipocrático, em que a medicina ganha tratamento científico e sua atenção se volta para os sintomas corporais do doente. Posteriormente, essa ideia recebe um tratamento sistemático com o dualismo cartesiano que separa a alma do corpo. Nessa separação, a alma ficaria aos cuidados da metafísica, enquanto o corpo seria da alçada da física (LAPLANTINE, 2010).

Para este mesmo autor,

a crença em um progresso infinito levará o ser humano à saúde absoluta, com a eliminação gradual de todas as doenças presentes na cidade, por fim totalmente medicadas, fundamenta-se em uma esperança messiânica que promete simultaneamente mais e menos que as grandes religiões. Mais, porque ele afirma que a medicina contemporânea é tão religiosa quanto as religiões que se apresentam como tais. Ela não se contenta apenas em anunciar a salvação após a morte, mas afirma que esta pode ser realizada em vida. Menos, porque só as religiões estão suscetíveis de responder à questão da morte e, correlativamente, dar sentido absoluto à vida, enquanto a medicina só pode responder razoavelmente quanto à vida, e o sentido que ele lhe atribui consiste apenas em ‘reintroduzir uma aparência de eternidade no efêmero’. [...] Por fim, situado nesses dois extremos, o discurso religioso, mesmo mais depurado e mais “reformado”, não visa apenas à salvação da alma, fala de algo além do que atribuímos ao religioso no Ocidente contemporâneo: de saúde, ou seja, de medicina. E, com reciprocidade, o discurso médico que se apresenta como o mais “objetivo” e despojado de qualquer pressuposto religioso fala de um “estado de completo bem-estar físico, mental e

social”, ou seja, de juventude, beleza, força, serenidade, felicidade e paz, em suma, de promessas de salvação comuns a todas as religiões (LAPLANTINE, 2010. p.241-242).

Ao analisar e interpretar os argumentos trazidos pelo autor supracitado, é possível identificar, portanto, um duplo movimento: um que parece sugerir ruptura entre os conhecimentos construídos pelas ciências da saúde e os saberes ligados à experiência com o sagrado; outro que sugere continuidade entre esses saberes e aqueles conhecimentos, sobretudo no âmbito da relação saúde-doença. Os discursos se confundem na busca pela preservação da saúde e do bem estar.

### 2.3. A dor e a expectativa de cura

O propósito de Le Breton (2013b) em sua obra “Antropologia da dor” é analisar a relação do homem com sua dor e indagar sobre a trama social e cultural em que está mergulhada a influência em seus comportamentos e seus valores. Nessa análise, não desconsidera que, se o homem é influenciado pelo conjunto de sentidos sociais e culturais, também é o responsável por criar a rede de significações com as quais se defronta e a partir da qual elabora suas representações de sofrimento. Ainda nessa obra, demonstra como o olhar antropológico esclarece e complementa a prática médica, o que promove o surgimento da dimensão de valores e sentidos advindos da investigação do corpo e da doença e da compreensão da dor para além do biológico. Propõe, afinal, entender culturalmente como se expressa o homem em sua relação com a dor.

Inicialmente, constata-se que a dor é percebida de forma diferente e particular por cada indivíduo. A condição social e o estado emocional, por exemplo, exercem inegavelmente influência no limiar de sensibilidade. A atitude em relação à dor nunca é idêntica. Pode variar inclusive em relação à mesma pessoa, considerando-se a capacidade de resistência ou, ao contrário, fragilidades inesperadas atravessam incontáveis situações específicas. Enquanto fenômeno particular, a anatomia e a fisiologia são insuficientes para explicar as variações sociais, culturais e pessoais da dor. É preciso entender a dor por meio da significação que ela apresenta no momento em que se manifesta no indivíduo (LE BRETON, 2013b).

Dynamis relata em suas experiências que ao avaliar um paciente não vê só a dimensão orgânica:

“Já tive fato de pessoas que choravam de dor, por exemplo no joelho, e quando eu fui fazer o tratamento a dor não era no joelho, a dor era uma dor da alma que ela sentia, que ao desabafar essa dor na mesma hora diminuiu de 100 para 30 por cento, e eu tratei depois o que realmente ficou de físico, mas a gente não tem como dissociar o físico da pessoa do espiritual, nós somos um ser que estamos juntos, a matéria e o espírito. Então esse espírito imprime através de suas sensações, das suas emoções e de crenças de vida, e de percepções do ambiente, tudo aquilo que ela crê, então ela imprime aquilo o que ela é, então não tem como dissociar”.

De fato, essas percepções são encontráveis na prática fisioterapêutica e revelam uma faceta da dor fortemente vinculada à situação emocional, como forma de expressão humana por dentro da cultura, de seus valores e do seu posicionamento em relação ao mundo. Por outro lado, a experiência comprova a relevância de poder contar com pessoas próximas para o

alívio e tranqüilidade do paciente. Os profissionais dos serviços de cuidados paliativos sabem que uma palavra, um gesto, uma atenção diferenciada, um toque influencia em seu quadro algico, ainda que não sejam suficientes. A dor, portanto, tem um componente relacional e formativo (LE BRETON, 2013b).

Durante muito tempo, numa tradição que remonta a Aristóteles, a dor foi concebida como uma forma particular da emoção. Mais adiante, com o advento da filosofia mecanicista, inscreveu-se a dor como uma sensação produzida pela máquina corporal. O sentido subjetivo do sofrimento era assim ocultado. A dor era interpretada como um efeito mecânico e a biologia detinha o monopólio de explicar o “mecanismo” do influxo doloroso, de descrever com devida objetividade sua origem, sua trajetória e seu ponto de chegada. Essa explicação excessivamente mecânica retirava a possibilidade de se perceber a dor enquanto expressão cultural em toda sua complexidade de sua historia pessoal (LE BRETON, 2013b).

Dentre outros trabalhos contemporâneos, destacou-se a teoria das comportas de dor originada pelos pesquisadores Melzack e Wall. Essa teoria excomo a ativação de certos mecanismos podem diminuir ou suprir a percepção da dor por meios da estimulação de interneurônios inibitórios. Segundo Le Breton (2013b), não existe dor desvinculada ao sofrimento, sem significado afetivo que associa um fenômeno fisiológico no núcleo da consciência moral do indivíduo. Para este autor,

Uma definição sem dúvida insuficiente, e cujo aspecto muito nuançado foi contestado, a da *International Association for the Study of Pain* (IASP), estabelece a dor como “uma sensação desagradável e uma experiência emocional em resposta a um ataque real ou potencial, ou descrito nesses termos”. Uma informação dolorosa, *sensory pain*, implica uma percepção pessoal, *suffering pain*. Toda dor envolve uma dimensão moral, um questionamento da relação do indivíduo com o mundo. A lobotomia elimina o componente afetivo da dor, coloca a dor em representação. O individuo sente seu fantasma sensorial, mas já não sente dilaceramento (LE BRETON, 2013b, pp.15-16).

A dor sentida não está vinculada apenas a uma questão sensorial, mas a uma percepção que reúne relação do individuo com o mundo e a experiência acumulada por ele na sua vertente antropológica e cultural. Está relacionada com a capacidade de atribuir valores e significados. Não está relacionada apenas à uma questão fisiológica, como também pertence ao campo simbólico. Resumindo,

é uma manifestação ambígua de defesa do organismo. Privada da capacidade de senti-la, a existência humana torna-se terrivelmente vulnerável. A dor obriga à

aprendizagem lúcida e penosa dos perigos que ameaçam a integridade física. [...] Se é um estado desagradável, a dor é também uma defesa considerável contra os rigores inevitáveis do mundo. Entretanto, ela não se esgota na definição confortável de uma simples função de defesa. A dor é mais desconcertante e não se satisfaz com nenhuma fórmula simples.[...] Mas o homem não é uma máquina, nem a dor um mecanismo: entre a última, como instrumento virtual de proteção, e o primeiro, há a ambivalência e a complexidade da relação que une o homem ao mundo.(LE BRETON, 2013b. pp.16-18).

Ao considerar que não é uma sensação, mas uma percepção individual e intransferível, a visão que a reduz a um sentido defensivo é ingênua e insuficiente. Por não ser apenas uma mensagem sensorial excessiva, ao alcançar o ser humano pode fazê-lo perder sua identidade e sua integridade, levando-o à destruição. Embora a modernidade encare como um meio arcaico de sintomatologia e que deveria ser erradicada rapidamente, existem usos sociais da dor, com múltiplas finalidades. No meio religioso, por exemplo, ela pode ser ofertada como quitação de um débito contraído ou como punição dos atos cometidos em desarmonia com os preceitos religiosos para expurgar o mal que atua na condição humana. Tornando-se, assim, uma prova de amor, um sinal de devoção. Há ainda a necessidade inadiável de sofrer para existir e é um fato para muitos indivíduos, fora de qualquer visão religiosa no mundo (LE BRETON, 2013b).

Neste sentido, quando questionamos se a espiritualidade contribui na melhora do paciente, Dynamis responde:

“Os sofrimentos da lei divina para o amadurecimento do ser humano e de expurgo dos erros cometidos, no meu pensamento. [...] isso serve para o crescimento espiritual dele, não necessariamente para melhoria do físico, porque quem vai determinar a melhora real desse físico no sentido de boa saúde como é dito pra pessoa ser saudável na Terra com saúde é Deus. [...] é um processo de depuração da alma, principalmente dos sentimentos”.

Ora, se a melhora real é proporcionada por Deus, para que há uma intervenção fisioterapêutica? Para que aliviar a dor deste paciente se isso é uma forma de renovação e depuração de seus “pecados” ou “faltas cometidas” por ele mesmo? Na nossa visão, embora revestida de aparente espiritualidade é uma visão dogmática que não contempla a dor em toda a sua complexidade e subjetividade. Além disso, quando Dynamis afirma que a boa saúde está vinculada a Deus, ela exclui a contribuição da prática profissional como intervenção para cessar o sofrimento do indivíduo.

Por dentro da complexidade a ser analisada, a dor enquanto percepção, inserida num quadro cultural pluriconfigurado, pode assumir conotação transcendente ao conduzir o ser humano a confrontar-se consigo mesmo e o com seus contornos. Considerada do ponto de vista ético, pode ampliar os horizontes da compreensão humana, restaurar a confiança em si, nos outros e na vida. Sempre passa pelo significado que lhe é conferido. Nessa direção, expressa-se como igualmente relevante a luta contra o sofrimento, mais fortemente evidenciada na ideologia do progresso. Exemplo disso vê-se, na segunda parte do século XIX, a difusão da anestesia e o conseqüente alívio em grande parte das dores do ser humano. O lado negativo disso, porém, encontra-se na banalização dos antálgicos da vida cotidiana, ao lado do aparecimento da dor crônica como um dos maiores desafios da medicina moderna, sempre à procura da fórmula milagrosa, mas negligente em relação ao homem doente (LE BRETON, 2013b).

Cada vez mais as diferentes áreas de saúde são solicitadas e mobilizadas para aliviar a dor e o sofrimento. Nem a dor, nem a morte são dissolvidas nos imaginários técnicos ou científicos. Todo profissional da área de saúde capacitado sabe das inúmeras tentativas que são impostas para conseguir tratar eficazmente um doente. Quando se faz referências à dor é inerente associar às práticas medicinais, pois as duas estão relacionadas e encontram seu denominador comum no doente (LE BRETON, 2013b).

Por dentro dessa construção social da dor, apresenta-se com igual intensidade a busca por fazê-la cessar ou, ao menos, encontrar seu alívio. É o que se entende por cura. A cura em sua significado mais humano é uma intensificação da relação entre o sofrimento e a esperança. Compreendê-la como processo existencial exige uma clara reflexão sobre os modos de tratamento e dos seus efeitos sociais e individuais em contextos culturais específicos. A par disso, impõe também a necessidade de se considerar o ponto de convergência entre religião e medicina (CSORDAS, 2008).

O desejo de ver o sofrimento diminuído, por parte do paciente, aliado ao desejo de debelar o quadro álgico, pelo lado de quem está administrando o tratamento, leva-se em questão a eficácia dos procedimentos, dos processos e das diversas técnicas, religiosas ou clínicas, para alcançar tal objetivo, por fim, a cura. De uma maneira geral, percebe-se, pelo viés religioso, que os processos de cura e crescimento espiritual estão ligados porque a doença é normalmente vista como um obstáculo ao crescimento espiritual (CSORDAS 2008).

Comprovada a eficácia da cura, há algumas características comuns a todas as formas de tratamento, religiosas ou biomédicas. Aceita-se a o complemento entre processos exógenos

e endógenos para o ‘sucesso’ da intervenção, em que a participação do próprio paciente e da comunidade que o envolve são igualmente levadas em consideração (CSORDAS, 2008).

Para compreender essa eficácia é preciso construir uma hermenêutica cultural que está sob o discurso de cura, entendendo o reconhecimento de que ela está vinculada a um discurso significativo e convincente que modifica as condições sob as quais o paciente se apresenta na sua experiência de aflição a partir de novas perspectivas. A tarefa interpretativa principal consiste em apresentar uma nova realidade ao enfermo (CSORDAS, 2008).

Ao lado do discurso, da persuasão, da sugestão, o componente gestual é fortemente levado em conta nas técnicas empregadas no processo de busca pela cura, tanto pelo campo religioso como pelo campo médico. Nesse sentido, o toque se mostra como um símbolo-chave por recolocar o corpo como mediano desse processo, como receptor e emissor das ações e intenções que lhes são endereçadas. O toque quebra uma barreira interpessoal culturalmente construída com base numa noção de indivíduo, no conceito de privacidade e na ordem de “não tocar” embutida na maioria das situações sociais (CSORDAS, 2008).

Isso fora evidenciado em uma das respostas de Dynamis, ao considerar que: “... o toque é mais do que simplesmente a colocação de uma mão em cima de um corpo, você invade o ser, então é preciso que esse ser se permita ser cuidado”. Nessa visão, cada sistema de cura atende à condição humana de formas diferenciadas, formulando um conjunto de elementos rituais que constituem manifestações legítimas do poder divino. Os diferentes sistemas podem usar o ritual ou os meios pragmáticos e podem encorajar a atividade ou a passividade, mas as possibilidades devem ser percebidas como reais pelos que assumem a expectativa de cura (CSORDAS, 2008).

Pretende-se redimensionar a percepção do paciente para vários aspectos da sua existência, dando-lhe novo significado para a dor, mostrando-lhe alternativas de modificação e crescimento pessoal por meio do processo terapêutico. Essa abordagem, fundada nas próprias experiências e percepções de mudança do paciente encara a cura enquanto processo cultural, o que possibilita a interação entre aspectos médicos e sagrados dos complexos sistemas de cuidado à saúde. Destaca de igual modo a necessidade de considerar tanto o sagrado quanto a doença como substrato de enfermidade e cura. (CSORDAS, 2008).

### **3. FORMAÇÃO HUMANA DO FISIOTERAPEUTA**

#### **3.1. Panorama histórico da fisioterapia**

Budó *et al* (2007) afirmam que os seres sofrem interferência cultural em todos os aspectos de sua vida, incluindo crenças, comportamentos, percepções, emoções, religião, profissões, estrutura familiar, linguagem, alimentação, vestuários, imagem corporal. Por outro lado, a cultura não pode ser avaliada isoladamente, mas como um componente de uma mistura complexa de influências herdadas na sociedade em que se vive e se pertence. De igual maneira ocorre com as profissões, a ambiência cultural em que aparecem, as demandas sociais que buscam atender, as práticas que prescrevem, o espaço de poder que procuram demarcar, tudo isso lhe confere plasticidade para as mudanças e conteúdo para preservar o que entende ser essencial à sua identidade.

Nessa direção, a crença e a prática dos profissionais constituem uma parte importante da cultura profissional, bem como os princípios e os valores utilizados pelos pacientes para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações. A confirmação de suas crenças e inclinações perceptivas pode fornecer compreensão e melhor enfrentamento diante de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis na vida do ser humano. Ao lado disso, o interesse pela religiosidade sempre existiu no curso da história humana, a despeito de diferentes épocas ou culturas, o que não pode ser desprezado pelo profissional de saúde (PERES, SIMÃO e NASELO, 2007).

Apesar de todo o percurso até então desenvolvido pelas ciências da saúde em geral, uma visão reducionista e mecanicista prevalece e persiste na abordagem do corpo, e está fortemente presente na formação profissional de todos os cursos da área médica. Como exemplifica Gava (2004), o primeiro contato dos estudantes de saúde com o corpo humano ocorre através da disciplina de anatomia por meio de cadáveres, corpos ou pedaços de corpos sem vida, comparadas com peças de máquina desmontada, os quais são manipulados e observados sem maiores constrangimentos ou preocupações. O que pode reverberar por toda formação profissional e refletir para sempre em sua abordagem terapêutica (GAVA, 2004).

Não obstante isso, compulsando material sobre o assunto, existem registros, que datam da Antiguidade (4.000 a.C e 395 d.C.), nos quais se evidencia que as culturas sempre associaram o campo espiritual ao material, sobretudo na esfera da saúde e nas práticas cultivadas para o bem viver. Embora as visões primitivas, greco-romana, cármica e judaico-

cristã a respeito da dor divergissem, todas tinham um aspecto em comum: a crença de que a dor precisava de uma interpretação singular porque a dor física estava entrelaçada a um significado metafísico (THERNSTROM, 2011).

Nesta época já eram utilizados os recursos da natureza, tais como o sol, o calor, a água, a eletricidade e próprio movimento humano para fins terapêuticos, de alívio de dor e na cura de pessoas que apresentavam “diferenças incômodas”, designadas “mal”, “doenças” e “deformidades”. Dentre outras possíveis histórias curiosas, conta-se que a descoberta dos princípios terapêuticos da eletricidade, que mais recentemente deu origem à eletroterapia, vem da época em que os homens viviam em cavernas, e que um homem com dores crônicas no calcanhar, ao banhar-se em um rio, encostou acidentalmente seu pé em uma enguia elétrica e obteve uma melhora dos sintomas (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999; PETRI, 2006).

Ainda nos tempos antigos, por volta do ano de 2.698 a.C, na China, existem registros de obras abordando a cura pelo movimento, modernamente chamada de *cinesioterapia*. Na Grécia antiga, o filósofo Arsitóteles (394 a.C.) já descrevia a ação dos músculos e ficou conhecido, assim, como o “Pai da Cinesiologia” (PETRI, 2006). Entre os séculos VI e III a. C., encontram-se as primeiras referências ao uso de próteses na reabilitação. Na medicina Grega, a terapia pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de tratamento. Galeno (130 a 199 d.C.) descrevia uma ginástica planificada do tronco e pulmões, que teria corrigido o tórax deformado de um rapaz até alcançar condições normais (CHEREM, 1990).

No que pode parecer um retrocesso, na Idade Média houve uma forte limitação nos conteúdos estudados, principalmente naqueles relacionados à saúde e à filosofia, porquanto a educação e o ato de curar estavam sob pesado controle da Igreja. A concepção de doença era vista como punição pelo pecado, pregada e aceita pela população. O doente, na visão cristã, passou a ser um indivíduo digno de compaixão e auxílio, dentro dos princípios da caridade (MEYER, 2005).

Até a modernidade, por questões éticas e religiosas que remontam ao período medieval, o corpo humano não era pesquisado e a dissecação de cadáveres era considerada crime capital. Com a busca pela ruptura entre ciência e teologia, essa prática começou a ser mais explorada e o corpo vivo deu lugar a um objeto manipulável. Se, por um lado, os conhecimentos anatômicos e fisiológicos indicaram uma nova dimensão para o corpo humano, por outro, proporcionou-se um olhar puramente clínico para o paciente. (VIEIRA, 1998)

Destaca-se, nessa era Moderna, o modelo cartesiano, que propõe um método reducionista analítico, em que se acreditava que o homem era uma dualidade entre corpo e

mente, conforme já abordado no segundo capítulo. Cabe reforçar que, para tal método, o corpo é compreendido como máquina criada racionalmente e o seu funcionamento se dá pela exata conexão entre as partes que compõe o todo. Considerava-se que a natureza tornava-se inteligível ao ser fragmentada e submetida ao domínio da razão instrumentalizada e que apenas era legítimo o conhecimento sobre o qual não restavam dúvidas. Afirmava-se que através da matemática era capaz de assegurar essa certeza científica. Essas ideias ainda comandam a grande dicotomia existente até hoje entre matéria e espírito (MEYER, 2005).

Com a Revolução Industrial, que se aponta como possível marco o século XVIII na Inglaterra, a medicina iniciou seu progresso e, simultaneamente, foi instalado um grande desequilíbrio entre o avanço técnico e desenvolvimento social. Ocorreram profundos avanços tecnológicos que alteraram os processos produtivos tanto social como economicamente, o que provocou um grande deslocamento da área rural para a área urbana e estes trabalhadores abandonaram o trabalho artesanal e a manufatura e começaram a trabalhar com máquinas, tendo uma jornada de trabalho de 80 horas semanais, com condições sanitárias ruins e trabalho excessivo, o que engendrou grande aumento no número de doenças. Observada a necessidade de mudanças, foram realizados exercícios para recuperar os trabalhadores acidentados, com o objetivo de aumentar a produtividade (BRAZ, 2006).

Segundo Sanchez (1984), a partir do século XX, devido ao aumento da complexidade em ciência e tecnologia e também ao aumento do número e variedades de casos relativos às Grandes Guerras e às epidemias de poliomielite, o atendimento à saúde, que antes era restrito a algumas poucas profissões, sofreu uma profunda transformação, ao se delegarem funções a outras pessoas, formaram-se equipes de profissionais da saúde, com obrigações e atribuições determinadas e específicas (SANCHEZ, 1984).

Nesse contexto, com a evidente necessidade de preparação de recursos humanos para atender à nova demanda, surgiam os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo. Na Alemanha, as primeiras escolas foram as de Kiel em 1902 e Dresdem em 1918. Sanchez (1984) ressalta ainda a importância do desenvolvimento de inúmeros trabalhos conjuntos entre fisioterapeutas e médicos, especialmente no início do século XX, destacando-se o exemplo do médico cirurgião Rodolf Klapp, o qual, em conjunto com os fisioterapeutas Blederbeck e Hess, desenvolveu o método Klapp de exercícios para tratamento da escoliose<sup>10</sup> (PETRI, 2006).

---

<sup>10</sup> Patologia ortopédica em que a coluna vertebral sofre um desvio lateral. SOUCHARD, P.; OLLIER, M. As escolioses: seu tratamento fisioterapêutico e ortopédico, São Paulo: É realizações, 2005.

Na Inglaterra, a fisioterapia aparece com grande destaque no cenário mundial, com os trabalhos de massoterapia realizados por Mendell e Cyriax, os trabalhos de cinesioterapia respiratória, feitos por Winifred Linton, no Brompton Hospital, em Londres, e, sobretudo, os trabalhos de fisioterapia neurológica, realizados em conjunto com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que criaram o Método Bobath para tratamento de pacientes com paralisia cerebral<sup>11</sup>. (SANCHEZ, MARQUES, 1994)

No continente americano, no período de 1912 a 1916, a fisioterapia emergiu primeiramente na América do Norte, com o advento da Escola de Medicina de Harvard, por meio das pesquisas de testes musculares, realizadas por Robert W. Lewet e Janet Merrill. Seguidamente, entre os anos de 1919 e 1920, o pioneiro serviço de Fisioterapia vinculava-se à faculdade de Medicina da Universidade de North Western, com o setor de hidroterapia e massagem (GAVA, 2004).

Na América do Sul, a Argentina destacou-se como um dos primeiros países a ofertar cursos de formação de fisioterapeutas, reconhecidos pelo nome de Kinesiólogos. Em consonância com os apontamentos de estudiosos, o argentino Ernesto Aberg, no ano de 1884 editou o livro intitulado “Mecanoterapia de Zander”, considerado por muitos especialistas como a primeira publicação referente a exercícios terapêuticos na América do Sul (PETRI, 2006).

Na análise de Figuerôa (1996), nos países envolvidos na Primeira Guerra Mundial, o incontável número de mortos e mutilados provocou uma diminuição na força de trabalho ativa, o que reverberou na necessidade de reincorporar os acidentados e mutilados de guerra à força produtiva para não comprometer o dinamismo da economia. Nesta época, afloraram expressivos centros de reabilitação, locais onde eram prescritas, monitoradas e realizadas as atividades de reaprendizagem do movimento, os processos de reeducação funcional, entre outras, através, principalmente, dos procedimentos e das técnicas cinesioterapêuticas.

Num passo seguinte, a partir da Segunda Guerra Mundial, os fisioterapeutas passam a capitanear as diversas atividades cinesioterapêuticas, enquanto os médicos estavam mais inclinados para as intervenções cirúrgicas, graças às importantes descobertas que possibilitaram significativos avanços nessa área. Em paralelo a isso, a demanda de incapacitados engendrou a necessidade de profissionais que se dedicassem somente a exercícios de reabilitação, o que concorreu para que houvesse um aumento expressivo de

---

<sup>11</sup> Paralisia Cerebral é um déficit neurológico motor não progressivo, com início no período perinatal, associado a várias entidades patológicas, como hemorragias e isquemias cerebrais. As principais seqüelas são os distúrbios do movimento. ROBBINS, *et al.* Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 1996. p. 547.

profissionais especialistas na área referida, e, por conseguinte, um incremento no cenário de atuação dos futuros fisioterapeutas (PETRI, 2006).

É possível afirmar que o passado da fisioterapia, ciência que adquiriu sua autonomia epistemológica a partir da segunda metade do século XX, remete à reflexão acerca dos primórdios da medicina física. Dessa forma, a apropriação de uma vertente do saber anteriormente atribuído ao médico acarretou alguns conflitos de identidade na fisioterapia, bem como criou uma situação de confronto com a própria medicina física. No entanto, as duas ciências parecem haver percorrido o mesmo caminho. Dentre outros, um tom de diferenciação e de distanciamento verifica-se na retomada, empreendida pela fisioterapia, dos recursos tidos como válidos da medicina antiga, que não dispunha do arsenal tecnológico para diagnosticar e tratar. De outra parte, o paradigma biomédico deixou marcas profundas na formação dos fisioterapeutas, ainda hoje fortemente presentes (FONSECA, 2002).

Embora utilizada empiricamente desde os primeiros tratamentos registrados na história humana, a fisioterapia e o seu profissional permaneceram (e talvez ainda permaneçam) desconhecidas por muitos aqui no Brasil. Isso de certa forma corrobora a necessidade de se repensar a formação do fisioterapeuta a partir de novos paradigmas, sobremaneira aquele que considere o processo educativo enquanto formação humana integral, contemplando-se necessariamente a espiritualidade. Em contrapartida, observa-se que, atualmente, no cenário Brasileiro, caminha-se no sentido de firmar-se o seu reconhecimento como ciência e profissão, sobretudo em virtude da sua utilidade na prevenção e no tratamento de doenças (PETRI, 2006).

Podemos então didaticamente dividir essa breve história da fisioterapia no Brasil em dois momentos significativos: o primeiro refere-se à organização dos centros de reabilitação e dos cursos de formação prática, isso se deu na década de 50. O segundo, ao movimento dos profissionais para aperfeiçoar seus conhecimentos e ter a sua categoria reconhecida, ganhando autonomia para o desempenho profissional a partir da regulamentação da profissão no ano de 1969 (PETRI, 2006).

O curso de fisioterapia fora inicialmente concebido para habilitar os profissionais que pudessem auxiliar o médico na prática da medicina física e reabilitação, executando suas prescrições. Todavia, essa concepção inicial avançou, a pouco e pouco, ocupando novos espaços e, através do aperfeiçoamento técnico e dedicação dos pioneiros, abriu-se caminho para que a profissão fosse projetada para formação superior em novos horizontes (PETRI, 2006).

No entanto, apesar da conquista da autonomia do curso, percebe-se o desprestígio de disciplinas como História da Fisioterapia, Fundamentos e Ética, por exemplo, tanto por parte dos docentes, quanto dos discentes, por privilegiarem uma formação centrada no modelo tecnicista e curativista, em que os usuários do sistema são reduzidos a objetos da própria técnica, numa abordagem investigativa que os despersonaliza em nome de uma abordagem “científica” norteadas pelo lucro e pelo resultado imediato (NICIDA, 2004). Isso é constatado quando temos acesso ao Projeto Político Pedagógico do curso de Fisioterapia da UFPB e ao currículo nele inserido (ANEXO I).

Certamente, não são todos os que atuam na fisioterapia, nem todos os envolvidos nos cursos de formação de fisioterapeutas, que adotam e comungam da postura acima descrita e suas premissas. Todavia, é um pensamento dominante e majoritário. Superar esse paradigma, e passar a considerar a singularidade dos pacientes, em suas emoções, crenças e concepções, é o que propomos nesta pesquisa. É sabido que isso exige uma mudança cultural. Para tanto, num primeiro e importante passo, é imprescindível compreender o postulado que serve de esteio à formação do profissional de saúde em geral: o modelo flexneriano. A partir de sua análise e crítica, pode-se pensar numa formação humana que restaure o vínculo e o envolvimento entre o fisioterapeuta e o paciente que se submeta com confiança ao seu toque.

### 3.1.1. A influência flexneriana na formação universitária do profissional de saúde

A educação e saúde serviram à classe dominante como instrumento de cerceamento e de domesticação das classes populares, no momento em que se ignorava o conhecimento e a realidade dos indivíduos. A criação das primeiras escolas de Medicina data da Idade Média, com pleno controle da Igreja e atenção voltada aos doentes e necessitados, apesar de relatos apontarem que, por volta do século IX, a medicina islâmica já era institucionalizada. Quando a igreja foi distanciada do espaço científico e médico, os governantes passaram a ter um certo domínio dos centros universitários, mas estes ainda ficavam sob orientação dos jesuítas. Tentando escapar do poder governamental e da igreja surgiram as Sociedades Científicas, responsáveis pelo significativo avanço das ciências durante o século XVII (IBAÑEZ e MAESIGLIA, 2000; ROCHA, 2002).

O ensino superior no Brasil tem uma história relativamente recente, em comparação com a América Espanhola, onde as primeiras universidades foram fundadas por volta de 1530. O surgimento de escolas médicas no Brasil vem da época do império, quando foram criadas as primeiras na Bahia e no Rio de Janeiro, em meados do século XIX. A formação médica brasileira manteve, num primeiro momento, fortes laços com as tradições do pensamento europeu (alemão e francês) e num segundo momento, a partir de 1940, com a reforma do ensino médico proporcionada pelo Relatório Flexner<sup>12</sup> de 1910, com o pensamento americano.

Esse relatório foi criado a partir do resultado da avaliação de 155 escolas médicas existentes nos Estados Unidos na época objetivando a reorganização das escolas americanas de acordo com o ideal de objetividade científica moderna. As críticas e sugestões de Flexner estavam de acordo não só com o modelo cartesiano-newtoniano aceito pela ciência moderna, mas também, com a ideologia das corporações capitalistas. Em resumo, esse relatório afirmava que o corpo humano era conceituado segundo sistemas e órgãos independentes e a ênfase era dada à necessidade de permitir ao aluno o domínio total da ciência médica (GUTERMAN, 2002).

A influência do Relatório Flexner trouxe alguns paradoxos à formação em saúde: a grande preocupação com a alta tecnologia em atendimentos na saúde e na realidade a incapacidade da maior parte em acessá-la; a atenção maior ao tratamento de doenças e menor

---

<sup>12</sup> FLEXNER, A. Medical education in United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advanced of teaching. Boston: The Merrymont Press, Bulletin, (4), 1910.

quanto à prevenção. Esse modelo educacional tem contribuído para formação de profissionais portadores de aprofundamento técnico, individualista, mecanicista e biologicista, capazes de proporcionar atenção cada vez mais especializada para os setores privilegiados da sociedade, obstaculizando a integração dos determinantes sociais no fenômeno saúde/doença (GUTERMAN, 2002).

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

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

Na tentativa para se descobrir qual deve ser o principal papel das universidades, a superação da disjunção radical dos saberes entre as disciplinas ocupa lugar de destaque. Encontrar pontos de suporte que sirvam de plataforma comum entre os diversos conhecimentos é uma exigência do pensamento que toma como premissa a compreensão multidimensional do ser humano, da educação e do mundo. Redimensionar a formação do profissional de saúde em geral, e do fisioterapeuta em particular, impõe ultrapassar as concepções adotadas pelo modelo flexneriano, rumo a uma perspectiva que seja capaz de enfrentar os desafios postos pela hipercomplexidade contemporânea.

Decididamente, na formação humana do fisioterapeuta, considerar apenas o indivíduo desenhado no plano da Biologia, da Psicologia ou da Sociologia, isoladamente, mostra imagens fragmentadas segundo a dimensão tomada em consideração. Incluir a dimensão espiritual é condição essencial na construção da integralidade. Nesse sentido, a educação deve procurar não só transmitir conhecimento, mas também aguçar a consciência, para que a

pessoa receba uma percepção suficientemente apurada, que capte a exigência inerente a cada situação individual.

### 3.2. A formação humana e a fisioterapia

Reflexionar a respeito do educar é conceber toda a complexidade que marca a condição humana, além de ter em conta os aportes pedagógicos, sociais, políticos, econômicos, ambientais e culturais que engendram o tornar-se humano. Os processos de mudanças e as dinâmicas transnacionais perpetradas nas últimas décadas redefinem o próprio modo de conviver e impactam profundamente os campos da Educação e da Saúde, pondo-os no patamar de espaços indissociáveis na formulação de políticas públicas (SAMPAIO, 2014).

O sentido precisa ser encontrado e descoberto através da consciência. Em síntese, ela poderia ser definida como a capacidade de procurar e descobrir o sentido único e exclusivo oculto em cada situação. O médico ou profissional de saúde não pode dar sentido à vida do paciente, o mesmo precisa encontrá-lo de modo independente (FRANKL, 2007). O que é necessário para os profissionais de saúde é que eles se desvinculem de uma imagem envelhecida de ‘homem-máquina’ e procurem compreender a complexidade que envolve o ser humano. É preciso ter a consciência da humanização e da abordagem integral do paciente, levando em consideração a espiritualidade e o sentido de vida que o libertará de tal sofrimento ou enfermidade, ou que o ajudará a redimensioná-los (FRANKL, 2012).

O nosso tempo assiste a uma crise de variadas raízes, dentre as quais ressaltamos, no campo dos saberes, a “crise” epistemológica, enfraquecendo a matriz científica de produção dos conhecimentos ditos legítimos; e a crise ética, colocando em cheque os usos sociais dos conhecimentos. Não apenas as pessoas, mas as instituições recebem os ecos fortes dessas crises, que nos interpelam a pensar, por dentro dos ideais formativos. Por conseguinte, isto implica conceber a instituição de ensino e os serviços de saúde enquanto ambientes de formação e não meramente de informação (SAMPAIO, 2014).

Historicamente, a grande maioria dos professores foi acostumada a pensar e agir de acordo com o paradigma cartesiano, baseado no raciocínio lógico, linear, sequencial, deixando de lado suas emoções, a intuição, a criatividade e a capacidade de ousar soluções diferentes. Destarte, essa concepção fez do professor um mero transmissor de informações e habilidades em seus territórios de conhecimento, Damásio (2004, p.67), em seu livro ‘O erro de Descartes’, afirma que o ponto de partida da ciência e da filosofia deve ser anticartesiano: *Existo (e sinto), logo penso!* (SAMPAIO, 2014, p. 101).

É necessário romper com os modelos majoritariamente conservadores de produção de conhecimentos fragmentados na área de saúde, focados na perspectiva da doença, submissos a tecnologias especializadas, ao reboque de protocolos de procedimentos e equipamentos de

apoio diagnóstico e terapêutico. Essa concepção é oriunda do modelo hospitalocêntrico que dominou toda a chamada lógica previdencialista que antecedeu o SUS. É necessário repensar, a partir de novos paradigmas, os saberes e as práticas de saúde, revisitando a própria noção de cuidar (SAMPAIO, 2014).

Além disso, é preciso ir além da visão cartesiana acerca da mente como algo dissociado do corpo e do contexto social das pessoas, ou seja, aproximar a educação da vida. Nesse cenário, não se pode desconsiderar as emoções, os sentimentos e as histórias de vida dos discentes e docentes. Dito de outra forma, é inadiável superar uma concepção antropológica do homem-máquina, pois tal lógica limitou, historicamente, a uma formação pautada na concepção restrita do conceito de saúde, essencialmente conservadora, tecnicista e curativista. Sempre se privilegiou o entendimento da doença e não do doente (SAMPAIO, 2014).

Em seguida, erradicar a prática educativa linear, classificada em áreas isoladas do conhecimento, onde cada educador desconsidera ou ignora outros ambientes de saber, comprometendo a formação integral do educando. Pelo contrário, é imprescindível uma vivência acadêmica, teórica e prática, na qual se desenvolva a noção de integralidade, uma visão da totalidade do fenômeno humano. Supervalorizar determinadas disciplinas acadêmicas resulta numa formação inadequada e insuficiente para dar conta de entender e enfrentar os desafios postos pelo processo de adoecimento e pela compreensão do conceito de saúde (SAMPAIO, 2014).

Ante a urgência de uma renovação didática e pedagógica na formação em saúde, para que se contemple o cuidado integral, novos horizontes vêm sendo descortinados a partir dos atuais parâmetros legais, tanto na esfera da educação quanto da saúde. Nessa perspectiva, a formação humana, ativada pelo princípio do cuidado de si, trata inicialmente de um limite ético: não se deixar ocupar inteiramente pelas próprias atividades, possibilitando a expressão da capacidade de assumir compromissos que superem os automatismos cognitivos, emocionais e sócio-culturais (FREITAS, 2010).

Concorda-se com Röhr (2013), ao apresentar a formação humana compreendida como humanização, cuja tarefa pedagógica pode vir a ser o trabalho árduo de fazer valer o lado mais sutil do ser humano, o espiritual. Sob esse ponto de vista, afirma-se que o lado espiritual é a dimensão norteadora do processo de humanização. Portanto, na ação pedagógica a dimensão espiritual assume uma função de guiar a vida, de inspirar a meta formativa. O conceito de integralidade do ser humano que é adotado insiste no reconhecimento da importância específica de cada dimensão básica, ou seja, para que a dimensão espiritual atue

adequadamente é determinante que as dimensões física, sensorial, emocional e mental estejam muito bem cuidadas.

Ao tomar como ponto de partida para a orientação da reflexão pedagógica a integralidade do ser humano, aceitamos a dimensão espiritual como parte essencial em qualquer proposta de educação integral, ou seja, educação enquanto formação humana. Para pensarmos a educação em geral, e a educação como formação humana em particular, são indispensáveis ao menos três elementos: o educador, o educando e a tarefa pedagógica (RÖHR, 2013). Para uma breve caracterização desses elementos, o educador se caracteriza pela intenção de educar, isto é, intenção de contribuir para a humanização do homem; o educando é o foco da meta educacional; e a tarefa educacional consiste na humanização mais plena possível de cada ser humano, que não se reduz à aquisição intelectual de conhecimentos.

Percebemos então a interdependência dos elementos acima referidos e sua confluência na finalidade da educação. Na educação integral de um fisioterapeuta, por exemplo, almeja-se a formação de um profissional generalista, crítico, reflexivo e humanista, atuando diretamente com o ser humano, esteja voltado à integridade do seu paciente, não só do ponto de vista físico, como também social, moral e espiritual. Por essa razão, o profissional fisioterapeuta deverá ver a si mesmo e ao paciente como um ser integral, valorizar os seus sintomas, a sua história de vida, respeitar as suas crenças e sua vontade, com o comprometimento moral e ético que assegurem o bem estar do paciente (PERES *et al*, 2007).

Em harmonia com o que até aqui apresentamos, entendemos que a educação enquanto formação humana tem a tarefa de ajudar o educando a realizar o sentido da própria vida. “A reflexão pedagógica, nesse caso, necessita debruçar-se sobre a questão: qual a contribuição de cada dimensão do humano, que precisa ser considerada na formulação da meta educacional?” (RÖHR, 2013, p.158). É preciso ter sempre em vista a multidimensionalidade do humano e se afastar de modelos reducionistas, que preconizam a especialização exacerbada, a eficiência e o resultado imediato. Por outro lado, não se pode desconsiderar as condições sociais e históricas em que a educação está inserida, bem assim as condições objetivas da existência e as aberturas para mudanças e para as questões espirituais que alcançam o ser humano.

Naturalmente, ao postularmos uma educação integral concebida como formação humana que contemple a dimensão espiritual, não desconhecemos o quão gigantesca apresenta-se essa tarefa. Poderia mesmo parecer impossível de realizar-se. Sem dúvida, requer perseverança e disciplina, por parte do educando, e comprometimento e coerência por parte

do educador, para que essa meta educacional tenha viabilidade pedagógica. A busca pela integralidade requer esforço, mas compensa pela satisfação que proporciona (RÖHR, 2013).

Nessa direção, na meta educacional endereçada à dimensão espiritual não se tem uma imagem ideal que pode ser realizada, ou um modelo a seguir previamente estabelecido. “Pensar a meta educacional como realização da integralidade do ser humano, incluindo a dimensão espiritual, necessita, portanto, de reflexões pedagógicas que não têm, ainda, uma expressão maior nas teorizações sobre educação” (RÖHR, 2013, p.173).

Dito de outra forma,

a própria natureza da espiritualidade condena qualquer esforço para levá-la a um resultado limitado e inconcluso. O que conseguimos representa uma tentativa de delinear as características principais da espiritualidade relacionada às demais dimensões que pertencem ao ser humano. É essencial, na nossa proposta, considerar o homem na sua integralidade, respeitar o sentido próprio de cada dimensão do ser humano observar as interligações de todas as partes e enfrentar a tarefa de unificá-las de tal forma que corresponda, sempre mais, a nós mesmos (RÖHR, 2013, p. 267).

O mundo contemporâneo defronta-se com vários desafios relacionados ao pensamento fragmentado, proveniente em grande medida do racionalismo da era moderna. Somado a isso, a proliferação do conhecimento especializado que é transformado apressadamente e que se encontra subdividido em áreas, conhecido com “disciplinaridade” (VILELA, MENDES, 2003). Como contraponto, a formação humana vivida como princípio do cuidado de si, implica determinadas práticas que deve alterar nossa visão de mundo e, ligado a isso, a modificação do nosso próprio ser (FREITAS, 2010).

Paradoxalmente, desde perspectivas mais progressistas às mais conservadoras, existem sugestões educativas que tentam oferecer respostas às numerosas dificuldades com que a sociedade atual se depara. Do ponto de vista ético, trata-se de educar para o respeito aos direitos humanos, para a convivência pacífica e solidariedade. Na esfera política, por meio da formação em valores democráticos que possam favorecer atitudes de tolerância e respeito à pluralidade cultural e ideológica, além do apelo ao desenvolvimento sustentável (CUBERO, PÉREZ, 2008).

Pode-se observar que, a educação tem diante de si extensos e complexos objetivos que dificilmente poderá cumprir em sua totalidade, mas não quer dizer que sua tarefa resulte sem frutos. E uma das primeiras tarefas que pode trazer bons resultados é a reflexão ampla e rigorosa sobre suas origens, suas raízes etimológicas, seus limites e suas possibilidades de

realização. Ou seja, pensar a educação e as correspondentes propostas formativas e práticas pedagógicas que lhe dão expressão e visibilidade (CUBERO, PÉREZ, 2008).

Propostas pedagógicas que tomam por fulcro a ideia do saber unitário sempre se apresentaram ao longo do percurso da história do pensamento e das práticas educativas. Exemplo disso identifica-se na utilização do mito para o homem pré-histórico e para a Grécia arcaica, da concepção de *cosmos* e *logos* no mundo grego clássico e do recurso a um Deus criador que prevalece na Idade Média. O que há de comum é o desejo de fundamentar a unidade do saber e conservar a integridade epistemológica nesses períodos (VILELA, MENDES, 2003).

No Iluminismo, é exacerbada a convicção nos poderes da racionalidade legada desde o humanismo renascentista, havia também uma preocupação com a integração dos saberes, quando a enciclopédia era considerada um modelo na defesa da unidade do conhecimento e como expressão de uma nova atitude intelectual rejeitada pela autoridade dogmática sustentada pela Igreja e pela tradição cultural dominante (VILELA, MENDES, 2003).

Com o advento da Modernidade, sobretudo com a circulação de novos ensaios filosóficos e experimentações no campo da ciência mais fortemente refletidas no espectro sociocultural a partir do século XVII, intensificou-se o processo de fragmentação dos conhecimentos, dificultando o ideal formativo que tinha por pressuposto a unidade do saber (VILELA, MENDES, 2003).

Nesse período marcado por grande efervescência cultural, Descartes cunhou definitivamente o novo olhar epistêmico e uma nova metodologia de pesquisa ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade, além de caracterizar os princípios dessa nova produção do saber em uma decomposição e redução às suas partes mais simples, especializando o conhecimento com a finalidade de atender às necessidades da industrialização. Esse modelo é conhecido como modelo cartesiano e se tornou um paradigma para as ciências em geral (VILELA, MENDES, 2003).

Se, por um lado, a abordagem cartesiana permitiu o desenvolvimento científico-tecnológico, por outro gerou reducionismo que representa um perigo ao reconhecer o método analítico como único capaz de oferecer a explicação mais completa e de produzir conhecimento válido. Essa é uma das razões porque o paradigma cartesiano demonstra sinais de esgotamento. Tal saturação não precisa ser lida como fracasso, mas como limitação gerada pelo próprio modelo diante da complexidade dos problemas contemporâneos, sobretudo aqueles pertinentes à saúde (VILELA, MENDES, 2003).

Como já mencionado anteriormente, desde o início do século XX a formação do profissional de saúde em geral, e do fisioterapeuta em particular para nosso estudo, tem sido orientada pelo modelo de formação neoliberal-capitalista, fragmentador e biologicista, no qual os serviços de saúde setorizados estão centrados na consulta médica, voltados para as enfermidades, por meio da clínica e com a ascensão crescente de tecnologia. Este modelo é conhecido como flexneriano-biologicista-privatista (PAIM, 1998).

A partir da década de 70, começa a ficar evidente a inadequação desse modelo, que está na raiz da crise da saúde. Como contraponto formulou-se uma transição do paradigma flexneriano para outro, denominado de produção social da saúde, o qual tem seus fundamentos calcados na teoria da produção social (VILELA, MENDES, 2003). Tal teoria permite romper com a setorização da realidade e, dessa forma, a produção social de saúde, além de responder por um estado de saúde em permanente transformação, rompe igualmente com a ideia de um setor de saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (VILELA, MENDES, 2003).

Estudos sobre as percepções e representações de saúde-doença, abordam a doença como fenômeno social, uma vez que elas estabelecem uma relação entre ordem biológica e a ordem social. Desta forma, embora na sociedade contemporânea se explique a causa da doença a partir do modelo anatomofisiológico, em razão do discurso médico, há igualmente uma justificativa de ordem social que remete às causas, mais precisamente o sentido da doença para a sociedade (KREUTZ *et al*, 2006)

As escolas no ensino superior avançaram na concepção crítica e reflexiva em relação à sociedade, mas revelam-se conservadoras na maneira como ensinam e operam os conteúdos, adotando matrizes curriculares estanques, que levam à formação de um estudante com pensamento somatório e de justaposição. Na maioria das escolas, o projeto pedagógico dos cursos de saúde põe a ênfase na concepção do processo saúde-doença, limitando-se tais projetos a abordarem a enfermidade, a cura e a atenção individual, que não capacita os estudantes para mobilizar os saberes na busca da integralidade que se constrói na *práxis* do conjunto dos profissionais de saúde e nas diferentes formas de encontro dos mesmos com e no serviço (SILVA, SENA, 2008).

Diante disso, o educador e o estudante de fisioterapia necessitam compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços clínicos a respeito da sua informação sobre saúde, bem como discutir as implicações destes conhecimentos e práticas. Este enfoque visa aprofundar e potencializar os indivíduos para o cuidado em saúde. Uma

educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica é capaz de libertar em lugar de submeter e domesticar (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Ainda é pouca expressiva a relação da espiritualidade com a formação humana. Dynamis em sua resposta sobre se a espiritualidade é imprescindível para formação humana e se pode ser considerada uma dimensão da educação superior, assim se pronunciou:

“é..., nós somos seres espirituais, né?! Porque somos derivados de Deus. [...] então temos que ter essa conexão com a espiritualidade.  
[...] então eu acredito que sim, a espiritualidade pode ser considerada uma dimensão da educação superior, nesse sentido em que você, no meu entendimento de que como ser espiritual, à medida que sua consciência ética vai se formando, você tem como agir de maneira mais positiva na vida e nas suas atitudes diárias com relação ao outro”.

Mostra-se aqui no discurso de Dynamis uma visão dogmática e reducionista, acerca de formação humana. Com isso ratificamos que é preciso constituir, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas e intervenções didáticas que permitam a compreensão da integralidade e espiritualidade como pressupostos que precisam ser construídos durante o processo de formação. Para tanto, a educação precisa ser integral e interdisciplinar, permitindo a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade e estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o sujeito inserido nesse processo, influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais (SILVA, SENA, 2008). Seguramente isso permitiria uma melhor abordagem e uma mais bem qualificada intervenção por parte do fisioterapeuta.

### 3.3. Considerações acerca do estágio supervisionado em Fisioterapia

O presente tópico trata de um breve relato de experiência pessoal como supervisora de estágio em Fisioterapia nas disfunções do sistema osteo-mio-articular<sup>13</sup> na clínica-escola de Fisioterapia na UFPB.

Acredita-se que a utilização de exemplos reais, vivenciados na prática, torna possível realizar constatações dentro da realidade onde, muitas vezes, observa-se que a teoria caminha a favor da prática. Porém, outras vezes, existem problemas encontrados na prática que não existem na teoria, principalmente os de ordem acadêmica, ou seja, as relações entre os professores e os alunos, os professores e os pacientes, e os alunos e os pacientes.

O estágio nessa disciplina trata-se do primeiro contato do aluno com os pacientes, que dessa forma é apresentado a uma nova realidade, onde ele poderá associar os ensinamentos teóricos à prática fisioterapêutica.

Sabe-se que a universidade tem destacada responsabilidade na condução da formação profissional voltada para resolução dos problemas e necessidades sociais, e não apenas para o atendimento às regras estabelecidas pelo mercado privatista. Todavia, a força do projeto neoliberal tem atingido o ensino superior e neutralizado o espaço universitário como campo de formação crítica, reflexiva e transformadora.

Sabe-se que o estágio supervisionado tem como compromisso social formar profissionais para as áreas de Fisioterapia habilitados tecnicamente para o incremento de ações em saúde que garantam a possibilidade da manutenção da capacidade funcional e independência. Capazes de atuar em sintonia com as exigências sociais e legais na perspectiva de ser referência em credibilidade no âmbito local e regional, contribuindo para o desenvolvimento bio-psico-social vivenciando o atendimento fisioterapêutico nos três níveis de atenção à saúde.

O que chama a atenção para o fato de que o fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais de saúde com formação direcionada para a doença, padece desse infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como o “profissional de reabilitação”, ou seja, aquele que atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida.

Os objetivos gerais são baseados no conhecimento, nas habilidades e nas atitudes e valores.

---

<sup>13</sup> Disfunções do sistema osteo-mio-articular é aquele que engloba as afecções ósseas, musculares e articulares no corpo humano.

Os objetivos gerais, nesta disciplina de estágio, referentes ao conhecimento dos acadêmicos são: Compreender, eleger e aplicar o tratamento fisioterapêutico nos sujeitos com manifestações clínicas, complicações e/ou sequelas características nas disfunções do sistema ósteo-mio-articular.

Como objetivos específicos temos:

- Realizar a avaliação fisioterapêutica, determinar diagnóstico cinético-funcional, determinar objetivos e eleger condutas apropriadas para o tratamento fisioterapêutico nos pacientes com sequelas traumato-ortopédicas e reumatológicas em dois níveis de atenção à saúde;
- Aplicar os recursos fisioterapêuticos adequados considerando a técnica, duração, frequência e intensidade de aplicação;
- Observar, elaborar e executar estratégias de intervenção na média e alta complexidade, a fim de prevenir e/ou tratar disfunções traumato-ortopédicas e reumatológicas.

Esses objetivos tem o compromisso de desenvolver as seguintes habilidades e competências:

- Respeitar os princípios éticos quanto às práticas fisioterapêuticas;
- Avaliar, elaborar diagnóstico cinético-funcional, objetivos, e condutas do tratamento fisioterapêutico, além de decidir a alta fisioterapêutica baseada na evolução dos casos e reavaliações sistemáticas, a partir das tomadas de decisão;
- Realizar ações em saúde;
- Ser capaz de atuar junto à equipe multiprofissional de saúde;
- Ser capaz de atuar de forma crítica e reflexiva tanto nas ações em saúde quanto na elaboração de estratégias em equipe para o enfrentamento dos agravos e determinantes do processo saúde-doença;
- O aluno deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, junto aos pacientes com disfunções ósteo-mio-articular.

Apesar de constar como habilidade nesta disciplina a prevenção não está presente de modo determinante na condução e execução da mesma.

### 3.3.1. A experiência com o estágio

O Estágio Supervisionado em Fisioterapia nas disfunções do sistema osteo-mio-articular foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2014, na clínica-escola de Fisioterapia da UFPB.

Os alunos, sob supervisão e orientação do professor, avaliavam os pacientes, estabeleciam os objetivos do tratamento, o diagnóstico cinético-funcional e a aplicação dos recursos fisioterapêuticos adequados para cada caso.

Para estas atividades, era necessário realizar a evolução clínica diária dos pacientes nos prontuários (papel e eletrônico), bem como realizar as reavaliações, justificar as alterações no programa de tratamento e registrar alta fisioterapêutica. Semanalmente, às quintas-feiras, havia um horário específico para discutir os casos, ou outro assunto pertinente a realidade dos atendimentos realizados.

Por se tratar do primeiro contato direto com a prática fisioterapêutica, os alunos mostravam insegurança, dúvidas, receios e confusão nas condutas que deveriam realizar diante do paciente. O que ocorreu foi um choque entre as realidades dos alunos e dos pacientes, principalmente porque durante o curso existe uma preferência dos alunos pelos estudos das patologias e seus tratamentos. Dessa forma, muitas vezes, é deixado de lado o estudo da prevenção e manutenção da saúde, o papel da profissão na sociedade, a realidade sócio-econômica do país e, principalmente, a abordagem humanizada e integral, já que o ensino da fisioterapia permaneceu durante muitos anos baseado no curativismo e no tecnicismo.

Na rotina de estágio, foi observado que a abordagem realizada pelos alunos era apenas tecnicista, sem haver um contato mais próximo e íntimo com os pacientes, não havia interesse, por parte dos alunos, em questionar a melhora do quadro patológico, bem como o interesse pelo estado emocional, psicológico e espiritual em que o paciente chegava ao atendimento.

A relação aluno-paciente era distante, de forma que não havia uma conversa amigável, descontraída e investigativa acerca da vida pessoal e profissional de cada paciente. Não era estabelecida uma cumplicidade entre terapeuta e paciente acerca do tratamento determinado, pois havia por parte dos pacientes um receio em questionar e relatar algo que elegeisse como prioridade para aquela situação e como aquela patologia vivenciada influenciava na sua rotina diária e na sua convivência social.

Os atendimentos eram baseados nas mesmas atividades e procedimentos, sem haver sequer uma modificação de conduta para a socialização com os demais pacientes. Cada dupla de estudantes ficava responsável por seu paciente e os atendimentos eram realizados em cabines, onde se encontravam alguns equipamentos terapêuticos, ou no ginásio, onde havia alguns equipamentos para realização de exercícios.

Ocorreu que muitas vezes os equipamentos utilizados para atendimento terapêutico estavam quebrados ou em manutenção, o que gerava um desespero por parte dos alunos, pois estavam “viciados” nos atendimentos através desses meios. Não havia uma iniciativa em adaptar a conduta, ou até mesmo de modificá-la.

Pensando em modificar essa situação, houve, por minha parte, respeitando os limites éticos impostos pelo estágio, uma intervenção na orientação por meio da abordagem das técnicas profissionais específicas, que possibilitavam um contato através do toque e uma interação mais próxima terapeuta-paciente. Além de proporcionar uma maior integração entre os pacientes do horário, em que havia troca de experiências, palavras de incentivo e conforto; entre os alunos, compartilhando conhecimentos e vivências adquiridas no próprio estágio; e dos alunos com os demais pacientes atendidos por seus colegas de sala, ampliando sua capacidade de análise e abordagem terapêutica.

Diante dessa intervenção, foi perceptível a melhora das condutas terapêuticas, do quadro dos pacientes e do ambiente em geral. Houve, assim, relatos de pacientes sobre suas experiências religiosas, trazidos através da doença que os acometia, da esperança ou desesperança que os envolvia, além de sempre associarem a possibilidade de melhora a uma intercessão divina. Aqui houve abertura para dialogar a respeito da espiritualidade.

A partir disso, apesar do curto prazo de convivência, os alunos perceberam e me relataram a satisfação com a melhora nos quadros de seus pacientes, nos aspectos algícos, emocionais e de mobilidade física. Mostraram-se igualmente surpresos com a velocidade em que tal evolução no tratamento se deu e motivados para explorarem os horizontes abertos por essa dinâmica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cientes das dificuldades que enfrentaríamos em avaliar e analisar a didática e abordagem clínica dos docentes de fisioterapia da UFPB, pelo viés de uma concepção integral onde a espiritualidade permeia e integra essa fundamentação, além de nos depararmos com tímidos e insipientes estudos acerca desta temática, foi fundamental pautar conceitos sobre espiritualidade, saúde, doença, corpo, dor, cura, histórico da fisioterapia e a influência do modelo biomédico na formação do fisioterapeuta que fornecessem suporte para a construção das idéias expostas.

Diante do que fora abordado e demonstrado nessa pesquisa, é razoável admitir a seguinte ilação: a integralidade no cuidado da saúde se coloca como princípio norteador das formações e práticas terapêuticas. Acolher o paradigma da integralidade implica aceitar o traço distintivo da multidimensionalidade do fenômeno humano, em que a dimensão espiritual necessariamente se faz presente enquanto *locus* privilegiado de construção de sentido.

Embora não seja o único sujeito envolvido no processo referido, o profissional de saúde, e entre eles se insere o fisioterapeuta, desempenha papel indelegável e ímpar no auxílio ao paciente diante da experiência fenomenológica intransferível e oportunidade existencial incomum de conferir sentido ao que está vivenciando. Além da competência técnica, que é imprescindível, a habilidade relacional e interpessoal é igualmente exigida numa intervenção terapêutica e numa prática formativa que considerem seriamente a dimensão espiritual.

É inviável pensar no cuidado integral da saúde sem considerar a espiritualidade nessa relação. A própria concepção de ser humano na perspectiva multidimensional requer isso, tanto nas reflexões teóricas quanto nas intervenções práticas. Entender a espiritualidade como dimensão norteadora do agir humano aponta igualmente para a necessária relação entre imanência e transcendência no apelo incondicional de conferir sentido à existência. Tarefa essa imprescindível na formação do profissional de saúde, na qual as práticas pedagógicas e a didáticas eleitas pelo educador já demonstram sua adesão ou não à espiritualidade enquanto premissa a ser considerada no processo educativo.

Os cursos da área de saúde, como a Fisioterapia, devem ter o objetivo principal de formar profissionais preparados para a sociedade contemporânea. O currículo de fisioterapia deve ser permeável aos novos cenários do século XXI, na busca da humanização da saúde. O educador na área de saúde necessita compartilhar valores, crenças para aprofundar e

potencializar os indivíduos para o cuidado em saúde. É preciso fomentar nos alunos uma percepção crítica-reflexiva acerca dos assuntos expostos e discutidos em sala de aula, além de minimizar o aprendizado de justaposição e somatório, pois são adotadas matrizes estanques e conservadoras.

Para isto, é necessário que os docentes de fisioterapia façam um intercâmbio com outras áreas, por exemplo, ciências sociais, ciências das religiões, entre outras para ampliarem o campo de atuação e a percepção sobre o ser humano. Não limitar-se, apenas, a um olhar biológico e funcional, pois como podemos verificar em nossa pesquisa, o ser humano está inserido em diferentes culturas, que influenciam até mesmo em seu estado de enfrentamento diante de um sofrimento imposto pela condição física acometida.

Vislumbra-se uma oportunidade de começar a discutir com os docentes a temática da espiritualidade na saúde pelo viés do bem estar e do conforto nas suas intervenções terapêuticas e, num passo seguinte, na própria formação dos futuros profissionais.

Além disso, é importante que haja uma conscientização que os profissionais de saúde precisam entender, efetivamente, que o cuidado na saúde engloba o cuidado em si. Não só na parte externa do ser, mas no que lhe cabe como pessoa e indivíduo que ao se deparar com um paciente, suas angústias, medos e incertezas virão à tona. Seguramente isso permitiria uma melhor abordagem e uma mais bem qualificada intervenção por parte do fisioterapeuta.

Nesse caminho, estamos convencidos de que, ao lado da abordagem já efetivada no curso de fisioterapia, novos estudos são fundamentais para que ampliem as concepções sobre o corpo, a saúde, a doença, a dor e a expectativa de cura, redescobrando as rupturas e continuidades nas diversas expressões culturais. Não fazer isso é negar ao estudante e ao educador uma formação francamente humana, pois se compromete a tarefa pedagógica e a meta educativa. É negar, por conseguinte, ao paciente o direito de ser cuidado de forma integral.

Porém, ao considerar tais apontamentos, as impressões expostas não têm a intenção de se firmarem como absolutas, mas são aquelas que foram registrados na trajetória e construção desta pesquisa. Nessa caminhada, sinto que é preciso recriar espaços de diálogo e repensar a formação do fisioterapeuta para além dos conceitos e das técnicas, privilegiar o que tem sido negligenciado: a espiritualidade.

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, T. A. A. Atitude religiosa e sentido de vida: um estudo correlacional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 29(2), 228-243, 2009.
- ARAÚJO, M. A. M. **Sentido da vida, espiritualidade e sociopoética: convergências para produção de conhecimento e para o cuidado clínico**. 2008. Dissertação de mestrado. Fortaleza, 2008.
- BARRETO, A. F. Práticas integrativas em saúde: uma breve introdução. In: BARRETO, A. F. (org.) **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: editora UFPE, 2014. p. 13-19.
- BARRETO, A. F; RÖHR. F. Resgatando a espiritualidade humana: caminhos indicados para um cuidado sustentável e íntegro. In: BARRETO, A. F. (org.) **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: editora UFPE, 2014. p. 83-98.
- BATISTA, S. M. L. Educação Popular em Saúde: sua interface com as práticas integrativas e complementares e seus caminhos para o fortalecimento do SUS. In: BARRETO, A. F. (org.). **Práticas Integrativas em Saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: editora da UFPE, 2014.
- BENDASSOLLI, P. F. Percepção do corpo, medo da morte, doação de órgãos. **Rev. Psicol Reflex Crít.** 2001; 14 (1): 145-150.
- BERGER, P. L. **O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião**. São Paulo: Paulus, 1985.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BORGES, D. C. *et al.* Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão do estudante de medicina. **Rev. Bras. Clin. Med.** 11(1), 6-11, 2013.
- BRANDÃO, M. L. R. Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. **O mundo da saúde**. SP, v. 24, n.6 nov/dez, 2000.
- BRAZ, MM. **Educação integral: um modelo de ensino da Fisioterapia baseado na física quântica**. [tese]. Florianópolis: Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- BUDÓ, M de LD *et al.* A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev. Esc. Enferm USP**. 41(1): 36-43, 2007.
- CARNEIRO, L. C. **Religiosidade e qualidade vida em idosos institucionalizados**. Dissertação de mestrado. João Pessoa, 2009.
- CHEBADI, W. Corpo e psicanálise. In: Villaça, N. *et al* (org). **Que corpo é esse? Novas perspectivas**. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

CHEREM, A. J. Medicina Física e Reabilitação- Fisiatria: um pouco sobre sua história. **Arq. Catarinense de medicina**. V. 19(2), p. 137-138, 1990.

CONCONE, M. H. V. B. Antropologia da saúde/doença. In: Bernardo, T.; Tótora, S. **Ciências sociais na atualidade: resistência e invenção**. São Paulo: Paulus, 2004. p. 283-301.

CSORDAS, T. J. **Corpo/ significado/ cura**. Tradução de José Secundino da Fonseca. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

CUBERO, Luis Núñez; PÉREZ, Clara Romero. **Pensar la educación: conceptos y opciones fundamentales**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2008.

FIGUERÔA, R. M. **Aspectos da evolução Histórica do Fisioterapeuta no Brasil em especial no Rio de Janeiro**. Monografia de Pós Graduação Lato Sensu em Docência Superior, Rio de Janeiro, 1996.

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

FONSECA, M. A. **Graduação em fisioterapia: um estudo no ciclo de formação básica, rumo à melhoria da qualidade di ensino profissional**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da UFSC. Florianópolis: 2002.

FOUCALT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FRANKL. V. **A presença ignorada de Deus**. Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold (trad.). São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **Logoterapia e análise existencial**. Marco Antônio Casanova (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p. 95.

FREITAS, A. S. O cuidado de si como articulador de uma nova relação entre educação e espiritualidade. In: RÖHR, F. (org.) **Diálogos em educação e espiritualidade**. Recife: editora da UFPE, 2010.

GAVA, Marcus Vinícius. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 2004.

GUIMARÃES, H. P., AZEVUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín.**. 34, supl 1, 88-94, 2007.

GUTERMAN, N. **O cirurgião dentista como educador em saúde: explorações em torno de uma prática**. Tese. Natal, UFRN, 2002.

IBAÑEZ, N., MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: Canesqui A.M (org.). **Coerências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec: 2000.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality and medicine: The beginning of a new age. **Southern Med J.** 2005; 98 (12): 1235-6.

\_\_\_\_\_. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência com a espiritualidade.** Porto Alegre: L&PM, 2012.

KREUTZ, I. *et al.* Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas Populares de prevenção e cura de doenças de um grupo Cultural. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2006; 15(1): 89-97.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença.** Tradução de Valter Lelis Siqueira. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo.** Tradução de Sonia MS Furhmann. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **As paixões ordinárias: antropologia das emoções.** Tradução de Luís Alberto Salton Peretti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Antropologia da dor.** Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2013b.

\_\_\_\_\_. **Antropologia do corpo e modernidade.** Tradução de Fábio dos Santos Creder Lopes. 3ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013a.

LE MOS, F. **Religião e Modernidade: Uma análise de gênero do trânsito religioso de homens no contexto da Universidade Metodista de São Paulo.** Dissertação de mestrado. São Bernardo do Campo, 2006.

MARTELLI, Stefano. **A religião na sociedade pós-moderna: entre secularização e dessecularização.** Trad. Euclides Martins Balancim. São Paulo: Paulinas, 1995.

MEYER, P. F. **A compreensão do corpo na formação profissional do fisioterapeuta.** Dissertação de mestrado. Natal, 2005.

MORAIS, R. Espiritualidade e saúde: visão de um filósofo. In: VASCONCELOS, E. M (org.) **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.p. 180-204.

NICIDA, D. P. Desenvolvimento das competências do fisioterapeuta: um desafio ao ensino. **Revista Fisiobrasil.** Rio de Janeiro, ano VIII, n. 69, 2004.

OLIVEIRA, J. G. D. *et al.* Elementos humanizadores no ensino superior: docência para Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Ciência em Movimento.** Ano XIV, n 28, 2012.

OLIVEIRA, R. K.; HEIMANN, T. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, S. V. (org). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral.** 2 ed. São Leopoldo-RS: Sinodal, 2004, PP. 79-99.

OTTO, R. **O Sagrado: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional.** Walter O. Schulupp (trad). São Leopoldo: Sinodal/EST; Petrópolis: Vozes, 2007.

- PAIM J.S., ALMEIDA-FILHO N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev Saúde Pública**. 32, 299-316, 1998.
- PANZINI, RG *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clin.** 34, supl 1; 105-115, 2007.
- PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. **The International Journal for the Psychology of Religion**. 9, 1999.
- PARGAMENT, K. I. *et al.* Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 40, 491-513, 2001.
- PEDRÃO, R de B; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**. 8 (1 Pt 1):86-91, 2010.
- PERES, J. F. P.; SIMIÃO, M.J.P.; NASELO, A.G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. Psiq. Clin.** 34, supl 1; 136-145, 2007.
- PERES, M. F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 1, 82-87, 2007.
- PETRI, F. C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. Dissertação de mestrado. Santa Maria, RS, 2006.
- PONTES, A. M. **Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicossomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Dissertação de mestrado. João Pessoa, 2012.
- REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. São Paulo: Manole, 1999.
- REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.
- RIZZARDI, C. D. L. *et al.* (2010). Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**. 34(4), 483-87, 2010.
- ROBBINS, *et al.* **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 1996.
- ROCHA, A. C. B. Elogio à ação social fisioterapêutica: projeto de extensão em fisioterapia neurofuncional domiciliar em Canudos. In: BARROS, F. B. (org). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 77-83.
- RÖHR, F. Espiritualidade e educação. In: RÖHR, F. (org). **Diálogos em educação e espiritualidade**. Recife: editora da UFPE, 2010. p. 13-52.

\_\_\_\_\_. **Educação e espiritualidade: contribuições para uma compreensão multidimensional da realidade, do homem e da educação.** Campinas: Mercado de Letras, 2013.

ROSAL, V. M. V. L. de. **Alongamento estático na intervenção fisioterapêutica da lombalgia ocupacional - artigo de revisão.** Monografia de conclusão de especialização. Recife: 2012.

SAAD, M. *et al.* (2001). Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, 8(3), 107-112, 2001.

SALGADO, APA; ROCHA, RM; CONTI, CC. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **R. UERJ**. 15(2):223-8, 2007.

SAMPAIO, A. T. L. Educação em saúde: caminhos para formação integrativa. In: BARRETO, A. F. (org). **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação.** Recife: editora UFPE, 2014.

SANCHEZ, E. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo.** Atualização Brasileira em Fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.

SANCHEZ, E.; MARQUES, A. A origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista Brasileira da USP.** São Paulo. Vol 1, jul/dez, 1994.

SANTOS, F. S; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O mundo da saúde.** 34 (4), 488-97, 2010.

SILVA, K. L., SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc Enferm USP**, 42(1), 48-56, 2008.

SOARES, M. S.; LIMA, C. B. **Grito de dor e canção de amor. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade.** Editora Universitária: João Pessoa, 2005.

SOUCHARD, P.; OLLIER, M. **As escolioses: seu tratamento fisioterapêutico e ortopédico.** São Paulo: É realizações, 2005.

SOUZA, E. A. de, GOMES, E. S. A visão do homem em Frankl. **Rev Latino-am Enfermagem**.11(4), 525-31, 2012.

THERNSTROM, M.. **As Crônicas da dor: tratamentos, mitos, mistérios, testemunhos e a ciência do sofrimento.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

VAILLANT, G. E. **Fé: evidências científicas.** Barueri: Manole, 2010.

VASCONCELOS E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad. Cedes**, Campinas, 29(79), 323-334, 2009.

\_\_\_\_\_. A espiritualidade no cuidado e na educação. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2011.

VIEIRA, A. **A corporeidade na escola postural**. Dissertação de mestrado. Natal: UFRN, 1998.

VILELA, E. M., MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(4), 2003.

VOLCAN, S. M. A., SOUSA, P. L. R., MARI, J. J., & HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública**. 37(4):440-5, 2003.

WONG-UN, J. A. O sopro da poesia: revelar, criar, experimentar e fazer saúde comunitária. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 198-222.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa discute a relação entre “Espiritualidade e Saúde”, com objetivo de analisar a intervenção da religiosidade e da saúde integral na prática dos docentes de fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. Está sendo desenvolvida e aplicada por Vivianne Marie Valença de Lima Rosal, aluna do Curso de Pós-graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda lemos. A mesma tem como título “Espiritualidade e Saúde: uma Análise na Abordagem Didática e Terapêutica dos dos Docentes de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba”.

O objetivo do estudo é verificar como os docentes do curso de fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) abordam a espiritualidade na prática docente quanto do ensino no atendimento fisioterapêutico.

Este trabalho tem como finalidade contribuir com docentes em fisioterapia da UFPB no que se refere à prática fisioterapêutica e sua relação com a integralidade do ser, uma vez que as disciplinas têm concepções cartesianas, excluindo assim a dimensão espiritual como prática integrante da relação terapeuta-paciente. Pretendemos com isso beneficiar a abordagem docente.

Solicitamos sua colaboração para responder o questionário e/ou a entrevista, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e de ciências das religiões e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde e integridade física/psíquica/social.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Neste sentido, os dados fornecidos podem ser retirados a qualquer momento da pesquisa, após sua solicitação.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

**Contato com a pesquisadora responsável:**

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, ligar para a pesquisadora Vivianne Marie Valença de Lima Rosal. Endereço: Rua Golfo de Cadis, 199/703. Intermares. Cabedelo/PB – Telefone: (83)-8899-6148.

**Contato do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP-CCS:**

Endereço: Universitário S/N.  
Bairro: Castelo Branco. CEP:58.051-900  
UF:PB. Município: João Pessoa.  
Telefone: (83)32167791  
Email: eticaccs@ccs.ufpb.br

Atenciosamente,

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE II

### 1- PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: \_\_\_\_ anos Local de nascimento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) casada/o ( ) solteira/o

( ) amasiada/o ( ) viúva/o

( ) divorciada/o ( ) outros \_\_\_\_\_

Filhos: ( ) não ( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) ensino superior completo ( ) pós-graduação

Em quê? \_\_\_\_\_

Outra formação profissional? Qual? \_\_\_\_\_

Faixa salarial:

( ) 1 a 3 salários ( ) 4 a 10 salários ( ) acima de 10 salários mínimos

### 2- PERFIL RELIGIOSO

Você acredita em \_\_\_\_\_

Também em:

( ) Deus

( ) Jesus

( ) Espírito Santo

( ) Diabo

( ) Bruxas

( ) Duendes

( ) Fadas

( ) Deusas

( ) Espíritos

( ) Santos

( ) Energia

( ) Mau-olhado

( ) Reencarnação

( ) Ressurreição

- Orixás
- Céu
- Inferno
- “macumba”
- Nada
- Santas
- Virgem-Maria
- Outros \_\_\_\_\_

Há algo que gostaria de acrescentar a esta lista?

- não       sim, o quê? \_\_\_\_\_

Caso você acredite em Deus, como você o vê?

- energia
- força
- pai
- mulher
- espírito
- homem
- cosmos
- poderoso
- natureza
- velho
- grande
- fraco
- pequeno
- mãe
- potente
- provedor
- delicado
- razão
- sensível

Ou, você o considera: \_\_\_\_\_

### 3- HISTÓRICO RELIGIOSO PESSOAL E FAMILIAR

Qual a religião de sua mãe? \_\_\_\_\_

Qual a religião de seu pai? \_\_\_\_\_

Qual a religião da família de sua mãe? \_\_\_\_\_

Qual a religião da família de seu pai? \_\_\_\_\_

Frequenta algum grupo religioso atualmente?

( ) não      ( ) sim, Qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo participa deste grupo?

( ) menos de 1 ano      ( ) menos de 3 anos      ( ) de 3 a 5 anos

( ) de 6 a 10 anos      ( ) mais de 11 anos      ( ) desde que nasci

Você se considera “membro” deste grupo religioso?      ( ) não      ( ) sim

Por quê? \_\_\_\_\_

Você possui, ou já possuiu, alguma função neste grupo?

( ) não      ( ) sim, Quais? \_\_\_\_\_

Se você pudesse classificar sua participação no grupo religioso, você afirmaria que participa:

( ) De todas as programações

( ) De quase todas as programações

( ) De apenas algumas programações

( ) Quase não participa das programações

( ) Vai quando tem tempo

( ) vai uma vez ao ano

( ) vai em ocasiões especiais. Quando? \_\_\_\_\_

Você visitou outros grupos religiosos nas últimas semanas?

( ) não      ( ) sim. Qual/ais: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE III

#### 1- O que você entende por espiritualidade?

##### Conceitos de espiritualidade:

- Postura ética humanística
- Busca de sentido e significado para a vida humana
- Crença e relação com Deus/religiosidade
- Crença em algo transcendente à matéria
- Crença na existência da alma e na vida após a morte

#### 2- Você relaciona o assunto espiritualidade com?

##### Assuntos relacionados à “saúde e espiritualidade”

- Humanização da ‘medicina’ (saúde)
- Qualidade de vida
- Interferência positiva e negativa
- Saúde total e holística
- Interferência do transcendente
- Abordagem do viver e morrer

#### 3- Justificativas oferecidas pelos professores de fisioterapia sobre a importância de oferecer ao paciente uma assistência espiritual:

##### “Há uma importância em oferecer ao paciente uma assistência espiritual?”

- Proporcionar bem-estar e conforto ao paciente
- Dada a cultura e religião que o paciente pertence, a assistência espiritual não é só importante como indispensável
- Desde que o paciente ou a família dê abertura ou se pronuncie a respeito
- Faz parte do tratamento holístico
- Não apenas o paciente necessita de assistência, mas todos nós, independentemente da religião
- Outros
- Não respondeu

## APÊNDICE IV

### ENTREVISTA

- 1- A espiritualidade é imprescindível para a formação humana?
- 2- A espiritualidade pode ser considerada uma dimensão da educação superior? Se Sim, de que forma?
- 3- Você acredita que a espiritualidade influencia a prática do fisioterapeuta? Se sim, de que forma?
- 4- Você acha que a espiritualidade é imprescindível no atendimento do paciente? Por quê?
- 5- Qual a importância da espiritualidade no trabalho de saúde?
- 6- A espiritualidade contribui na melhora do paciente? Como?
- 7- O que você entende de saúde integral?
- 8- Você acha importante a espiritualidade na aplicabilidade na prática fisioterapêutica?
- 9- Em que momento você passou a aplicar a espiritualidade na docência?
- 10- Em algum momento você já pensou em aplicar a espiritualidade na sua prática?  
De que forma?

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### ORGANIZAÇÃO e ESTRUTURAÇÃO CURRICULAR

#### A) CONTEÚDOS BÁSICOS

##### A.1) Eixo 1: Formação Biológica:

Nomenclatura da Disciplina	Nº de Créditos	Carga Horária	Pré-requisitos
<b>Anatomia I</b>	04	60	
Anatomia II	04	60	Anatomia I
Neuroanatomia	04	60	Anatomia I
Histologia	03	45	
Embriologia	01	15	
Fisiologia I	04	60	
Fisiologia II	03	45	Fisiologia I
Fisiologia do Exercício	03	45	Fisiologia II
Patologia geral	03	45	Biologia cel. e Fisiologia.I
Parasitologia	02	30	Biologia cel.
Imunologia	02	30	Biologia cel. e Fisiologia II
Bioquímica Geral	05	75	
Biologia Celular	04	60	
Farmacologia	02	30	Bioquímica G.
Biofísica Básica	04	60	

<i>Total</i>	<b>48</b>	<b>720</b>
--------------	-----------	------------

## A.2) Eixo 2: Formação Social e Humana:

<b>Nomenclatura da Disciplina</b>	<b>Nº de Créditos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Pré-requisitos</b>
<b>Introdução à Psicologia</b>	04	60	
<b>Bases da Psicopatologia</b>	02	30	Introdução à Psicologia
<b>Introdução à Saúde Pública</b>	02	30	
<b>Epidemiologia</b>	03	45	
<b>Ética, Bioética e Deontologia em Fisioterapia</b>	02	30	
<i>Total</i>	<b>13</b>	<b>195</b>	

## A.3) Eixo 3: Formação Instrumental Pré-Profissional:

<i>Nomenclatura da Disciplina</i>	<b>Nº de Créditos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Pré-requisitos</b>
<b>História e Fundamentos da Fisioterapia</b>	03	45	
<b>Eletroterapia</b>	03	45	Biofísica/ Fisiologia II
<b>Termoterapia e Fototerapia</b>	05	75	Biofísica/ Fisiologia II
<b>Hidroterapia</b>	03	45	Biofísica/ Fisiologia II
<b>Semiogênese e Semiotécnica em Fisioterapia I</b>	03	45	Anatomia II e Fisiologia II
<b>Semiogênese e Semiotécnica em Fisioterapia II</b>	03	45	<b>Cinesiologia e Semiogênese e Semiotécnica em fisioterapia I</b>
<b>Recursos Terapêuticos Manuais I</b>	03	45	Anatomia II, Fisiologia II e Neuroanatomia
<b>Recursos Terapêuticos Manuais II</b>	03	45	RecurTerapeut Manuais I
<b>Cinesiologia</b>	05	75	Anatomia II, Fisiologia II e Neuroanatomia
<b>Cinesioterapia I</b>	04	60	Anatomia II, Fisiologia II e neuroanatomia
<b>Cinesioterapia II</b>	05	75	<b>Cinesioterapia I</b>
<b>Biomecânica</b>	03	45	Anatomia II e Fisiologia II

Total	43	645
-------	----	-----

A.4) Eixo 4: Formação Profissional.

<b>Nomenclatura da Disciplina</b>	<b>Nº de Créditos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Pré-requisitos</b>
-----------------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------

<b>Fisiopatologia Clínica. dos Sistemas. Ósteo-Mio-Articular</b>	04	60	Anat. II, Fisiol. II e Patol. geral
<b>Fisiopatologia Clínica. do Sistema. Nervoso</b>	04	60	Anat. II, Fisiol. II, Neuroan. e pat. geral
<b>Fisiopatologia Clínica do Sistema Respiratório e Cardiovascular.</b>	04	60	Anat. II, Fisiol. II e Patol. Geral
<b>Fisiopatologia Clínica do Sistema Gênitourinário</b>	02	30	Anat. II, Fisiol. II e Patol. Geral
<b>Clínica Materno-infantil</b>	03	45	Anat. II, Fisiol. II e Patol. geral
<b>Bases da Gerontologia</b>	02	30	Anat. II, Fisiol. II e Patol. geral
<b>Fisioterapia nas disfunções do Sistema Ósteo-Mio-Articular</b>	12	180	*
<b>Fisioterapia nas disfunções do Sistema Gênitourinário</b>	04	60	*
<b>Fisioterapia nas Disfunções do Sistema Respiratório</b>	08	120	*
<b>Fisioterapia nas Disfunções do Sistema Cardiovascular</b>	05	75	*
<b>Fisioterapia nas disfunções do Sistema Nervoso</b>	12	180	*
<b>Fisioterapia na Saúde Materno-Infantil</b>	09	135	*
<b>Fisioterapia na Saúde do Trabalhador</b>	06	90	*
<b>Estágio I - Gerontologia</b>	05	75	**

<b>Estágio II – Saúde Coletiva</b>	09	135	**
<b>Estágio III</b>	23	345	**
<b>Estágio IV</b>	23	345	**
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>2025</b>	

\* Têm como co-requisitos, as fisiopatologias clínicas correspondentes a cada área de estudo e, como pré-requisitos, as disciplinas do eixo de formação instrumental pré-profissional.

\*\* Têm como pré-requisitos todas as disciplinas do eixo de formação profissional oferecidas previamente.

## B) CONTEÚDOS COMPLEMENTARES

### B.1) Conteúdos Complementares Obrigatórios:

<b>Nomenclatura da Disciplina</b>	<b>Nº de Créditos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Pré-requisitos</b>
<b>Prótese e Órtese</b>	04	60	Cinesiologia e Biomecânica
Metodos e técnicas de pesquisa	04	60	
Elaboração do Trabalho Monográfico	04	60	
Administração em Fisioterapia	03	45	
Estatística Vital	04	60	
Bio-informática	03	45	
Trabalho de conclusão de curso – TCC I	01	15	
Trabalho de conclusão de curso – TCC II	01	15	TCC I
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>360</b>	

## B.2) Conteúdos Complementares Optativos

**Observação I:** O acadêmico deverá escolher de 22 a 37 créditos entre as disciplinas listadas na tabela abaixo:

**Observação II:** Além das disciplinas listadas abaixo, o acadêmico poderá aproveitar até 5 créditos de disciplinas oferecidas por departamentos do campus I da UFPB.

<b>Nomenclatura da Disciplina</b>	<b>Nº de Créditos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Pré-requisitos</b>
Fundamentos da Homeopatia	03	45	
Fisioterapia desportiva	04	60	Fisiopatologia clínica nas disfunções do sistema osteomioarticular
Introdução à Acupuntura	02	30	
Gestão de qualidade em Saúde	02	30	
Reeducação Psicomotora	03	45	
Educação de Excepcionais	03	45	
Técnicas de entrevista e aconselhamento	03	45	
Sociologia da saúde	04	60	
Nutrição e atividade física	02	30	
Microbiologia	02	30	
Antropologia Cultural	04	60	
Genética e Evolução	04	60	
Métodos Terapêuticos Naturais	02	30	
Noções de radiologia	02	30	
Fisioterapia Dermato-funcional	02	30	Semiologia e Semiotec. II
Tópicos especiais em Fisioterapia	03	45	

### B.3) Conteúdos Complementares Flexíveis:

Serão definidos especificamente pelo colegiado do curso de fisioterapia e poderão ser integralizados no currículo pleno até o percentual de 5%.

**Observação:** No caso do acadêmico ter optado por integralizar apenas 22 créditos com disciplinas complementares optativas poderá integralizar os 15 créditos restantes com atividades complementares flexíveis, definidas pelo Colegiado do Curso.

### C) DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA NO CURRÍCULO PLENO

Conteúdos	Eixos de Formação	Nº de Créditos	Carga Horária	%
<i>Básicos</i>	Biológica	48	720	16%
	Social e Humana	13	195	4,3%
	Pré-profissional	43	645	14,3%
	Profissional	135	2.025	45%
<i>SUBTOTAL</i>		<b>239</b>	<b>3.585</b>	<b>80%</b>
<i>Complementares</i>	Obrigatórios	24	360	8%
	Optativos	22	330	7,3%
	Flexíveis	15	225	5%
<i>SUBTOTAL</i>		<b>61</b>	<b>915</b>	<b>20%</b>
<i>TOTAL GERAL</i>		<b>300</b>	<b>4.500</b>	<b>100%</b>