

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**UMA ABORDAGEM CORPORAL PARA A PRÁTICA FISIOTERÁPICA NO
ENSINO DE 3º GRAU, COM BASE NA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL**

CURITIBA

1997

AURISTELA DUARTE MOSER

**UMA ABORDAGEM CORPORAL PARA A PRÁTICA FISIOTERÁPICA NO
ENSINO DE 3º GRAU, COM BASE NA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, área de concentração em Pedagogia Universitária na PUC-PR. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Ignez Marins.

CURITIBA

1997



PUC PR

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Teologia e Ciências Humanas
Departamento de Educação
Mestrado em Educação

ATA DO EXAME DA DISSERTAÇÃO

Exame de Dissertação n.º 86

No dia 20 de novembro de 1997, às 14h30min., reuniu-se a Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. ^a Dr. ^a Maria Ignez Marins	
Prof. Dr. Herivelto Moreira	
Prof. Dr. Jamil Ibrahim Iskandar	

designada para a Exame de Dissertação da mestranda **AURISTELA DUARTE MOSER**, ano de ingresso 1994, do Programa de Pós-Graduação em Educação, Nível de Mestrado, intitulada **UMA ABORDAGEM CORPORAL PARA A PRÁTICA FISIOTERÁPICA NO ENSINO DE 3.º GRAU, COM BASE NA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL.**

Prof. ^a Dr. ^a Maria Ignez Marins		Conceito <u> A </u>
Prof. Dr. Herivelto Moreira		Conceito <u> A </u>
Prof. Dr. Jamil Ibrahim Iskandar		Conceito <u> A </u>
		Conceito Final <u> A </u>

Observações: A mestranda deve atender às sugestões da banca no que se refere a conteúdos da dissertação antes de apresentar o trabalho definitivo

Prof. Dr. Peri Mesquita
Coord. do Curso de Mestrado em Educação

- ◆ À memória do meu pai.
- ◆ À minha mãe, minha primeira professora.
- ◆ Aos meus filhos, Mariana, Henrique e Sofia.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À Prof.^a Dr.^a. Maria Ignez Marins, minha orientadora.
- ◆ Aos Professores do Curso de Mestrado em Educação que me fizeram gostar de ser professora e de me comprazer nessa função.
- ◆ Aos pacientes e acadêmicos do Curso de Fisioterapia da PUC-PR, gentis sujeitos desta pesquisa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	7
CAPÍTULO I	
REVISÃO HISTÓRICA DA FISIOTERAPIA ENQUANTO CIÊNCIA	10
1.1. O Nascimento da Fisioterapia	11
1.2. A Fisioterapia Hoje	18
CAPÍTULO II	
TECNICISMO E HOLISMO: CONFLITO E COMPLEMENTARIDADE NA FISIOTERAPIA	24
2.1. Influência Tecnicista	24
2.2. Influência Holística	33
CAPÍTULO III	
ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	36
3.1. A Paralinguagem	40
3.2. A Cinésia	41
3.3. A Proxêmica	50
3.4. O Olhar	53
3.5. O Silêncio	55

3.6. A Tacêsica	56
CAPÍTULO IV	
A OBSERVAÇÃO	60
CAPÍTULO V	
ELEMENTOS PARA UM MODELO DE ABORDAGEM CORPORAL PARA A PRÁTICA FISIOTERÁPICA	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa surgiu da experiência pessoal, desta mestrandia como fisioterapeuta desde 1980, e professora do curso de graduação em Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

A inquietação quanto aos resultados obtidos com as abordagens tradicionais, bem como o desconforto gerado pela descoberta de práticas conflitantes no meio fisioterápico, foram determinantes neste caso.

No decorrer do trabalho em clínica particular e no cotidiano da sala de aula, pode-se perceber que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados não respondiam mais aos questionamentos profissionais e pessoais que surgiam a cada dia. Era cada vez maior o número de pessoas que buscavam ajuda para suas dores e disfunções sem se beneficiarem verdadeiramente das técnicas de tratamento que se executavam.

Nos interrogatórios avaliativos e nos procedimentos de exame clínico, havia sempre pausas verbais, plenas de um sentido não captado, porém, cheias de significado. Havia também a sensação de que algo não era apreendido e de que talvez ali, nessas mensagens, residisse a chave para se desvendar os segredos de uma comunicação mais profunda e atual. A linguagem corporal ocupava seu espaço sem ser decodificada, pela falta de um referencial teórico e meios de registro adequados, trazendo a inquietação e a necessidade de um repensar da prática fisioterápica.

Foi buscando uma nova maneira de trabalhar e de ensinar Fisioterapia que esta pesquisa foi realizada, sendo este trabalho, uma pequena parte da grande contribuição que esta mestranda recebeu ao fazê-lo.

RESUMO

Realizou-se, neste trabalho, uma revisão histórica da Fisioterapia, abordando aspectos legislativos e curriculares, na busca de um paralelo entre as abordagens tecnicista e holísta hoje praticadas, enfatizando a importância da observação de comportamentos não-verbais nos procedimentos fisioterápicos. Finaliza-se com uma nova proposta de avaliação em fisioterapia, em que os elementos da comunicação não-verbal se associam aos procedimentos técnicos tradicionais, ampliando a dimensão corporal do paciente e fazendo da avaliação um diálogo terapêutico.

ABSTRACT

A historic review of Physiotherapy in legislative and curricular aspects was accomplished in a search for a parallel between the technician and holistic approaches today. Emphasis is given on the importance of observing the non-verbal behavior in the physiotherapeutic procedures. It ends with a new proposal for physiotherapeutic evaluation, where the elements of non-verbal communication are associated to the traditional technical procedures, enlarging the corporal dimension of the patient, thus considering the evaluation a therapeutic dialogue.

INTRODUÇÃO

Os recursos terapêuticos aplicados em terapia corporal, oficialmente aceitos, são, hoje, produto de uma formação regulamentada por lei nos cursos de graduação na área da Fisioterapia. Na origem dessa formação há um substrato sociológico do corpo que, para ser melhor compreendido, necessita de uma revisão histórica.

Segundo SYNNOTT (1992:75), “as mudanças na forma de ver e sentir o corpo estão relacionadas a aspectos sócio-econômicos e culturais de cada época.” A valorização do corpo humano remonta aos primórdios da civilização. Os gregos cultuavam o corpo em manifestações artísticas que iam desde a pintura até as esculturas em pedra e argila. Na concepção de Platão (in SYNNOTT, 1992:83), o corpo apresentava-se dissociado da mente, exercendo, esta, uma supremacia sobre aquele.

A doutrina cristã de São Paulo preconizava uma noção de corpo sagrado e divino, criado à imagem e semelhança de Deus. Esse caráter sagrado do corpo, entretanto, advinha de uma conexão com o espírito. São João Crisóstomo afirmava: “ há um corpo e uma mente formados por substâncias diferentes, tendo cada um sua beleza” (in SYNNOTT, 1992:84).

A visão cristã comportava também uma ambigüidade, caracterizada por uma conotação positiva e negativa do corpo, baseada em normas e preceitos relacionados com o uso do mesmo.

DESCARTES, ao enunciar em seu **Discours de la Méthode** o princípio “Penso, logo existo”, estabeleceu as bases do cartesianismo mecanicista. Com esta abordagem filosófica, definiu o corpo como uma máquina que trabalha sob o controle da mente, evidenciando, mais uma vez, a superioridade da mesma (1950:15).

A partir do século XIX, “intensificou-se a discussão sobre o corpo, com a participação de Darwin, Nietzsche, Marx e Freud.” (SYNNOTT, 1992:95). Considerado o precursor da medicina psicossomática, FREUD chamou a atenção da comunidade científica para a relação corpo-mente, na gênese da histeria, sugerindo em sua obra **Studies on Hysteria** (1895) a aplicação dessa linha de pensamento.

A vacina obrigatória, em 1853, na Inglaterra (REBELATTO, 1987:108), contribuiu para configurar o corpo como objeto de uma política governamental. Essa noção de corpo político é mantida, atualmente, pela regulamentação governamental, que se propõe a cuidar da saúde da população, exercendo, para isso, um controle social por meio de programas de Saúde Pública. As ações de saúde ligadas ao corpo obedeceram, a partir daí, a uma política voltada para a produtividade (saúde na empresa), ou atendimentos massificados e padronizados para atingir maior número de pessoas.

SARTRE (in SYNNOTT, 1992:100) criticou a lógica cartesiana, afirmando: “o corpo é uma extensão de mim mesmo”. Em assim procedendo, introduzia o monismo sartreano em oposição ao dualismo cartesiano.

MERLEAU PONTY (1945) comungava com as idéias de SARTRE ao considerar o corpo não como um objeto a ser estudado pela ciência, mas a

manifestação do conjunto das funções psicofísicas do homem. Assim, uma nova forma de sentir e ver o corpo era proposta com desdobramentos no âmbito da terapia corporal.

Um método de recuperação das lesões do aparelho locomotor, usando o relaxamento como técnica de tratamento, foi proposto por FELDENKRAIS, em 1946. Em sua obra **Consciência pelo Movimento**, (1972) o autor afirmava que cada exercício proposto deveria surgir após uma **observação do comportamento gestual** do paciente, para que se pudesse individualizar a terapia de acordo com as características de cada pessoa. A partir de então, delineava-se no contexto das ciências da saúde duas abordagens diferenciadas: a tecnicista que considera o ser humano como uma máquina, e a holística que vê o homem como um ser total.

Nas últimas décadas, os consideráveis avanços científicos na área da saúde repercutiram intensamente na Fisioterapia, cujo objeto de estudo é o corpo humano (REBELATTO, 1987). Não obstante, na maioria das vezes o fisioterapeuta permanece com uma visão fragmentada do corpo, continuando a trata-lo como um objeto avariado que necessita ser consertado.

No Brasil, a partir de 1983, foram introduzidas algumas terapias corporais que traziam uma visão nova do corpo, como é o caso da Reeducação Postural Global, da Antiginástica, da Reintegração Estrutural e da Acupuntura (esta, uma manifestação da medicina chinesa), técnicas largamente usadas pelos fisioterapeutas e baseadas na visão holística.

Apesar do grande interesse despertado pelos métodos holísticos, a abordagem tecnicista de pesquisadores como KNOPLICH (1982), KENDALL

(1983) e KISNER (1987), parece ainda prevalecer nos cursos de graduação em Fisioterapia, no país.

A coexistência das duas abordagens referidas anteriormente, suscita algumas questões como:

- qual a origem da prática fisioterápica e qual a concepção de corpo que dá suporte a essa prática nos dias atuais?
- como compor um modelo de abordagem corporal que atenda às necessidades não só da doença mas, também do doente, abrangendo seus aspectos bio-psico-sociais ?
- dentro de uma ótica interdisciplinar, que disciplinas ou áreas de conhecimento podem contribuir para o delineamento de uma pesquisa sobre a linguagem do corpo que dê suporte à prática fisioterápica nos dias atuais, constituindo um modelo de abordagem corporal?

Para tanto, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- a) repensar a prática do fisioterapeuta no contexto histórico-social, buscando uma maior compreensão da ciência fisioterápica, bem como o esclarecimento de práticas contraditórias no âmbito da terapia corporal;
- b) levantar o perfil do profissional nos dias de hoje, nos contextos histórico-social, legislativo e formação curricular, buscando um paralelo com outros ramos da ciências da saúde.
- c) apresentar subsídios para uma abordagem corporal que considere o corpo em seu conjunto, oferecendo uma alternativa às limitações do tecnicismo vigente.

A presente pesquisa está centrada na idéia de corpo, e o olhar concentrado na relação fisioterapeuta-paciente com todas as implicações existentes nessa relação de ajuda.

A tentativa de entrelaçamento e diálogo entre disciplinas e facetas do conhecimento permeará esse trabalho em todos os seus momentos, e terá um importante referencial na obra de MERLEAU PONTY e sua concepção de corpo. Este autor, em seus escritos, afirma:

O corpo é aquilo que somos e não aquilo que temos, e possuir um corpo é, para o sujeito, estar envolvido no mundo, e comprometido com ele. Portanto: se fixarmos a idéia de corpo dentro apenas dos padrões anátomo-fisiológicos, desligando-o de sua condição de veículo do ser-no-mundo, e meio de comunicação com ele, teremos uma pesquisa ao nível de explicação causal, mas não chegaremos ao nível de compreensão do corpo, e menos ainda, à noção de sua multiplicidade (MERLEAU-PONTY, 1945).

Historicamente, o corpo humano tem sido visto e tratado preferencialmente do ponto de vista da sua anatomia e fisiologia. Nessa ótica, o que se procura transmitir aos educadores interessados na melhoria do corpo e na utilidade de seus movimentos é um corpo no seu aspecto físico, em suas formas, e na explicação dos movimentos possibilitados por ele.

Isto faz com que, ao longo desse processo, haja a transformação do corpo, que seria considerado veículo do ser-no-mundo em corpo objeto, corpo coisificado.

A idéia de corpo objeto não advém apenas da área anátomo-fisiológica. A própria psicologia clássica, dividiu o homem em corpo e alma, mesmo que estabelecendo uma relação entre os dois. Essa mesma psicologia clássica porém no dizer de MERLEAU PONTY, ao descrever o corpo, atribuiu-lhe algumas características incompatíveis com o estatuto de objeto, diferenciando-o de uma

mesa ou cadeira. Ainda assim caracterizava-o como um objeto especial, estabelecendo uma distância entre corpo e objeto, numa visão cartesiana de sujeito e objeto.

Os profissionais que nos dias de hoje se ocupam da terapia corporal, parecem ter diante de si duas alternativas: ou seguem lidando com o corpo como se este fora uma coisa não pensante a ser adestrada ou despertam para o fato de sermos “um corpo como forma de estar-no-mundo de forma sensível e inteligente” (MORAIS,1991:84).

Esse trabalho é norteado, pois, pela idéia de corpo como um lugar de troca entre o mundo exterior que circunda a fronteira representada pela pele, e o nosso mundo interior, representado pelas sensações, emoções e aparelho cognitivo. A partir dessa premissa procurou-se, na investigação, a partir de momentos particulares, porém complementares, estabelecer um diálogo entre algumas áreas do conhecimento que possa resultar numa contribuição à semiologia fisioterápica .

METODOLOGIA

A consecução dos objetivos propostos levou esta mestranda a realizar uma pesquisa de caráter bibliográfico, tendo sido estudados: a história da Fisioterapia, as modalidades terapêuticas tecnicista e holísta, a comunicação não-verbal e a observação, o que permitiu a proposta apresentada nesta dissertação.

A coexistência de abordagens conflitantes na prática fisioterápica torna-a um objeto de estudo com peculiaridades que obrigam o pesquisador a abordá-la também de forma peculiar. Por essa razão, o presente trabalho incorporou elementos da pesquisa qualitativa sem no entanto, desprezar os aspectos quantitativos que se revelaram úteis à sua execução.

Dentre os elementos qualitativos presentes pode-se citar a preocupação com o significado dos eventos observados e a tentativa de colocá-los num contexto mais amplo da vida do sujeito pesquisado, bem como a observação livre feita inicialmente no ambiente natural onde a ação se desenvolve.

A constante tentativa de desvelar o que esteve subjacente aos comportamentos não-verbais também abriu espaço para componentes de subjetividade inerentes a abordagem qualitativa.

Buscando responder às indagações iniciais da pesquisa foi feita uma observação espontânea da interação fisioterapeuta-paciente, para colher impressões a partir das quais fosse possível traçar estratégias de pesquisa

voltadas para a linguagem corporal. Os dados da observação inicial ajudaram no direcionamento da busca bibliográfica para o estudo dos comportamentos relevantes e no aprimoramento de uma segunda observação mais sistemática.

As obras consultadas constam nas referências bibliográficas. Todavia, a base da pesquisa relativa à abordagem tradicional está centrada nos livros e manuais utilizados na graduação em Fisioterapia, onde se destacam KENDALL (1983), KNOPLICH (1982) e KISNER (1987). O estudo dessas obras revelou-se de grande confiabilidade para a autora, pois, a escassa produção científica na área aponta para os manuais e livros utilizados na graduação como principal fonte de influência na formação do fisioterapeuta.

Na revisão bibliográfica, foi feito um levantamento da evolução histórica da Fisioterapia, permeada por uma visão de corpo construída ao longo da história das ciências da saúde. Para isso foram selecionadas obras nas áreas de Filosofia, Sociologia e Artes Médicas em geral, resultando num trabalho interpretativo e dedutivo.

O levantamento sobre a ainda emergente abordagem holística foi feito com base nas obras de FELDENKRAIS (1972), BERTHERAT (1986), FREIRE (1991) e CREMA (1991), entre outros.

Os estudos referentes à comunicação não-verbal foram baseados em autores consagrados, como GUIRAUD (1991), DAVIS (1979), STEINBERG (1988), FAST (1974) e MONTAGU (1988), buscando-se aliar os dados encontrados nesses estudos com as mensagens veiculadas pelo corpo na interação fisioterapeuta-paciente.

Procurou-se focar o fazer fisioterápico como fonte de significados passível de investigação, cuja manifestação lingüística não pode ser dissociada do contexto da vida das pessoas e de suas percepções naquele momento.

Os estudos sobre observação foram incluídos para viabilizar o entendimento de como o comportamento não-verbal pode ser registrado e utilizado nos procedimentos fisioterápicos, de modo a enriquecê-los enquanto abordagem .

O termo **abordagem** será aqui entendido como sendo o modo pelo qual o fisioterapeuta se aproxima do seu paciente em termos teóricos, incluindo uma tentativa de desvelar os pressupostos subjacentes à sua prática.

Como subsídio à pesquisa bibliográfica, utilizou-se a técnica da observação no acompanhamento de 12 avaliações fisioterápicas realizadas no período de maio a junho de 1997. Os sujeitos selecionados para esta pesquisa foram 12 acadêmicos do curso de Fisioterapia da PUC. PR, e seus respectivos pacientes, durante o primeiro atendimento, que se constitui em avaliação fisioterápica.

Utilizando-se a técnica do registro cursivo, foi feito o registro dos comportamentos não-verbais presentes na avaliação fisioterápica realizada pelos acadêmicos. Objetivou-se, com esse procedimento, identificar uma linha de base e, a partir desta, selecionar algumas condutas para elaboração de uma proposta-modelo de uma nova avaliação. Após as observações, foram listados os comportamentos não-verbais de maior freqüência e procedeu-se à operacionalização dos mesmos.

Material utilizado:

1- uma filmadora JVC.

2- uma câmara fotográfica.

3- folhas de registro.

Antes da coleta de dados houve prévia autorização por parte dos acadêmicos e pacientes quanto à realização de todos os procedimentos de registro. Cada avaliação teve 10 minutos de filmagens e 20 minutos de observação cursiva.

CAPÍTULO I

REVISÃO HISTÓRICA DA FISIOTERAPIA ENQUANTO CIÊNCIA

Trabalhar em uma profissão exige clareza sobre o objeto do qual se ocupa o profissional em seu campo de atuação. Sendo assim, o perfil de um profissional encontra-se fundamentalmente vinculado ao modo como assimila os modelos teóricos e filosóficos que norteiam sua prática. Nos campos profissionais ligados à Fisioterapia, parece ainda não haver clareza suficiente em relação a esta profissão. A atenção maior acaba se voltando para a doença, que constitui apenas um dos aspectos do que deveria ser o alvo da atenção dos profissionais. A consequência disso é o direcionamento para uma formação que capacita a lidar com aspectos isolados e parciais do indivíduo-paciente. Os procedimentos fisioterápicos encontram-se direcionados para partes específicas do corpo (ex.: ombros, joelhos etc.), sem considerar o funcionamento do sistema corpóreo e a interrelação de seus componentes.

Um campo profissional ou uma área de conhecimento diz respeito ao que as pessoas fazem ou ao resultado desse "fazer". "O fazer implica um comportamento cuja compreensão, como fato humano que é, implica na análise de suas relações funcionais com o conjunto dos demais fatos humanos" (CAMILO, 1986:72).

Observa-se que, freqüentemente, a combinação de diversas condições relacionadas aos fatos humanos em determinados momentos da História direcionaram o objeto de estudo da Fisioterapia para aspectos definidos ou específicos. O objeto de trabalho mostrou-se, assim, vinculado ao contexto dos fatos humanos, variando a sua concepção com a oscilação dos mesmos.

O objeto de trabalho da Fisioterapia assumiu diferentes enfoques desde o início do seu surgimento, nos tempos antigos, até a época atual. A seguir, aborda-se a evolução dessa profissão em duas etapas.

1.1. O Nascimento da Fisioterapia.

Na Antigüidade, período compreendido de 4.000 a.C. a 395 d.C., havia uma forte preocupação com os portadores das chamadas "diferenças incômodas", sinônimo de doenças. Tentativas de eliminar essas diferenças eram feitas por meio da utilização de agentes físicos (a eletricidade do peixe elétrico, movimentos do corpo etc.).

Esses agentes físicos eram empregados com finalidade terapêutica. Segundo LINDEMAN, TEIRICH-LEUBE e HEIPERTZ (1975:177), os movimentos corporais como meio terapêutico já eram utilizados vários séculos antes da era cristã.

O Imperador chinês Hong-Ti utilizava a ginástica curativa com exercícios respiratórios para promover a desobstrução de órgãos (LINDEMAN, 1975:81). Galeno (130 a 190 d.C.) aplicava princípios de ginástica corretiva à reeducação torácica. Percebe-se nesses exemplos, a pretensão de curar o indivíduo,

caracterizando um objeto de trabalho comprometido com a ação terapêutica voltada para partes isoladas do corpo, enfatizando, porém, uma preocupação com o corpo e com a manutenção da saúde.

Essa abordagem terapêutica viria a sofrer alterações significativas com o advento da Idade Média e com a nova estrutura social predominante nessa época. No período medieval, com a organização dos homens em clero, nobreza e camadas populares, tendo cada grupo atribuições estabelecidas pela “ordem divina”, cabia ao camponês o trabalho, ao nobre, a guerra, e ao clero, o serviço a Deus. A administração da sociedade e as idéias vigentes refletiam uma organização social que interessava apenas aos que dela se beneficiavam e que procuravam perpetuar essa conveniência.

A submissão a uma vontade divina, representada pelo clero, influenciou sobremaneira a concepção de corpo e as ações voltadas para ele, na medida em que a dor, o sofrimento e até a deficiência física eram aceitas como fatalidade e instrumento de expiação ou purificação. Os eventos humanos ou fenômenos da natureza eram atribuídos à interferência divina quando benéficos e, quando maléficos, à atuação demoníaca. Não se buscava, desse modo, conhecer os mecanismos causadores das doenças, pois estes não estavam ao alcance dos seres humanos. Restava aos doentes menos favorecidos socialmente aceitar o sofrimento e esperar a cura pela fé e orações. “As ordens religiosas eram inimigas do corpo. Os hospitais na idade média tinham caráter eclesiástico, ficando junto a importantes mosteiros, e suas salas de enfermos ficavam ao lado das capelas, havendo altares junto ao leito dos doentes e nenhum espaço para a realização de exercícios de recuperação” (LINDEMAN, 1975:178). Mesmo assim,

a atividade física que deriva do próprio movimento se fazia presente na vida das pessoas dentro das limitações impostas pelo sistema social da época. Os exercícios começaram a ser utilizados pelos menos favorecidos, como diversão e lazer barato. Já a nobreza e o clero os utilizavam para a preservação e aumento da força física, garantindo a capacidade de guerrear e a defesa do patrimônio.

Esse contexto provocou uma interrupção dos estudos na área da saúde com duas importantes conseqüências:

- 1) a concepção do corpo como algo inferior, supervalorizando a alma e o espírito (visão dicotômica);
- 2) a inibição da preocupação curativa, ficando o exercício físico direcionado para aqueles que tinham tempo e até saúde para executá-lo com finalidade de treinamento.

Para os camponeses, é pertinente que se repita, o exercício servia como diversão e lazer, e para a classe dominante era instrumento de aprimoramento corporal.

Essa concepção influenciou grandemente os rumos da Fisioterapia no Renascimento, período que compreendeu os séculos XV e XVI, quando houve um grande movimento artístico e literário, com foco inicial na Itália, e posterior difusão pela Europa.

Em função do crescimento da arquitetura, escultura e artes em geral, o homem começou a interessar-se pelo seu mundo exterior de maneira mais livre. A autonomia e a independência se fizeram presentes, em contraposição aos rígidos valores morais da Idade Média. "O surgimento das Universidades como

fonte de transmissão e produção do saber, influenciou sobremaneira o comportamento da época” (REBELLATTO, 1987:17).

O desenvolvimento do humanismo e das artes possibilitou a retomada dos estudos referentes ao corpo e o conseqüente ressurgimento do culto ao físico. Datam dessa época os princípios de Ginástica Médica de Mercurialis, que consistiam de:

- 1) exercícios para conservar a saúde já existente;
- 2) regularidade no exercício;
- 3) exercícios para enfermos;
- 4) exercícios para convalescentes;
- 5) exercícios para sedentários.

A preocupação com a manutenção da saúde abriu espaço para atuar em níveis que iam além do trabalho curativo, abrangendo ações que, posteriormente, deram origem à medicina preventiva.

As novas direções de estudo, reflexão e trabalho em assistência à saúde, nascidas no movimento renascentista, mereceram a atenção de profissionais e pesquisadores das épocas seguintes.

“O declínio do Renascimento na Itália começou após o ano de 1550 com a descoberta do Novo Mundo” (REBELATTO, 1987:37). Na ocasião, os centros de comércio do Mediterrâneo transferiram-se para a costa do Atlântico, enquanto a Itália tornava-se politicamente instável. Porém, na Alemanha, França e Inglaterra, os estudos relativos à saúde continuaram.

No período que antecedeu a industrialização, vários trabalhos concernentes ao exercício físico foram elaborados. “Dom Francisco y Ondeano

Amorós (1779-1849) dividiu a ginástica médica em quatro pontos: 1) manutenção de uma saúde forte; 2) tratamento de enfermidades; 3) reeducação de convalescentes 4) correção de deformidades” (in LINDEMAN, 1975:179). E mais: “G. Stebin e Mesendiac criaram um sistema de tratamento com a finalidade de prevenir lesões e corrigir deformidades” (LINDEMAN, 1975:186).

“Em 1864 surgiram proposições de uma divisão na aplicação e, conseqüentemente, nos estudos da saúde do homem, diferenciando o tratamento de enfermos, da ginástica para sãos.” (REBELLATTO, 1987:21). Um boletim da Sociedade Médica de Berlim, na ocasião, pronunciou-se a respeito, dizendo: “aos enfermos e àqueles cuja coluna vertebral sofreu alterações posturais, correspondem as salas de cura e não as lições de ginástica” (LINDEMAN, 1975:183). Esses fatos geraram uma divisão das ações profissionais conforme o estado de saúde da população. A partir daí, delineavam-se dois tipos de conduta em assistência à saúde: a curativa e a preventiva. Desdobramentos futuros desses enfoques ocorreriam no período histórico seguinte.

A industrialização, período compreendido entre os séculos XVIII e XIX, caracterizou-se por ser uma época de grandes mudanças sociais. A mecanização dos sistemas de produção e a intensificação do trabalho operário aceleraram o ritmo de atividades, mudando radicalmente as condições de trabalho e de uso do corpo nos sistemas de produção, a partir daí.

A jornada estafante, as condições precárias de moradia e a insalubridade de muitos ambientes nas indústrias levaram ao aparecimento de disfunções e doenças antes não tão freqüentes. O aumento do número de acidentes de trabalho contribuiu, junto com outros fatores, para que as pesquisas científicas,

até então voltadas para a construção de máquinas e formação de engenheiros, fossem canalizadas também para as escolas de medicina.

O saber médico estava, porém, a serviço das classes dominantes, às quais não convinham modificações profundas nas relações de trabalho, sob pena de diminuir a produção. Interessava mais o tratamento puro e simples das doenças decorrentes das condições de trabalho adversas do que mudar essas mesmas condições.

Essa forma de tratamento, dada as relações do homem com o seu trabalho, influenciou grandemente as atividades profissionais e áreas de estudo ligadas à saúde do homem, direcionando os esforços na busca de novos métodos de tratamento.

A preocupação, a partir daí, passava a ser o doente descontextualizado de todas as condições que contribuíram para a instalação da doença. Era o início de um movimento na direção da especialização.

A industrialização, com todos os seus benefícios para o progresso tecnológico e o avanço social gerado, viu surgir também a idéia de atendimento hospitalar. O hospital, além de prestar atendimento aos doentes, serviu, na época, como local de treinamento para profissionais destinados ao atendimento da população, com ênfase no tratamento de patologias instaladas, mas servindo também como laboratório de estudos clínicos e anatômicos. Esse direcionamento da pesquisa, além de propiciar o surgimento do hospital-escola, contribuiu para o surgimento das especializações ainda no século XIX. A medicina sofreu uma divisão dando origem ao especialista.

Todas as atividades profissionais ligadas à saúde do homem voltaram-se, então, para a busca de novos métodos de tratamento das doenças e suas seqüelas. Surgiam, assim, a dermatologia, a pediatria, a oftalmologia, a otorrinolaringologia e outras. A Fisioterapia, que viria a surgir no futuro como especialidade derivada do modelo das ciências médicas, teria o seu objeto de estudo e trabalho compartimentalizados. No que concerne à área de conhecimento e campo de atuação, limitar-se-ia ao atendimento essencialmente curativo e direcionado aos sintomas da doença, sem o compromisso com o bem-estar geral do indivíduo.

O exercício físico e outras formas de atuar em Fisioterapia tiveram, a partir daí, uma outra caracterização, constituindo uma nova área de estudo e trabalho, voltada para o tratamento.

As grandes guerras, já no nosso século, contribuíram de forma decisiva para a consolidação da ação fisioterápica na sociedade como elemento de reinserção do indivíduo na sociedade produtiva. O alto contingente de mutilados e portadores de seqüelas de ferimentos de guerra justificaram investimentos em pesquisas e criação de escolas para formação de profissionais, escolas estas voltadas para o processo de reabilitação. As escolas de cinesioterapia (terapia do movimento) foram criadas a partir de clínicas universitárias, nas quais imperava uma organização com forte tendência especializante.

As especializações de tratamento tornaram-se convenientes ao sistema vigente, pelo seu compromisso implícito com a recuperação ou “conserto” da parte afetada, sem se reportar às causas que originavam as patologias. Essa confluência de fatores gerou avanços tecnológicos para muitos campos e

atividades, mas, também, uma dependência e um compromisso com a doença e não necessariamente com a manutenção da saúde.

1.2. A Fisioterapia Hoje

O objeto de trabalho e de estudo do que hoje é chamada “área da saúde” passou, no decorrer da história, por oscilações significativas. Os tipos de preocupação que geraram estudos e propiciaram reflexões e formas alternativas de trabalho foram diferentes a cada época, como decorrência das próprias circunstâncias predominantes em cada período da História. Na Antigüidade, a preocupação em conhecer as diversas morbidades que acometiam o homem e a tentativa de sanar os efeitos e corrigir os distúrbios causados por essas doenças parece ter sido a constante dos estudos, das tentativas de explicação e das propostas de solução então surgidas nessa época.

A Idade Média parece ser uma época de paralisação dos estudos relativos à saúde humana. O interesse existente sobre as ações de saúde nessa época sofreu uma estagnação, enquanto que a realização de novos estudos e a aplicação profissional dessas ações foram substituídas pelas concepções predominantemente religiosas daquele período histórico. Como foi dito anteriormente, o corpo era encarado como um fardo a ser carregado, e o sofrimento físico sempre podia ser utilizado como meio de expiação dos pecados, a ponto de alguns chegarem a recorrer à auto-flagelação como meio de purificar-se e aproximar-se do “divino”. A retomada desses estudos no Renascimento apontou novos caminhos e, como consequência desse novo direcionamento,

surgiu a preocupação de preservar as condições normais de saúde do indivíduo. Datam dessa época o aparecimento das palavras **manutenção e prevenção**, manifestando uma visão de aspecto globalista, em que a saúde não se configurava apenas como ausência de doenças, mas, também, a harmonia com o meio .

Com o surgimento, evolução e estabelecimento da industrialização, as precárias condições de vida da população e a decorrente proliferação de doenças fizeram com que o trabalho voltado para as condições de saúde novamente se concentrassem na patologia e no indivíduo já acometido pela doença. Nas épocas subseqüentes (sécs. XIX e XX), aparecem, de forma mais definida as especializações médicas, ainda sob a influência da época anterior, mantendo em um grau significativo a preocupação com a doença instalada, segundo relata LEITÃO (1979).

Vale ressaltar nos diferentes momentos da História, a influência dos meios e relações de produção sobre o direcionamento das ações de saúde em cada época. Na medida em que essas relações de produção propiciaram um maior acesso das pessoas a melhores condições de vida, os tipos de assistência fornecidos se alteraram de forma significativa. Na Idade Média, por exemplo, quando vigorava uma relação servilista de produção, que não permitia uma distribuição satisfatória dos bens produzidos, a preocupação com as condições de saúde decresceram a níveis críticos. No Renascimento, quando o sistema de produção se alterou, tendo lugar o início das relações comerciais de livre iniciativa, as relações comportamentais entre os indivíduos produziram outros tipos e formas de atuação em relação à saúde do corpo humano, produzidos por

um avanço do conhecimento, das aplicações do conhecimento e, conseqüentemente, das condições de saúde da população. Da mesma maneira, no processo de industrialização, em que as relações de produção novamente valorizaram a exploração do trabalho dos que detinham uma menor quantidade de bens materiais, não permitindo a esses um acesso às melhorias decorrentes do acúmulo de capital, as formas de assistência às condições de saúde novamente se reduziram ao atendimento de uma população já lesada e acometida de males que necessitavam ser controlados, não no sentido de resolver a situação num contexto mais amplo, mas no sentido de os “manter em níveis” que não perturbassem o sistema social vigente. REBELATTO em seus estudos sobre a atuação profissional nas ciências da saúde alerta para as contradições existentes dizendo:

o desenvolvimento das profissões no campo da saúde, por muitas vezes, parece ter sido orientado a trilhar caminhos sem mesmo levar em conta os conhecimentos científicos já produzidos e disponíveis. Como exemplo disso, pode-se citar o fato de que muito embora as teorias da unicausalidade das doenças tenham sido superadas e, na década de 60, se tenha desenvolvido o conceito da multicausalidade desses fenômenos, os fatores mais enfaticamente abordados foram aqueles que ofereciam menos probabilidades de sugerir alterações que viessem a provocar mudanças profundas no sistema social, independentemente de seu potencial de determinação nas condições de saúde da população (REBELATTO, 1987: 83).

Dessa forma, ignorando os próprios conhecimentos existentes no campo da epidemiologia social, as ações voltadas à política de saúde e bem-estar social continuaram e continuam baseadas nos conceitos biológicos da determinação das doenças e na intervenção de profissional, voltadas para a eliminação dos fatores individuais ou de pequenos grupos. Não é incomum, em situações dessa natureza, considerar-se equivocadamente, o problema de saúde de uma comunidade como a somatória dos problemas individuais dos seus componentes,

a exemplo da abordagem cartesiana que vê o todo como a simples soma das partes.

A Fisioterapia, fazendo parte da área da saúde, sofreu essas mesmas influências no decorrer dos tempos, tendo os seus recursos e as suas diversas formas de atuação direcionados quase que exclusivamente para o indivíduo doente. A assistência fisioterápica é feita nesse sentido, quando a saúde se encontra em seus piores níveis, para reabilitar ou recuperar condições que o organismo já perdeu. “A própria denominação das formas de atuação da Fisioterapia já evidencia isso na atuação terapêutica através do movimento (cinesioterapia), através da eletricidade (eletroterapia), do calor, (termoterapia), do frio, (crioterapia), da massagem (massoterapia) etc.” (REBELATTO, 1987:41).

O panorama da prática fisioterápica, hoje, sem dúvida evoluiu se comparado com sua condição em etapas anteriores. O fisioterapeuta encontra-se inserido em programas mais amplos de assistência à comunidade, atuando junto a órgãos públicos ou nas empresas privadas, e a pesquisa na área também cresceu consideravelmente. Ocorre, porém, que o direcionamento das pesquisas e todas as ações desenvolvidas hoje na fisioterapia apontam, ainda em sua maioria, para o campo da intervenção apenas terapêutica, o que limita consideravelmente a possibilidade de abordar o “ser-corpo-humano” de forma mais abrangente.

A Fisioterapia nos dias atuais, é caracterizada como um campo de atuação profissional. Não é uma área de conhecimento, embora o **movimento**

dos organismos possa se constituir em um objeto de estudo nas suas relações com outros “eventos” da natureza.

Enquanto campo profissional, a Fisioterapia visa a intervir sobre o movimento ou através do movimento em todos os níveis de manifestação do mesmo. Para isso, ela necessita dialogar com disciplinas ou ciências, como , Fisiologia, Física, Psicologia, Sociologia, Ergonomia, e outras. Esse conhecimento é que permite identificar o que está envolvido nos processos em relação aos quais o profissional deve atuar, permitindo definir o que é preciso aprender (currículo) para poder intervir, de forma criativa, não se limitando apenas à execução de métodos e técnicas.

Todas as transformações sofridas ao longo da História, no que se considera atribuições e responsabilidades básicas dos fisioterapeutas, parecem ter tido desdobramentos visíveis no direcionamento da prática fisioterápica no âmbito da legislação que hoje rege o exercício profissional, nos currículos de graduação e, conseqüentemente, no perfil do profissional egresso, hoje, de nossas escolas.

Tendo no corpo humano seu objeto de estudo e trabalho, e no movimento a sua principal forma de atuação, a Fisioterapia reflete, hodiernamente, uma abordagem corporal presa a modelos oriundos de uma visão compartimentalizada e presa a conceitos antigos de “corpo máquina”, em que não é considerada a interrelação de todos os sistemas orgânicos para o restabelecimento do bem-estar do indivíduo. Essa forma de atuar traz como principal conseqüência uma indisponibilidade para novos paradigmas, que

propiciem uma renovação nas formas de agir junto aos distúrbios do movimento e alterações da postura corporal.

Cabem, aqui, algumas referências aos princípios relativos às duas modalidades principais de abordagem corporal que norteiam, atualmente, a atuação fisioterápica: a tradicional, também chamada de tecnicista pela origem técnica, e a emergente abordagem holística, que vem se revelando nos mais variados âmbitos da vida do homem, como ser multifacetado que é. Essas duas abordagens, aparentemente conflitantes, oriundas ambas da evolução do pensamento e vida humanos, constituem, hoje, um delineamento tão claro de opções filosóficas na forma de encarar a vida e o viver, que podem, no dizer de alguns pesquisadores, ser consideradas como paradigmas. Temos, então, a nortear as abordagens corporais fisioterápicas, o paradigma tecnicista e o paradigma holístico, ambos objeto do próximo capítulo deste trabalho.

Este relato, embora sucinto, sobre a Fisioterapia permite que se enfatize o movimento em qualquer época como objeto de estudo do fisioterapeuta, embora apenas considerado sob o ponto de vista da saúde. É preciso ter presente, porém, que o movimento também deve ser considerado sob a ótica comunicacional, ou seja, movimentos faciais, do olhar, do sorriso, e tantos outros que precisam ser do conhecimento do fisioterapeuta para, numa abordagem terapêutica, serem utilizados como elementos diagnósticos pela via do não-verbal.

CAPÍTULO II

TECNICISMO E HOLISMO: CONFLITO E COMPLEMENTARIDADE NA FISIOTERAPIA

2.1. Influência Tecnicista.

A abordagem corporal praticada, hoje, na Fisioterapia, parece estar assentada sobre três sólidos pilares: a) o processo histórico-evolutivo da profissão; b) a legislação regulamentadora da profissão; c) o currículo tanto do ponto de vista estrutural (arranjo das disciplinas) quanto no que concerne às aprendizagens propostas na graduação (conteúdos e metodologias adotados).

No Brasil, a utilização dos recursos físicos na assistência à saúde iniciou-se em 1879, como herança dos efeitos da industrialização. Com forte influência das injustas relações de produção, os objetivos eram quase que exclusivamente voltados para a assistência curativa e reabilitadora. “Em 1929, o médico Waldo Rolim de Moraes instalou o Serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, com fins de dar assistência aos pacientes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo” (REBELATTO, 1987:27). Essas ações deram origem, em 1951, ao primeiro Curso de Fisioterapia, com duração de dois anos, nas dependências da Santa Casa de Misericórdia.

O contexto social da época muito contribuiu para o direcionamento da atuação fisioterápica no sentido de ações terapêuticas de cunho especialista. “A incidência de poliomielite atingia índices alarmantes na década de 50, e o índice de pessoas com seqüelas motoras clamava por um tratamento especializado voltado para a reintegração social” (REBELATTO, 1987:28). Com a expansão do parque industrial, o Brasil passou a deter um dos maiores índices de acidentes de trabalho da América do Sul, o que constituiu um grande desafio para a Fisioterapia enquanto profissão emergente e necessitando de afirmação no contexto das profissões da chamada “área da saúde”.

Paradoxalmente, o grande impulso gerador de investimentos e pesquisas, que tanto contribuiu para o desenvolvimento da Fisioterapia, revelou-se, depois, um elemento limitador das possibilidades de expansão do profissional fisioterapeuta, caracterizando uma abordagem terapêutica unilateral e focalizada apenas nos sintomas e partes afetadas do corpo. Um olhar mais atento sobre o contexto descrito acima aponta para a forte hegemonia do modelo médico, por sua vez construída a partir do cartesianismo. Segundo Karl:

o desaparecimento do clínico geral e a fragmentação da medicina em super especializações, levam os pacientes a se sentirem perdidos diante da ausência freqüente de uma visão sintética do seu caso. A frieza da objetividade científica, o paciente considerado como objeto de estudo, o corpo percebido como máquina a ser consertada, o desprezo pelos aspectos psicológicos da doença são conseqüência do antigo paradigma (1991:18).

A legislação regulamentadora da profissão de fisioterapeuta muito influenciou na concepção do trabalho fisioterápico, delimitando as áreas de conhecimento a ele relacionadas e, principalmente, estabelecendo as relações da Fisioterapia

com essas áreas, o que se revelou de fundamental importância no perfil do profissional que vigora até hoje.

Os documentos legais que tratam da regulamentação da profissão são quatro: 1) o Parecer n.º 388/63, do Conselho Federal de Educação; 2) o Decreto-Lei n.º 938, de 13 de outubro de 1969; 3) a Lei n.º 6316, de 17 de dezembro de 1975; 4) o Código de Ética estabelecido pelo Conselho Federal de Fisioterapia.

Vale considerar as influências dessa regulamentação na abordagem corporal predominante na Fisioterapia atual.

O primeiro documento situa o fisioterapeuta como profissional de uma equipe de reabilitação, da qual fazem parte o médico, o assistente social, o psicólogo e o terapeuta ocupacional, cabendo ao fisioterapeuta “executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem á cura ou á recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social” (Parecer n.º 388/63). Evidencia-se, aí, um compromisso excessivo com a técnica. Executar métodos e técnicas sem preocupação com as origens da doença parecem direcionar para um relacionamento que privilegia o patológico, sem se reportar aos fatores presentes na sua gênese.

Essa visão tecnicista é mais uma vez ressaltada no artigo 3º do Decreto-Lei n.º 938, de 13 de outubro de 1969, quando diz que: “é atividade privativa do Fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”. (p: 8)

Um aspecto a ser considerado numa prática profissional centrada na técnica é a sua relação com o binômio saúde-doença, referencial de base para a área das ciências da saúde. A intervenção centrada na técnica parece colocar o

profissional, agente terapêutico (não necessariamente agente de saúde), em situação semelhante a de um operário especializado numa linha de montagem de algum equipamento industrial, executando tarefas mecânicas e repetitivas, com total desconhecimento das etapas anteriores e posteriores ao processo, ou seja, as condições presentes na gênese do adoecer e os desdobramentos futuros desse mesmo processo.

O aspecto curricular será abordado aqui de maneira breve, visto que, a exemplo dos itens anteriormente explicitados, não constitui o objetivo principal deste estudo. Acredita-se, porém, que, os aspectos históricos, a legislação vigente e a formação curricular fazem parte de uma estrutura circular, que resulta no ensino e exerce influência sobre a especialização do objeto e estilos de trabalho em Fisioterapia. Daí acreditar-se na necessidade de uma abordagem, mesmo que sucinta, sobre o currículo mínimo dos Cursos de Fisioterapia, tal como os preconiza o Ministério da Educação e dos Esportes, visto que, a exemplo dos itens anteriormente explicitados, tal abordagem não constitui o objetivo principal deste estudo.

O papel da Universidade, enquanto local de produção de conhecimento, tem sido relegado, por vezes, à mera repetição e transmissão de conhecimentos legitimados historicamente, mas que nem sempre respondem às exigências atuais, acabando superados pela natureza dinâmica daquele mesmo conhecimento.

As conseqüências dessa forma de proceder com relação ao ensino são várias; porém, a que se reveste de maior importância para o presente estudo é justamente a acomodação gerada pela facilidade em adotar procedimentos e

informações já elaborados e produzidos, dificultando a criação de condições para que procedimentos alternativos sejam construídos, abrindo caminho para obter novas informações.

O ensino da Fisioterapia, hoje, obedece ao disposto na Resolução n.º 4, de 28 de fevereiro de 1983, do Conselho Federal de Educação, atendendo à seguinte configuração:

- a - Ciclo de Matérias Biológicas.
- b - Ciclo de Formação Geral.
- c - Ciclo de Matérias Profissionalizantes.
- d- Ciclo Profissionalizante.

O Ciclo Biológico é integrado pelas disciplinas:

- a) Biologia.
- b) Ciências Morfológicas (Anatomia e Histologia).
- c) Ciências Fisiológicas (Bioquímica, Fisiologia e Biofísica).
- d) Patologia Geral (Órgãos e Sistemas).

O Ciclo de Formação Geral consta de:

- a) Ciências do Comportamento (Psicologia, Sociologia, Ética e Deontologia).
- b) Introdução à Saúde Humana, compreendendo Saúde Pública.
- c) Metodologia da Pesquisa Científica, incluindo Estatística.

O Ciclo Pré-Profissionalizante está assim estruturado:

- a) Fundamentos de Fisioterapia (História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia).
- b) Avaliação Funcional (Cinesiologia, como estudo do movimento, e Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação).

c) Fisioterapia Geral (Eletroterapia, Termoterapia, Fototerapia, Hidroterapia e Mecanoterapia).

d) Cinesioterapia (Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional).

O Ciclo Profissionalizante consta de:

a) Fisioterapia Aplicada às Condições Neuro-Músculo-Esqueléticas (Ortopedia, Traumatologia, Neurologia e Reumatologia).

b) Fisioterapia Cardio-Pulmonar (Cardiologia e Pneumologia).

c) Fisioterapia Aplicada à Gineco-Obstetrícia e Pediatria.

d) Fisioterapia Preventiva.

e) Estágio Supervisionado (Prática Fisioterápica).

Os Ciclos Biológico e de Formação Geral não seguem uma ordem cronológica, já que se interpenetram na maioria das escolas. Os Ciclos Pré-Profissionalizante e Profissionalizante ocorrem, respectivamente, nos terceiro e quarto anos dos cursos, sendo que as aprendizagens propostas e os conteúdos trabalhados parecem não resgatar as etapas de evolução anteriores com relação às experiências vividas pelo aluno, nem fazer uma projeção futura dos desdobramentos desse aprendizado para o profissional em formação. Para exemplificar essas afirmações, inseriu-se um quadro de objetivos da disciplina Cinesioterapia, por ser reconhecida como forte determinante do objeto de trabalho e estudo do Fisioterapeuta (Quadro 1). A leitura desse Quadro evidencia uma explicitação de objetivos no sentido de direcionar ações para cura e tratamento. Outro ponto que chama a atenção nos itens 26 e 27 do referido quadro, que tratam de técnicas cinesioterápicas propriamente ditas (base da disciplina) é a especificação de métodos e técnicas como habilidades a serem

dominadas pelos alunos com a característica de serem aqueles oriundos de autores estrangeiros não reeditados cerca de dez anos. Ao se considerar apenas o conhecimento já produzido como ponto de partida para se decidir o que ensinar, tende-se a privilegiar itens de conteúdo em detrimento do exame dos problemas reais que tais técnicas deveriam solucionar. A procura por terapias corporais alternativas não será um indício de que o modelo de abordagem corporal vigente já não atende às necessidades da população em geral? A seguir, enunciam-se algumas características da atuação fisioterápica derivada da orientação tecnicista imperante na área das ciências da saúde:

- a) ações direcionadas no sentido de “resolver” o mais rápido possível o sintoma, abordando apenas as suas manifestações mais evidentes e quantificáveis;
- b) preocupação excessiva com condutas analgésicas, eliminando algumas vezes a possibilidade de aprofundar a pesquisa diagnóstica pelo fato de o paciente estar sedado;
- c) avaliações centradas em fichas, protocolos e questionários fechados, que não abrem espaço para que o indivíduo-paciente expresse conteúdos subjetivos tão importantes numa situação de doença;
- d) dependência acentuada de exames complementares (raios-x, ecografias, hemogramas etc.), em detrimento do exame físico que inclui o toque, a proximidade e a abertura para **manifestações da linguagem corporal como um todo.**

Além da tendência a enfatizar o domínio de técnicas já conhecidas, levando a uma semi-especialização já durante a graduação, verifica-se também, dentro da Universidade, um debate entre formação especialista e formação

generalista, que acaba desviando as atenções e esforços para longe da discussão mais importante, ou seja, como articular estratégias de aprendizagem para capacitar o profissional a lidar com o movimento humano e todas as suas facetas e componentes.

QUADRO 1: OBJETIVOS DA DISCIPLINA DE CINESIOTERAPIA EXTRAIDOS DOS CURRÍCULOS DAS PRINCIPAIS ESCOLAS DE FISIOTERAPIA NO BRASIL.

ESCOLAS		U N I M E P	U F S C A R	I M E S P P	P U C C	A P E C	U N I F O R	U F R N	U F P B	I P A	U F M G
OBJETIVOS											
1	Reconhecer o processo evolutivo de Cinesioterapia				X						
2	Conceituar dinamicamente o movimento de Cinesioterapia			X	X						
3	Identificar e praticar a análise dos movimentos				X					X	
4	Explicar os objetivos da Cinesioterapia e descrever os princípios cinesiológicos em que se baseia a Cinesioterapia										X
5	Citar outras indicações da Cinesioterapia e explicar os princípios a serem observados na prática da Cinesioterapia										X
6	Enumerar os diferentes tipos de estiramento muscular utilizado em Cinesiot. para obter aumento da amplit. do mov. Articular.										X
7	Enumerar os diferentes exercícios utilizados pela Cinesioterapia para se obter aumento da força.										X
8	Conhecer o fato mecânico e os princípios do tratamento clínico e cirúrgico										X
9	Conhecer o fato mecânico e os princípios do tratamento clínico e cirúrgico									X	
10	Correto conhecimento da disfunção motora que baseia o programa terapêutico			X							
11	Conhecimento das bases orgânicas, fisiológicas, psicoemocionais e a natureza terapêutica da Cinesioterapia			X							
12	Indicar, contraindicar, orientar, supervisionar e executar educação e reeducação funcional				X						
13	Aplicar Cinesioterapia em indiv. com aditamento ortopédico		X								
14	Aplicar Cinesioterapia nas disfunções sensoriais		X								
15	Aplicar manipulações vertebrais quando forem adequadas ao tratamento		X								
16	Elaborar e executar um programa de tratamento fisioterápico	X									
17	Aprendizagem da aplicação e seleção dos métodos e técnicas cinesioterápicas como recurso terapêutico					X					
18	Identificar e utilizar a aparelhagem usada em Cinesioterapia		X								
19	Aplicar técnicas de reeducação postural		X								
20	Aplicar técnicas de posicionamento, mobilização e transporte de indivíduos		X								
21	Indicar, contraindicar, orientar, supervisionar e executar técnicas de exercícios passivos, ativos, resistidos e estiramento				X						
22	Explicar os objet., indicações e descrever a técn. de terapia por trab. muscul., tomando como referência a cont. muscul. Isotônica										X
23	Utilizar os conhec. Da Cines. e as técnicas terapêuticas existentes para o trat. das afecções do sistema músculo-esquelético						X	X	X		
24	Explicar os objetivos e descrever as técnicas cinesioterápicas para correção ou reeducação dos principais vícios de postura										X
25	Expl. Os obj., citar indic. e desc. a técnica dos seguintes exerc. de Cines. esp.: Coodman, Williams, Frenkel, Duppy e Klap										X
26	Explicar os objetivos, indic. e descrever a técnica de terapia por tensão isométrica, tomando como refer. a contr.-isométrica										X
27	Explicar os objetivos e descrever as técn. cines. De reeducação muscul. para o pescoço, tronco, membros super. E inferiores										X
28	Carac. Cinesiot., receptiva e expressiva e enumerar os dif. tipos de mov. Específicos da Cines. receptiva e expressiva										X
29	Reconhecer a importância do movimento como aspecto vital para o homem				X						

Já essa forma permite visualizar fatores intermediários que podem estar presentes na passagem de um organismo saudável para um organismo doente. A compreensão desses fatores permitirão um exame mais minucioso do processo, fazendo emergir as causas das doenças com todas as implicações que isso possa trazer ao sistema humano e social.

Na abordagem holística da saúde, o corpo é visto como um todo integrado e não apenas a soma das partes, sendo parte integrante de um sistema maior composto pela família, pela cultura e pela organização social.

A influência holística na Fisioterapia iniciou-se no Brasil em 1983, graças a dois fatores básicos: a) a importação de modelos de abordagem corporal de países mais desenvolvidos, em grande parte responsáveis também pela introdução do tecnicismo; b) o aparecimento de uma demanda por métodos alternativos, vinda dos pacientes não satisfeitos com os métodos tradicionais.

Características básicas da visão holística nas abordagens em saúde:

- a) uma visão de corpo como conjunto, em que as estruturas e componentes anatômicos se entrelaçam, não permitindo a separação fragmentadora entre forma e função;
- b) ações terapêuticas, em que a interrelação da doença com os outros aspectos do indivíduo é considerada, permitindo a ele, exprimir suas queixas por meio das várias formas de comunicação, além da verbal: gestos, postura, olhar, riso e outras.

c) atitude terapêutica no sentido de encontrar um ser doente e não uma parte doente, para que se possa construir um processo terapêutico cuja qualidade esteja vinculada à liberdade de expressão dos envolvidos.

Todos os procedimentos que fazem parte da conduta fisioterápica, ou “atendimento propriamente dito”, derivam de um procedimento inicial que se constituem em avaliação postural. É a partir desse procedimento básico que se estabelecem as ações que serão desenvolvidas para propiciar o restabelecimento da função corporal avariada ou perdida. É óbvio que tal atitude decorrerá do maior ou menor grau de conhecimento que o fisioterapeuta tem da linguagem não-verbal, no momento mesmo em que a comunicação vem se valendo cada vez mais daquela linguagem. Não poderia ser diferente na área da saúde, em que as informações verbais são, muitas vezes, incompletas ou “distorcidas”, estas últimas por receio dos pacientes que não “querem ficar muito doentes”.

Daí a necessidade de que a Fisioterapia corrobore o discurso verbal com o não-verbal no diagnóstico dos problemas fisioterápicos dos pacientes, sendo a observação um recurso vital nesse processo.

CAPÍTULO III

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

A comunicação não-verbal exerce um certo fascínio sobre as pessoas desde a Antigüidade. Comunicamo-nos das mais variadas formas, sendo a palavra falada, muitas vezes, mera coadjuvante da linguagem gestual ou postural. Como diria Rochefoud, “há tanta eloqüência no tom de voz, nos olhos e no gesto das pessoas, quanto na escolha das palavras” (in GUIRAUD, 1991:5).

A linguagem popular e o senso comum há muito estabeleceram de forma natural a correlação entre o verbal e o não-verbal.

Mensagens subliminares emitidas pelo corpo parecem permear todos os níveis da relação interpessoal, mesmo quando não captadas em um nível de compreensão consciente.

Apesar de conhecida e utilizada como ferramenta de trabalho por alguns profissionais, entre eles atores, psiquiatras e professores, só no início deste século a comunicação não-verbal parece ter adquirido um certo **status** entre as ciências, com o início de uma modesta pesquisa na área.

Flora DAVIS, em sua obra **A comunicação não-verbal**, situa entre 1914 e 1940 o surgimento de um grande interesse no estudo das expressões faciais por parte de psicólogos. Após dezenas de experiências, no entanto, chegaram a

um consenso sobre a pouca confiabilidade do rosto como elemento de comunicação (1979:5).

Foi também no início deste século que os movimentos corporais começaram a despertar o interesse dos antropólogos, constituindo-se, para eles, em uma linguagem a ser decodificada. De acordo com GUIRAUD, “ reagimos ao gesto com extrema atenção, e podemos dizer que o fazemos segundo um elaborado código que não está escrito em lugar nenhum, que ninguém conhece, mas que todos compreendem”. (1991:27).

Para Pierre GUIRAUD, (1991:15), pode-se classificar, segundo a natureza e a função, dois tipos de códigos corporais: os substitutos da linguagem articulada, representados pelos gestos e mímicas que, por si só, constituem um código de comunicação independente (surdos-mudos e trapistas), e os complementos da linguagem articulada, que têm um papel de reforço no discurso verbal. Aí se inclui a Fisiognomonía, que pressupõe ser o corpo a sede da alma e manifestação da mesma. Decorre daí o conceito de que a cada parte do corpo corresponde uma faculdade psíquica com suas conseqüentes manifestações. Assim, se a testa representa a inteligência, uma testa avantajada é sinal de uma inteligência do mesmo porte.

As raízes da Fisiognomonía remontam à antigüidade, baseando-se em sistemas que têm em comum uma estrutura que comporta signos de oposição.

Aristóteles aliava os traços faciais humanos aos animais, imaginando que alguém com cara de raposa, ou pescoço de touro, compartilharia com esses animais os mesmos traços de caráter, como esperteza ou teimosia. O **De Humana Physiognomonía**, de Porta (1586), é o ancestral da

Physiognomonique, de Lavater (1772), e de seus **Fragments Physiognomiques** (1775-1778), que continua a ser a obra fundamental em que se vai buscar a maior parte das caracterologias modernas (GUIRAUD, 1991:13).

Essa correlação do não-manifestado (interior) com o manifestado (exterior) é corroborada por vários pesquisadores da área. Em sua obra **Fragments Physiognomiques**, Lavater, (in GUIRAUD, 1991:16), afirma que a vida animal tem seu espaço de manifestação no ventre e órgãos reprodutores. Já a vida média, ou moral, tem sua sede no peito e o coração como centro. Finalizando, o autor situa a vida intelectual, como a mais elevada das três com sede na cabeça e centralizada nos olhos.

Pierre Weil e R. Tompakov, em estudos publicados sobre o corpo, nos falam de uma linguagem simbólica, em que o Boi corresponde à vida instintiva sediada no abdômen, o Leão ao tórax, sede da vida emocional, e a Águia, à cabeça, onde se abrigam o raciocínio e as idéias. Observa-se, aí, uma divisão em estágios superior, médio e inferior, “representada em nossa cabeça pelos três animais: o Boi, representado pela boca que absorve os alimento; o Leão, representado pelo nariz que supre os pulmões de ar; e a Águia representada pelos olhos que são o reflexo da alma” (GUIRAUD, 1991:17). Há críticas à Fisiognomonía como linguagem não-verbal. A principal delas é com relação à descontextualização que a mesma pressupõe, baseada tão somente em dados fisiognomônicos e anatômicos, sem considerar diferenças étnicas e culturais que interferem numa avaliação dessa natureza. Partilhando dessas idéias, optou-se pelo não aprofundamento dessa modalidade não-verbal nesta pesquisa.

Outrossim, a comunicação não se processa apenas por meio da linguagem verbal (uso do aparelho fonador), mas aliando-se a elementos não verbais.

STEINBERG, em sua obra **Os Elementos Não-Verbais da Conversação**, chama atenção para os acompanhantes da fala, segundo ela “tão ou mais importantes do que a palavra” (1988:3). Recorrendo a Buysen (1967), aquela autora distingue a linguagem em dois níveis: digital e analógico. O digital constitui comunicação “através de uma linguagem sintaticamente estruturada, um idioma, sendo o analógico um outro conjunto de linguagens sem estrutura sintática, mas riquíssimo semanticamente” (1988:3).

A comunicação não-verbal voluntária ou involuntária foi esquematizada por Steinberg (1988:4) da seguinte forma:

- a) **paralinguagem** - sons emitidos pelo aparelho fonador, mas que não fazem parte do sistema sonoro do idioma;
- b) **cinésica** - a movimentação corporal como um todo, incluindo a linguagem gestual, especialmente a manual;
- c) **proxêmica** - distância mantida entre os interlocutores nas relações e vivências;
- d) **tacêsica** - o toque como forma de comunicação e troca nas várias formas de relacionamento interpessoal;
- e) **silêncio** - ausência de sons ou pausa entre os gestos comunicativos.
- f) **olhar** - combinação de movimentos dos olhos e expressão facial em substituição ou acompanhamento da linguagem verbal.

Trabalhos como os de Mary Richtchic Key (1970) traçam um paralelo entre a paralinguagem e a cinésica relacionadas à fala; Trager (1964), Cristal e Quirk (1964) estabeleceram modelos de transcrição de paralinguagem, informamos STEINBERG, (1988:4).

Apesar dos estudos realizados e da notável influência da comunicação não-verbal demonstrada no cotidiano das pessoas e nas relações profissionais (psiquiatras, professores, etc.), apenas os aspectos verbais continuam sendo privilegiados, mesmo não cobrindo toda a gama de possibilidades comunicativas, quando se trata da transmissão e decodificação das mensagens que ocorrem numa interação face a face.

3.1. A PARALINGUAGEM.

É uma modalidade comunicativa, vocal e não-verbal, em contraposição à cinésica e à proxêmica, que são não-vocais e não-verbais. Fazem parte da Paralinguagem as variações de altura e intensidade da voz, além do grito, do cochicho, do riso, do bocejo, do choro etc.

Para STEINBERG, data de antes de Cristo o interesse pelo comportamento não-verbal, porém com outro nome. A autora, refere-se aos elementos qualificadores (tempo, tom e intensidade), modificadores (oral, lingual, faríngeo e laríngeo) e segregadores da voz, que acontecem independentemente da fala (1988:5). Todos os elementos acima citados são de fundamental importância para dar um certo "colorido" e animação ao discurso verbal.

Partindo desse pressuposto, os segregadores da voz desempenham um papel bastante significativo no sentido de imprimir um ritmo e uma característica ao discurso. São em geral “representados por sons do tipo “ah”, “er”, “uh” e “uhm”, na verdade vogais de hesitação que podem ser aspiradas, glotais orais e nasais” (STEINBERG, 1988:5).

Vê-se que Cinésica, (gesto, postura, expressão facial, olhar e riso) parecem confundir-se, às vezes, com a paralinguagem. Vários estudiosos são unânimes em afirmar que o riso e o olhar são importantes elementos da paralinguagem. Esta, configura-se assim, como o conjunto de sinais e manifestações não-verbais que podem acompanhar a fala, modificá-la e até mesmo substituí-la, constituindo-se, em qualquer dos casos, elemento inseparável da mesma.

3.2. A CINÉSICA

Também denominada Cinética, compreende o estudo dos gestos e mímicas utilizados como complementos da linguagem falada ou como elemento principal da comunicação. Derivada do termo “kinesis” que, em grego, significa movimento, já em 1872 despertou o interesse de Charles Darwin que, em sua obra **A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais**, traça um paralelo entre o comportamento gestual e patognomônico do homem e animais considerados inferiores na escala zoológica. Encontramos a Cinésica também na origem de algumas disciplinas visivelmente evoluídas na área das ciências da saúde, como a Cinesiologia (estudo do movimento) e a Cinemática, ramo da

Física que estuda as posições do corpo no espaço para efeito de análise da “performance” do movimento.

O estudo dos gestos configurou-se como ciência de fato a partir de 1950, com os estudos de Ray L. Birdwhistell. Este, a partir de uma pesquisa realizada no Canadá, percebeu diferenças significativas no comportamento gestual dos nativos quando falavam um idioma diferente do de origem. Birdwhistell concluiu que “havia um código de gestos e posturas que variavam de acordo com a linguagem verbalizada” (DAVIS, 1979:38), o que muito o intrigou. O resultado dessas observações foi publicado no livro **Introduction to Kinesics**, em 1952, e **Kinesics and Context**, em 1970.

Baseando suas pesquisas no estudo minucioso de filmes, em que analisou o comportamento gestual de algumas pessoas, Birdwhistell chegou a identificar o idioma que elas estavam falando em outras situações, identificou comportamentos gestuais ligados ao sexo, nacionalidade, e níveis de satisfação ou desagrado. As pesquisas de Birdwhistell fizeram-no concluir “que grande parte da comunicação humana se passa num nível abaixo da consciência, nível em que a relevância das palavras é apenas indireta” (in DAVIS, 1979:39).

Considerado o pai da Cinética, Birdwhistell descobriu uma conexão entre cinética e linguagem. Depois de um estudo exaustivo de centenas de filmes, criou unidades de cinética para efeito de pesquisa, os kinemas, pequenos movimentos corporais aos quais o cientista atribuiu um significado vinculado ao contexto no qual se manifestam. De acordo com a referida transcrição, o rosto teria trinta e três kinemas, subdivididos em quatro para as sobrancelhas, quatro para as pálpebras, sete para a boca, e assim por diante. No caso das sobrancelhas, as

posições levantadas, abaixadas, contraídas ou em movimentos separados corresponderiam aos respectivos significados de dúvida, concentração, irritação e outros tantos.

Para facilitar a leitura dos kinemas, Birdwhistell criou também o kine, uma unidade de microanálise à qual corresponde um símbolo taquigráfico a ser transcrito em folhas, no momento da observação, para posterior decodificação. Apesar das críticas recebidas, sendo a principal delas o caráter de subjetividade na interpretação dos pequenos e inconscientes movimentos representados pelos kines, as pesquisas na área da Cinética ganharam grande impulso com os trabalhos de Birdwhistell.

GUIRAUD, (1991:61) esquematizou a comunicação pela via da Cinésica em três formas a que denominou: Comunicação Descritiva, Comunicação Expressiva e Comunicação Simbólica. Na categoria de gestos descritivos encontram-se os essencialmente descritores, que utilizam mecanismos oriundos do senso comum e quase universais, como é o caso da mímica usada quando alguém quer fazer-se entender sem falar o idioma do interlocutor. “Não haverá problema num mercado em Budapeste ou numa praça em La Paz para comprarmos uma perna de carneiro (fazemos *bé-bé* batendo com a mão sobre a coxa)”.

O corpo é utilizado na linguagem descritiva de forma tão convincente e clara que a comunicação dispensa as palavras. As medidas de comprimento costumam ser representadas também por referências corporais (pé, polegada, dedos, passos, etc.) e podem, inclusive, ser expressas na forma de gestos. Duas mãos com as palmas frente a frente, no plano horizontal, indicam comprimento,

ou distância do chão, no caso de uma mão com a palma voltada para baixo. Gestos descritores de ações também são largamente utilizados. O ato de levar as pontas dos dedos unidos à boca várias vezes é facilmente relacionado ao comer, assim como o ato de dormir pode ser representado pelas duas mãos unidas com a face apoiada sobre elas.

Na comunicação descritiva estão também incluídos os gestos dêiticos, que constituem movimentos dos dedos, particularmente o indicador, para designar pessoas ou indicar direções ou, ainda, o objeto da comunicação. “Os dêiticos também podem servir para comunicar sentidos de caráter imperativo: “traga-me este objeto”, apontando na direção do mesmo, ou “cale-se”, erguendo o indicador na vertical sobre os lábios fechados” (GUIRAUD, 1991:61).

A velocidade dos gestos costuma estar relacionada com a intensidade do que se quer comunicar. Chamar alguém em nossa ou em determinada direção, de forma lenta ou rápida, está diretamente relacionada à urgência da mensagem. Clélia Hunt (in GUIRAUD, 1991:63) faz uma descrição dos dêiticos de acordo com categorias oponentes ou associativas. Temos, então:

- a) **bastante** - traçar uma linha de um ombro a outro;
- b) **pouco** - mover o indicador ao longo do polegar;
- c) **tudo** - mexer várias vezes o punho da direita para a esquerda;
- d) **nada** - agitar a mão.

Na comunicação expressiva, gestos que, em geral, incluem braços e mãos aliados à expressão facial são utilizados para expressar sentimentos e emoções. “De uma maneira geral, esses gestos são claros e facilmente compreensíveis” (DAVIS, 1979:69). Assim, os braços abertos ou fechados podem

comunicar acolhida ou indiferença. A atitude de desprezo, comunicada pelo erguer de ombros, é tão eloqüente que torna até dispensável a complementação verbal ou expressão facial que costumam acompanhar o gesto.

Nas escolas de terapia corporal, alguns movimentos são ensinados com a finalidade de criar no aluno uma condição de relaxamento e conscientização corporal com fins terapêuticos. Em geral são realizados movimentos circulares com o corpo todo ou com os braços de forma lenta e associada à respiração nasal e tranqüila. “Esses movimentos são preconizados como meio de relaxar tensões e acalmar o fluxo de atividade mental” (LING CHUAN TING, 1986:33). Temos, aí, um exemplo de movimentos ou gestos que, pela sua própria imagem e trajetória no espaço, parecem comunicar um sentimento de paz e tranqüilidade, dispensando qualquer condução ou comando verbal.

A comunicação simbólica se serve de gestos que originalmente têm um significado, porém, dependendo do contexto da comunicação, podem significar um outro tipo de mensagem. Segundo GUIRAUD (1991:36), “destacam-se na comunicação simbólica as saudações e desafios, as carícias e injúrias e as bruxarias e exorcismos, que são atos corporais que exprimem simbolicamente nossos desejos e nossa vontade de poder”.

A pancada, conhecida universalmente como signo de hostilidade, pode ser um veículo de carícia quando feita de forma mais branda ou acompanhada de palavras carinhosas. Pancadinhas afetuosas no rosto ou nádegas comunicam uma reprimenda àqueles a quem se ama, apesar do seu comportamento inadequado. Nessa categoria encontra-se o puxão de orelhas.

Muitos outros gestos simbolizam e comunicam intenções e sentimentos variados. Os gestos de saudação comumente representados pela mão erguida, tirar o chapéu e abaixar a cabeça, podem se combinar em algumas situações, ou acontecerem de forma isolada. A mão erguida com o punho fechado, brandida vigorosamente, pode ser interpretada como um grito de guerra, insulto, ou comemoração de um acontecimento positivo.

Muitos autores procuraram estabelecer uma relação gesto-linguagem propondo uma hierarquia tríplice para a Cinésica. Assim, palavras ou frases seriam acompanhadas de movimentos de mãos, expressões faciais e olhares. Sentenças viriam junto com movimentos da cabeça e braços. Parágrafos e unidades mais longas trariam mudanças completas de postura. Fernando POYATOS refere-se a todas as atividades do corpo humano, sejam elas acústicas, olfatórias, secrecionais, proxêmicas, táteis, entre outras, destacando o seu caráter de importantes reguladores e modificadores do comportamento humano, particularmente nas relações de cunho interativo. “O gesto para acontecer pressupõe um veículo, um corpo para se manifestar, que pode ser o emissor de uma mensagem ou seu receptor” (POYATOS, in STEINBERG, 1988:16).

No estudo da Cinésica, gesto e postura são praticamente inseparáveis. O termo postura, abordado aqui, significa o arranjo das partes do corpo visando à sustentação e à manutenção do equilíbrio tanto estático quanto dinâmico do mesmo. Cada gesto comunicativo implica em uma maneira peculiar de cada um “colocar” o seu corpo. Primeiro, em relação a cada parte isoladamente e entre si. Depois, numa relação com o espaço circundante que constitui o cenário da

comunicação com seus objetos e componentes físicos. E, finalmente, adota-se uma postura interacional, ou seja, em relação às pessoas envolvidas no ato comunicatório. “A postura parece ser a manifestação da estrutura interna de cada indivíduo, como se fosse a manifestação da atitude de cada um diante da vida” (FELDENKRAIS, 1987:35).

Fernando Poyatos (in RECTOR, 1994:95), distingue gesto de postura, dizendo ser o gesto, “um movimento corporal consciente ou inconsciente feito pela cabeça, pelo rosto (incluindo os olhos) ou pelos membros, prendido ou somatogênico, e servindo como instrumento comunicacional primário e prescrito, dependente ou não da linguagem verbal, obedecendo ao contexto condicionante.

Ainda sob o enfoque dado por POYATOS, postura seria uma posição consciente ou inconsciente do corpo, sendo mais estática que o gesto, podendo ocorrer simultaneamente com a linguagem verbal e paralinguagem ou de modo alternado. A postura, além de fornecer informações sobre o caráter, estilo de vida e nível social do indivíduo, parece funcionar também como sinalizador de intenções nas relações interpessoais.

Na conversação, a postura pode funcionar como um elemento pontuador no sentido de enfatizar uma pergunta, afirmação ou sentenças interrogativas. Cada sentença possui um ritmo característico que foi exemplificado por Birdwhistell da seguinte forma:

a) **frase afirmativa** - o tom de voz abaixa no fim da frase, também com leve abaixamento da cabeça, pálpebras e mãos.

b) **frase interrogativa-leve** - elevação na cabeça, no final acompanhado pela mesma tendência cinética em pálpebras e mãos;

c) **exclamação** - elevação do tom de voz no final com a respectiva correspondência em mãos e pálpebras (in RECTOR, 1984:47).

SCHEFLEN (1972:9), outro importante pesquisador em cinética, considera que o repertório de posições posturais de um indivíduo americano médio é relativamente restrito. Cada pessoa parece acrescentar a esse repertório básico características pessoais que a distingue dos outros. O conhecimento obtido por meio da observação atenta desse comportamento pode ajudar a relacionar posturas e posições assumidas pelo indivíduo, para correlações posteriores com dados verbais, auxiliando na compreensão do ato comportamental como um todo, sendo importante ferramenta para o auto-conhecimento.

Ao referir-se ao contexto onde ocorre o evento postural, POYATOS (in RECTOR, 1986: 51) aponta fatores condicionantes, a saber:

- a) **conversacional** - comportamentos gestuais usados na interação face a face, como solicitar um serviço, responder a uma pergunta, apertar a mão de alguém ou manter uma conversa longa;
- b) **ritualístico** - normas militares, protocolos, etc.;
- c) **ocupacional** - comportamentos repetitivos, no caso de profissionais ou amadores, sendo atos individuais ou de interação;
- d) **realizadores de tarefas** - atos dirigidos a um propósito, dando suporte à interação social, sem serem necessariamente interativos (uso de talheres, copos adequados a bebidas específicas, etc.), e atos somáticos e aleatórios, pertencentes à categoria das instituições culturais, como modos que

representam necessidades fisiológicas, desde o sentar, deitar e levantar, até o espirrar, urinar e defecar.

Birdwhistell, professor de Pesquisa Antropológica na Temple University, foi responsável por grande parte do estudo da postura na comunicação, pela via da Cinésica. Seus estudos levaram-no a concluir que “nenhuma posição ou movimento corporal, em si e por si só, tem significado preciso” (in FAST, 1974:107). De acordo com este autor, é necessário tomar cuidado com interpretações simplistas da Cinésica, que podem levar a uma leitura ingênua de alguns gestos, como num código fechado, onde há um significado para cada movimento, independente do contexto em que ele acontece. A relação existente entre o verbal e o não-verbal é de caráter interdependente, de modo que a observação de um ou outro comportamento, de forma compartimentalizada, empobrece a análise, tornando-a pouco confiável. Em resumo, verbal e não-verbal, na maioria dos casos, fazem parte de um código comunicatório único, não sendo aconselhável considerá-los isoladamente sob pena de comprometer a confiabilidade científica do estudo. No entanto, é conveniente lembrar que “todo o corpo é para a linguagem corporal o que os órgãos da fala são para a linguagem oral” (in FAST, 1974:109).

Na área da Psiquiatria foram feitas várias tentativas bem sucedidas no sentido de utilizar o conhecimento do comportamento não-verbal como ferramenta terapêutica. Paul Wachtel, médico da Universidade Estadual de Nova York, em artigo intitulado **“An Approach to the Study of Body Language in Psychotherapy”**, ressalta o caráter expressivo, adaptativo ou defensivo dos movimentos e posições do corpo. Neste artigo, o autor relata o caso de uma

paciente confusa e ansiosa em relação ao que sentia por determinada pessoa, não conseguindo verbalizar com clareza seus sentimentos. A observação atenta do seu comportamento gestual, ao referir-se ao amigo, forneceu ao terapeuta indícios significativos dos conteúdos afetivos envolvidos nessa relação, sendo de grande utilidade na relação de ajuda terapeuta-paciente.

Quando não podemos, por algum motivo, verbalizar nosso mundo interior devido a repressões do meio social ou conflitos internos, a linguagem não-verbal pode ser a última alternativa do homem para romper o seu isolamento e manter-se de alguma forma ligado ao mundo em que vive.

3.3. A PROXÊMICA

O termo proxêmica foi cunhado pelo pesquisador Edward. T. Hall, antropólogo da Northwestern University, para designar as zonas territoriais ocupadas pelo homem e o uso que faz delas. Segundo HALL, "todo homem tem necessidades territoriais muito suas" (in FAST, 1974:30).

Hall esquematizou, para melhor estudo proxêmico, quatro zonas em que a maior parte das pessoas opera, sendo estas:

- a) **distância íntima** - entre 0 e 0,45m, compreendendo um espaço de aproximação (entre 0 e 0,15m) e um de afastamento (entre 0,15 e 0,45m);
- b) **distância pessoal** - entre 0,45 e 1,20m, compreendendo um espaço de aproximação (entre 0,45 e 0,75m) e um de afastamento (entre 0,75 e 1,20m);
- c) **distância social** - entre 1,20 e 3,5m, compreendendo um espaço de aproximação (entre 1,20 e 2m), e um de afastamento (entre 2 e 3.5m);

d) **distância pública** - situada entre 3,5 e 7,5m como espaço de aproximação, e de 7,5m a mais como espaço de distanciamento.

A distância íntima costuma estar presente nas relações de cunho afetivo, como entre pais e filhos, marido e mulher ou amigos íntimos e, neste último caso, mais entre mulheres. “Nessa faixa de proximidade, o campo de expansão de cada um entra em contato com o do outro, tornando o olhar mais atento, o toque e o exame mais apurado” (RECTOR, 1986:83).

Todos os elementos de comunicação corporal que emergem na distância íntima podem tornar o ambiente constrangedor em caso de pessoas desconhecidas ou pouco conhecidas.

Há um código silencioso dependente de cada cultura para lidar com a proximidade acentuada, quando involuntária. “Em elevadores, nos Estados Unidos, as pessoas ficam embaraçadas e, via de regra, evitam tocar-se e olhar-se a não ser por curtos espaços de tempo. Nos países árabes, porém, os homens podem caminhar de mãos dadas” (FAST, 1974:37).

A distância pessoal preserva o espaço vital de cada um, permitindo apenas cumprimentos e atitudes formais, sendo muito utilizada em reuniões e coquetéis.

A zona de distanciamento, mais viável em lugares abertos, possibilita a cada um manejar os elementos de comunicação, preservando sua intimidade. A distância em que nos colocamos do outro já sinaliza até onde queremos chegar nessa relação.

A distância social costuma ser adotada em relacionamento de cunho profissional, como chefe-empregado ou visitas de negócios. A pessoa

hierarquicamente inferior a toma por respeito e o superior, por autoridade. Mesmo íntimas, as pessoas podem adotar a distância social quando sentem necessidade de estar um pouco consigo mesmas. A faixa de aproximação da distância social é adequada para tratar de assuntos impessoais. Já a faixa de distanciamento proporciona certa privacidade, sendo muito usada quando se quer tratar de assuntos em ocasiões cerimoniais.

A distância pública é mencionada por Hall como “a extensão maior de nossa servidão territorial” (FAST, 1974:34). “É a distância que separa o locutor de um grupo ao qual se dirige sob a forma de conferência, pregação ou discurso de qualquer natureza” (GUIRAUD, 1991:82).

A noção de espaço territorial é um sentido muito arraigado no ser humano, mesmo em culturas diferentes. A proximidade acentuada de alguém, como é o caso da distância íntima, quando não voluntária, pode colocar os interlocutores em situação de constrangimento. Nesse caso, as reações podem ser das mais variadas, envolvendo até a tentativa de fuga ou afastamento. Nas situações de doença, em que nem sempre a proximidade é voluntária, reações de defesa podem aparecer. “Freud organizava suas sessões de modo que o cliente ficasse deitado no divã, enquanto ele sentava numa cadeira longe dos seus olhos” (FAST, 1974:51). Considera-se pertinente, neste trabalho, algumas considerações sobre um importante componente não-verbal, o olhar, visto ser este um elemento revelador de importância fundamental para um observador atento, podendo se constituir em importante fonte de dados para a pesquisa na área.

3.4. O OLHAR

A comunicação humana é uma rede de eventos que mantém entre si uma relação de coerência ou incoerência, mas jamais de independência, ou seja, nada ocorre de forma isolada para um observador atento e sensível.

O olhar constitui um importante componente não-verbal, e, para um observador atento, revela-se uma importante fonte de dados para a pesquisa na área.

O senso comum já celebrizou alguns ditos populares sobre os olhos e o olhar, entre eles: “o que os olhos não vêem o coração não sente”, “os olhos são o espelho da alma”, ou, ainda, os tipos de olhar: “brejeiro”, “frio”, “afetuoso”, “provocador”, “irônico” etc.

FAST (1974:125) considera que, apesar de serem importantes índices na comunicação não-verbal, “os olhos são bicos sem saída, fisiológicos, simples órgãos da visão e nada mais”. O que configura o conteúdo afetivo de uma mensagem, segundo o autor, é a combinação da expressão facial com o manejo do olho que, combinados, constituem o que chamamos de expressão do olhar.

FAST (1974:108) reduz o uso do olhar em nossa sociedade a duas variantes: a) não se olha fixamente para outra pessoa; b) reserva-se o olhar fixo para a pessoa coisificada. As pessoas se sentem à vontade para olhar quando estão em posição hierarquicamente superior, ou quando o objeto do olhar não tem, aos nossos olhos, características realmente humanas. Sendo assim, pode-se contemplar um quadro, uma flor no jardim e até um animal no zoológico por

tempo prolongado. Birdwhistell, (in DAVIS,1979:45) em um trabalho sobre o comportamento não-verbal nas relações terapêuticas em hospital psiquiátrico, desenvolveu um conceito que chamou de “tempo moral de olhar”. Segundo esse princípio, uma pessoa pode observar os olhos, o rosto, o abdômen, as pernas e outras partes do corpo de alguém somente enquanto não se gerar tensão no observador e no observado.

Estar atento aos sinais emitidos pelo corpo do paciente pode ajudar, ao médico, a captar de forma mais abrangente a situação em que se encontra o portador de distúrbios psiquiátricos ou disfunções físicas. O não-verbal constitui-se, portanto, um importante sinalizador do ânimo e do estado de saúde do paciente.

Há normas sociais para o uso do olhar estabelecidas pela sociedade. “Quando cruzamos com desconhecidos na rua, evitamos o olhar frontal como sinal de respeito à privacidade do outro” (FAST, 1974:127). Por esse mesmo motivo, evita-se fixar o olhar em portadores de defeitos físicos, sob pena de tornar-se indelicado. Por outro lado, quem se julga superior aos outros pode usar o olhar que “coisifica”, fitando por tempo prolongado, sem se importar com as reações provocadas.

Diferentes culturas e diferentes povos lidam de diferentes formas com o olhar. Os árabes olham-se diretamente nos olhos sem constrangimento; já os americanos consideram esse ato uma indiscrição, “em Porto Rico, uma boa moça não fita um adulto nos olhos” (FAST, 1974:132).

STEINBERG (1988), baseando-se em Argyle e outros autores (1973), relaciona as diferentes funções que o olhar assume nas interações sociais:

- a) **busca de informação** - captar do interlocutor dados extras não revelados pelo discurso verbal;
- b) **indício** - aliado às expressões faciais, pode evidenciar receptividade ou antipatia;
- c) **controle de sincronização da fala** - o olhar estabelece o ritmo da conversa, dando a deixa para que o interlocutor responda ou entre no diálogo;
- d) **intimidade** - vinculada à proxêmica, estabelece a duração do olhar que costuma diminuir com a distância, porém, tende a ser mais prolongado em situações de intimidade;
- e) **desvio** - fuga para evitar contato mais íntimo, ou para buscar informações na memória e concentrar-se no que diz.

3.5. O SILÊNCIO.

Muitas vezes o uso do olhar é evidenciado nas pausas verbais que constituem o **silêncio**. Para Bruneau, “o silêncio está para a fala assim como o espaço está para o tipo impresso, sendo que a significação dos signos da fala só é possível por causa da interdependência com o silêncio imposto” (in STEINBERG, 1988:22). Assim, o silêncio, no universo da comunicação não-verbal, funciona como pausa sonora, potencializando a manifestação de outros signos ou códigos que dele necessitam para liberarem plenamente a sua mensagem, enriquecendo a comunicação como um todo.

3.6. A TACÊSICA

Qual de nós, em algum momento da vida, não se encontrou sem palavras, recorrendo a um abraço, a uma palmada afetuosa ou até mesmo a um beijo para expressar algo de seu íntimo? Há inúmeros exemplos no nosso cotidiano desse importantíssimo elemento não-verbal, **o toque**. O seu estudo é denominado hoje de Tacêsica, termo cunhado por Lyn E. Kauffman (1971), também chamado de Proxemia Tátil.

A comunicação pelo toque, assim como pelo olhar, é uma das mais ritualizadas nas relações sociais. Talvez para lidar melhor com algo considerado tão íntimo, a sociedade tenha estabelecido regras e comportamentos para administrar o uso do toque e, em alguns casos, até mesmo reprimi-lo.

Flora DAVIS (1979:135) relata dois importantes trabalhos: o de Lawrence K. Frank sobre comunicação tátil, e um livro de Ashley Montagu sobre o significado do toque humano. Frank tece considerações sobre o papel neurofisiológico da pele como o órgão do toque por excelência, ou o "envelope do corpo", caracterizando a fronteira entre o ser e o mundo.

De modo consciente ou inconsciente, todo ser humano entra em contato com o mundo por meio da pele. Isso é particularmente verdadeiro no caso dos bebês que, desde o útero materno, vivenciam, pela estimulação do líquido amniótico, o calor, a pressão e o estímulo tátil que lhe fornecem um referencial de vida.

A exploração do mundo e o aprendizado pela via do tato é determinante na aquisição de habilidades motoras e formação de conceitos, no âmbito da linguagem, para todas crianças na faixa de 0 a 5 anos (BOBHAT, 1977:48).

A proxêmica também se ocupa dos significados das distâncias temporais. Segundo HALL (1981), inclui a organização do tempo e sua significação num sistema de comunicação social. O tempo de espera num encontro marcado, o tempo que transcorre entre uma pergunta e a resposta. O tempo dispensado pelo médico para ouvir o paciente ou examiná-lo fornece indícios significativos da importância de que se reveste a ocasião.

As diferenças culturais, porém, são fatores determinantes na divisão do tempo socializado. Um exemplo disso é o comportamento médio do norte-americano na forma de tratar o tempo social no que diz respeito aos atrasos:

- “dois minutos, nenhuma desculpa”;
- “três minutos, murmúrio audível”;
- “quatro minutos, frase não terminada”;
- “cinco minutos, frase completa de desculpas” (GUIRAUD, 1991:86).

Guiraud ressalta ainda que, nos países árabes, a divisão do tempo social é feita de uma forma menos distinta, havendo apenas três categorias para dividi-lo: o nunca, o agora (momento presente) e o infinito (espaço de tempo ilimitado).

Essa área de estudo, que pesquisa o tempo como elemento socialmente manipulável, é conhecida, hoje, como Cronêmica, na verdade uma sub-área da Proxêmica.

A cronêmica trata da conceituação e tratamento do tempo como um elemento biopsicológico e cultural. A interpretação de seus dados, porém, a

exemplo de qualquer outro código não-verbal, deve ser feita considerando todos os aspectos do contexto no qual o evento proxêmico está inserido.

Levando em conta todos os dados relatados até agora, parece pertinente chamar a atenção para alguns aspectos importantes a serem considerados na observação de comportamentos não-verbais. São estes:

- o contexto ou cenário da comunicação, que compreende desde o espaço físico, condições ambientais, à relação existente entre os interlocutores, suas raízes culturais, etc.;
- a relação entre os componentes não-verbais, elemento sempre presente, visto que as categorias não-verbais raramente ocorrem de forma isolada. O gesto, o olhar, a distância, o toque e o tom de voz são exemplos de formas de comunicação que se entrelaçam inúmeras vezes nas interações humanas;
- a possibilidade de manipulação da linguagem, que pode ocorrer na medida em que o conhecimento adquirido por estudos compromete a espontaneidade da linguagem corporal. O resultado pode ser uma linguagem estereotipada e utilizada para determinados fins. Publicitários, políticos, atores e professores são exemplos vivos dessa manipulação, em que nem sempre os fins justificam os meios.

Do exposto, e considerando o objetivo deste trabalho, fica evidente a importância de que se reveste o estudo dos elementos não-verbais para o profissional fisioterapeuta na observação participante quando do diagnóstico do seu paciente.

Visando a complementar os objetivos a que se propõe o presente estudo, tratar-se-á, no capítulo seguinte, da observação para caracterizar a sua importância na busca do conhecimento pela via do não-verbal.

CAPÍTULO IV

A OBSERVAÇÃO

O ato de observar parece ser a condição primordial para o aprendizado. O ser humano aprende por meio de modelos que a natureza lhe apresenta a cada dia, ou pela reprodução de comportamentos de outros seres humanos. Assim acontece em todas as atividades que envolvam comportamentos motores ou intelectuais como, andar, falar e todas as formas de manifestação do pensamento.

A ciência parece até hoje não ter criado nada de novo, ou seja, nada que o nosso Criador já não tenha concebido originalmente; porém, contribuiu grandemente para aperfeiçoar tudo que já existe na natureza. No entanto, o verdadeiro desvelamento da realidade, para acontecer, necessita de uma observação ativa, interessada e, acima de tudo, livre de preconceitos e raciocínios apriorísticos.

Segundo RUDIO (1982:32-33), "observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade. Não se trata de ver, mas de examinar. Não se trata somente de entender, mas de auscultar".

Numa observação podem-se encontrar diretamente os fenômenos pela via dos cinco sentidos: por meio das palavras (audição), gestos (visão), toque (tato), sabores (paladar) e cheiros (olfato). No entanto, há muitas informações que podem ser acessadas de forma indireta, quando fazemos inferências sobre alguém ou algo, com base naquilo que nossos sentidos podem captar das palavras, gestos e outras formas de expressão.

Sendo assim, pode-se dizer que observar o mundo é senti-lo por meio de nossos mais confiáveis instrumentos de aferição: os órgãos dos sentidos.

Nossos sentidos são responsáveis pelas primeiras impressões que temos do mundo e, seguramente, também pelas últimas. O conhecimento resultante dessas impressões resulta, porém, de um elaborado processo de decodificação, no qual as inferências são elementos de peso.

Alguns pesquisadores relutam em aceitar como verdadeiros os fatos que resultam de uma inferência, insistindo em considerar como verdade apenas o que resulta da observação pura e simples.

Os representantes do empirismo, como Mill, fazem distinção entre fatos "brutos" e fatos "trabalhados", chamando os primeiros de observacionais, e os segundos de produtos da inferência (KAPLAN, 1972:137).

Em sua obra, **A Conduta na Pesquisa**, Kaplan (1972) afirma que a pedra fundamental do conhecimento científico não é a interpretação, mas sim o registro dos conteúdos da percepção. Porém, ressalta que:

Em verdade, nenhuma percepção é imaculada, e não o é certamente, qualquer percepção que tenha algum significado para a ciência. Observação já é cognição, não é apenas material para conhecimento subsequente e tão presente está a possibilidade de erro neste processo cognitivo como está, obviamente, nos processos inferenciais. Ver é acreditar, porque não nos limitamos a ver alguma coisa: vemos que alguma coisa vem ao caso" (KAPLAN, 1972:158).

Positivistas como Pearson e Mach introduziram uma base fenomenalística na busca do conhecimento, colocando as sensações como ponto de partida para que se chegue à impressão final, produto da inferência (KAPLAN,1984:136).

A observação, porém, em qualquer enfoque que lhe seja dado, pressupõe um diálogo interno com os eventos observados. Trava-se dentro do observador uma discussão cujos resultados serão comunicados, propiciando um diálogo final com todos os interessados nos resultados da pesquisa.

A descrição de um fato, por mais simples e despretensiosa que seja, já não é o fato puro, fruto da “imaculada percepção”, no dizer de Nietzsche. Entre o ver e o descrever, há um intervalo preenchido por associações mentais, julgamentos e conclusões que são inerentes a um trabalho de pesquisa. E, desse modo, “o olho que vê, é já o olho da mente, ou não estaríamos vendo” (KAPLAN:1972:137).

Nas áreas das ciências sociais, tecnológicas ou biológicas, nos dias atuais, o profissional ou pesquisador se vê, quotidianamente, em contato com eventos que envolvem comportamentos ou situações passíveis de observação, sejam eles o comportamento humano, uma reação química em laboratório, ou mesmo o desempenho de uma máquina.

Os procedimentos avaliativos, em qualquer contexto em que estejam inseridos, pressupõem um diagnóstico, ou tomada de decisões, que dependem do conhecimento do tema a que se relacionam. Sendo assim, a observação tem se mostrado um valioso instrumento, por estar direta ou indiretamente envolvida

com grande número de atividades profissionais, seja como condição prévia para o estabelecimento de objetivos instrucionais (professores), acompanhamento para a descrição de comportamentos (psicólogos), ou em qualquer atividade em que seja necessária a coleta de dados para uma avaliação diagnóstica.

A bibliografia sobre o tema é escassa, sendo que as contribuições mais relevantes têm vindo do campo da Psicologia. “Entre alguns trabalhos podem ser destacados os de Mejjas (1973), que trata da observação em situação escolar, e de Windholz (1972), sistematizando a técnica para programas de modificação de comportamento” (DANNA e MATOS.1984:27).

A observação é tida, hoje, como o instrumento mais satisfatório na coleta de dados, por atender às necessidades da descrição dos fatos, pesquisando-os no seu ambiente natural e preservando a fidedignidade da pesquisa. “O uso de informações obtidas através da observação parece colocar o cientista mais sob a influência do que acontece na realidade do que sob a influência de suposições, interpretações e preconceitos” (DANNA e MATOS, 1984:28).

Pela observação, portanto, pode-se pesquisar um fato ou fenômeno, dentro do seu cenário e contexto próprio, sem resvalar para o terreno movediço das suposições e do subjetivismo, tão prejudiciais ao método científico. Ainda citando DANNA e MATOS, pode-se definir observação como um instrumento de pesquisa “utilizado para coletar dados acerca do comportamento e da situação ambiental dada, utilizando esses dados para diagnosticar a situação-problema, escolher as técnicas e procedimentos a serem empregados, e para avaliar a eficácia dessas técnicas e procedimentos” (1984:29).

Apesar de utilizada amplamente, a observação nem sempre acontece de maneira científica e sistemática. A observação feita de forma aleatória, porém, pode comprometer a confiabilidade dos resultados obtidos e de todos os procedimentos que dela dependerem.

Em se tratando de comportamentos, a observação leva à constatação dos fatos, visto que a sua matéria prima é a realidade. No entanto, o aproveitamento dessa realidade como material de pesquisa vai depender do tipo de observação que será realizado. Há basicamente duas modalidades, espontânea e sistemática.

A observação espontânea, ou informal, é uma modalidade não orientada de ver os fenômenos. Ela não se propõe a um estudo, tendo mais um caráter contemplativo que cognitivo. A contemplação pode levar a um tipo de conhecimento, porém, na observação espontânea, a realidade dificilmente será captada na sua totalidade, pois, muitos de seus aspectos só se revelam mediante uma observação planejada e objetiva.

Aponta-se como desvantagens da observação espontânea:

- a) **a casualidade**, que não permite o controle do fator “quando” pelo observador;
- b) **a parcialidade**, que abre espaço para as influências da bagagem cultural do observador;
- c) **a ausência de planejamento**, em que não há seleção do que será observado, ficando tudo ao gosto de quem observa;
- d) **a ausência de um registro organizado**, “confiando à memória a interpretação e a correlação entre os fatos”.

Pode-se ainda acrescentar o fato de que a observação espontânea, por ser aleatória, não oferece condições para a delimitação de uma amostra, elemento de fundamental importância no método científico.

A linguagem utilizada no relato da observação espontânea costuma ser coloquial ou expressiva, não visando à demonstração de fatos e, sim, a comunicar e a produzir impressões. Nesse tipo de relato é comum dar-se “asas à imaginação”.

“Psicólogos e cientistas do comportamento são pessoas comuns que usam linguagem coloquial no seu dia-a-dia, mas, na sua atividade profissional, para descrever, explicar ou controlar comportamentos, devem usar linguagem científica” (DANNA e MATOS, 1984:35).

Freqüentemente, porém, a observação espontânea precede a sistemática, “pavimentando o terreno” para que a segunda aconteça. Nesse caso, a observação inicial fornece uma bagagem de informações que, depois de trabalhada, pode dar suporte à observação sistemática.

De posse dessas informações, será possível elaborar um protocolo de registro atendo-se a eventos captáveis pelas vias dos sentidos (audição, visão, tato, etc.), evitando interpretações ambíguas e tendenciosas.

O planejamento sistemático da observação, partindo de um objetivo preestabelecido, confere cientificidade e confiabilidade à pesquisa. “Para a ciência, cujo objetivo é prever e controlar os eventos da natureza, um fato só adquire importância e significado se é comunicado a outros através de uma linguagem científica” (DANNA e MATOS, 1984:34).

As características básicas da linguagem científica são a objetividade, a clareza e a precisão. Ainda segundo aqueles autores, um relato objetivo deve evitar termos que designem estados subjetivos, bem como abster-se de interpretar as intenções do sujeito e as finalidades da ação (DANNA e MATOS, 1984:38).

A clareza e a precisão de um relato são preservadas quando se evita a utilização de termos amplos cujo significado pode designar várias ações. Isso não acontece quando usamos palavras como “movimentar-se”, que pode significar andar, correr, pular etc., sem que o comportamento seja especificado e esclarecido o tipo de movimento realizado.

Para ser claro e preciso, um relato também deve evitar termos vagos, como pequeno, grande, ou jovem, pois sabe-se que todos esses termos são passíveis de quantificações numéricas, que podem variar de acordo com quem esteja a interpretar o relatório da pesquisa.

Para FAGUNDES, um relato científico deve também ser breve e conciso. Os recursos poéticos, em que se recorre às figuras de linguagem ou a metáforas, são exemplos da ausência de clareza e precisão. Quando o poeta diz: **a tristeza tomou conta do seu semblante**, ou **aconteceu um fato inusitado, alguém entrou na sala de visitas**, está mais preocupado em transmitir idéias e provocar impressões do que em fazer um relato científico dos fatos, de vez que nesse tipo de relato científico, porém, “deve-se procurar ser o mais objetivo possível, tudo expressar com clareza e concisão, descrevendo-se o que acontece, na seqüência em que os fatos se sucedem, de maneira direta ou afirmativa” (1983:28).

Tanto em Danna e Matos como em Fagundes, percebe-se a concordância em relação ao uso da linguagem científica em situações de pesquisa e estudo, atendendo às exigências do método científico, deixando a linguagem coloquial para a comunicação cotidiana.

A observação sistemática tem na linguagem científica, portanto, a sua expressão mais fiel, atendendo às exigências do método científico. Considera-se método científico "a sucessão de passos, pelos quais se descobrem novas relações entre fenômenos que interessam a um ramo científico ou aspectos ainda não revelados de um fenômeno (NOGUEIRA, 1977:73). Transcrevem-se, a seguir, extraídos da obra de Nogueira, alguns objetivos do método científico:

- a) formular questões ou propor problemas;
- b) efetuar observações;
- c) registrar cuidadosamente as observações feitas, para responder questões ou solucionar problemas propostos;
- d) checar e rever conclusões e idéias anteriores, confrontando-as com os resultados obtidos.

Antes de iniciar um trabalho de observação, é fundamental que se tenha clareza em relação a alguns aspectos, tais como:

- a) o objetivo da observação (para quê?);
- b) o momento ou condições ambientais (quando? / onde?);
- c) o(s) evento(s) a ser(em) observado(s) (o quê?);
- d) a técnica a ser utilizada para o registro (como?).

A construção de um protocolo de observação não pode prescindir desses dados. A seguir, apresenta-se um protocolo de observação proposto por

2ª Parte - Registro Definitivo (passado a limpo)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fonte: Descrição, Definição e Registro de Comportamento. (FAGUNDES, 1983).

O protocolo apresentado presta-se para a utilização na técnica de registro cursivo, que vem a ser uma das mais utilizadas em observação de comportamento, muito freqüente nas ciências sociais.

O registro cursivo, também chamado de registro contínuo, "consiste em se descrever o que ocorre, na seqüência em que os fatos se dão, cuidando-se de seguir as recomendações técnicas para que se tenha uma linguagem científica" (FAGUNDES, 1983:33). Esse tipo de registro se presta muito bem a uma observação preliminar, quando se procura coletar dados iniciais que possam ajudar na definição e seleção de comportamentos que serão objeto de uma observação posterior mais bem conduzida e planejada. Por exemplo, pode-se, depois de um registro cursivo, em que uma ampla gama de comportamentos seja relatada, selecionar um conjunto de comportamentos já definidos para uma observação sistemática.

A definição de comportamentos constitui um estabelecimento prévio do que vem a ser um determinado comportamento que se deva observar, estabelecendo um padrão a ser seguido por um ou vários observadores que estejam na mesma situação. O estabelecimento prévio de definições comportamentais, facilita o trabalho dos observadores por eliminar as contradições existentes nas noções que cada um tem a respeito dos mesmos comportamentos, e permitindo haver maior concordância entre os observadores quanto à ocorrência dos comportamentos sob observação.

Ainda segundo FAGUNDES, a definição de um determinado comportamento pode ser testada pedindo-se a outros observadores que procedam à observação do comportamento definido, comparando-se, depois, as

impressões dos vários relatos e abrindo espaço para uma discussão dos pontos divergentes. Outra forma é refazer a observação, após um certo período de tempo, nas mesmas condições da observação anterior e confrontar o relato com os dados obtidos na primeira vez.

Transcreve-se, a seguir, um exemplo de definição de comportamento em que se adota linguagem científica, de forma explícita e completa, empregando elementos que lhes sejam pertinentes e dando-lhe um nome apropriado, que prontamente lembre o que se deseja designar:

“participar da aula: escrever os exercícios, olhar para a professora enquanto esta fala, ajudá-la na distribuição do material sempre que solicitado, pedir explicações e executar as atividades do momento, como: recorte, colagem, canto etc.” (FAGUNDES, 1983:38).

Além do registro cursivo, há outras técnicas que se prestam melhor à quantificação dos dados obtidos. As mais utilizadas são o Registro de Eventos, o Registro de Duração, o Registro a Intervalos e o Registro por Amostragem de Tempo.

Para o Registro de Eventos, selecionam-se os comportamentos a serem observados, definindo-os e descrevendo-os a seguir de acordo com as normas compatíveis com o método científico. Após serem definidos os critérios para dizer se o comportamento ocorreu, procede-se à observação e à contagem da frequência com que o comportamento acontece. Percebe-se, aí, a importância da definição do comportamento, bem como do seu critério de ocorrência, para uma análise quantitativa posterior.

O Registro de Duração determina o tempo transcorrido durante a ocorrência de um comportamento. Essa técnica requer também a definição do comportamento-alvo, bem como dos seus critérios de ocorrência. Mede-se o tempo gasto em cada comportamento, por meio de relógio ou cronômetro, obtendo-se, no final do período de observação, o número de comportamentos e a duração de cada um.

No Registro a Intervalos procura-se anotar, em intervalos de tempo preestabelecidos, a ocorrência ou não-ocorrência de um determinado comportamento. Estipula-se arbitrariamente a duração de cada intervalo. "Intervalos de 5 a 30 segundos são muito usados, sendo mais comum intervalos de 10 a 15 segundos" (FAGUNDES, 1983:58).

Exemplo de registro de "a intervalos", extraído de FAGUNDES (1983:59):

Intervalos (em segundos)						
<i>Minutos</i>	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
1	-	X	X	-	-	X
2	-	-	-	X	-	X

Legenda: X = ocorrência
- = não ocorrência

O Registro por Amostragem de Tempo é muito semelhante ao de Intervalos, com a diferença de que a observação é feita apenas no final de cada intervalo, também estipulado arbitrariamente. Bijou, Peterson e Ault (apud FAGUNDES, 1983:61), recomendam uma duração mais curta para os comportamentos de freqüência mais alta e duração mais longa para os comportamentos de baixa freqüência, para que não haja muita discrepância entre

o número de ocorrências observadas e o número real de ocorrências no período total de observação.

A observação sistemática pode ser feita de forma direta por meio dos sentidos, ou de forma indireta, utilizando-se instrumentos para registrar ou medir a informação que se deseja obter. “O que caracteriza o mecanismo indireto de observação é a necessidade de se fazer inferências para se chegar ao resultado final” (RUDIO, 1982:38).

Um instrumento de pesquisa na observação é um recurso auxiliar de grande valia, chegando mesmo a caracterizar a opção metodológica. Vários recursos são utilizados como instrumentos de observação, além dos nossos sentidos naturais. Entre eles podemos citar: o olho mecânico, representado por um binóculo ou lentes; o termômetro, para aferição da temperatura; as substâncias corantes, que permitem a observação de alguns compostos químicos; as fichas da observação documental e o importante protocolo da observação nas ciências sociais.

Como foi dito anteriormente, o produto final da observação passa pela inferência e, quando se trata de observação instrumental propriamente dita, o instrumento pode determinar alterações no comportamento do fenômeno observado.

“O ato de observação afeta a pessoa que está sendo observada, seja direta, seja indiretamente, e a tal ponto que é, freqüentemente, da mesma ordem de grandeza dos fenômenos que o cientista está interessado em observar” (KAPLAN, 1972:141). É necessário, para uma observação fidedigna, não se perder de vista a interação que há entre o observador, o instrumento de

observação e o fenômeno observado. Essa costuma acontecer de acordo com duas modalidades básicas: a participante e a não participante.

Percebe-se, com base nas pesquisas realizadas até agora, que a maior parte do conhecimento que o homem acumulou sobre o mundo em que vive foi obtida pela via da observação, o que caracteriza o observador como o principal instrumento na coleta de dados. Na fase inicial de uma pesquisa, porém, o observador se defronta freqüentemente com o dilema de estabelecer as bases da observação e o seu papel na mesma. É necessário determinar se a observação será participante, não participante, revelada ou não revelada.

Os pesquisadores podem decidir participar como observadores revelados, onde declaram sua verdadeira identidade e objetivos, ou observadores ocultos, onde o fato de que eles são pesquisadores não é revelado. Algumas vezes os pesquisadores escolhem ser parcialmente revelados, mas não contam toda a história para os atores que estão sendo estudados. (MOREIRA,1994:1).

A decisão caberá ao pesquisador, após uma análise criteriosa das características do estudo e da natureza do evento a ser pesquisado.

O observador não participante pode valer-se de vários recursos instrumentais, que vão desde o "espelho copião", que permite a visualização em apenas uma das faces, até uma câmara escondida, ou um gravador. Esses recursos, no entanto, parecem compatibilizar-se mais com a observação não revelada, por motivos óbvios; a revelação pode funcionar como uma forma indireta de participação.

De maneira geral, pode-se aceitar como certo que, se os sujeitos da pesquisa desconhecem os propósitos do cientista, seus comportamentos tenderão a ser menos influenciados, registrando-se assim fatos espontâneos.

Pode-se também argumentar a favor da observação não participante com o fato de que o pesquisador, não estando fisicamente presente, pode sentir-se mais “à vontade”, sem sofrer os efeitos de uma interação direta com o observado, mantendo um certo distanciamento e neutralidade compatíveis com o método científico.

As vantagens preconizadas pelos adeptos da observação participante são:

- a) **a possibilidade de interagir com o(s) sujeito(s)**, tendo acesso direto à realidade, vivenciando a situação como todos os indivíduos que dela participam, diminuindo, assim, as chances de uma interpretação subjetiva;
- b) **maior empatia e compreensão dos processos observados**, podendo relatá-los com “conhecimento de causa”;
- c) **menor chance de manipulação dos comportamentos observados**, devido à presença direta do observador (MOREIRA, 1994:3).

As desvantagens apontadas pelos pesquisadores da área são:

- a) **o problema da aceitação por parte dos observados**, que pode levar à marginalização ou isolamento do observador, criando situações de ansiedade em ambas as partes;
- b) **a possibilidade de envolvimento emocional do observador**, gerado pela convivência e pelo prolongado tempo exigido pela pesquisa nesses casos;
- c) **incerteza quanto aos rumos da pesquisa** e convivência constante com as correções e redirecionamento impostos pelos elementos que emergem a cada nova etapa do trabalho;

d) **o longo tempo necessário** para se proceder a uma observação participante impõe, muitas vezes, uma reformulação nos hábitos de vida do pesquisador, com repercussões nos âmbitos profissional e familiar;

e) **o pequeno número de sujeitos para cada observador** costuma abrir precedentes para críticas a essa técnica por parte dos pesquisadores quantitativos, que alegam o fato de as amostras serem atípicas e pequenas, impedindo a generalização a partir dos resultados obtidos (MOREIRA, 1994:4).

É importante que se leve em consideração, para a eleição da técnica, não o número de objeções que a ela se faz, mas, sim, a profundidade e embasamento das críticas e, principalmente, a natureza da pesquisa a ser empreendida, bem como as condições ambientais, sociais e todas as implicações decorrentes da escolha do método.

O fator tempo, a preparação e o treinamento anterior do observador e um bom protocolo de observação são uma contribuição valiosa para o sucesso de qualquer pesquisa, seja ela quantitativa ou qualitativa. Aliás, o enfrentamento dessas duas modalidades não está entre dados quantitativos versus qualitativos, mas, no terreno epistemológico.

Buendia (1992), discute o rigor e a fiabilidade dos dados obtidos através da observação, concluindo que esta estratégia pode atender a provas estatísticas como “Crombach”, ou os testes de fiabilidade desenvolvidos por “Turner e Cardinet”.

A observação, em qualquer modalidade em que se realize, revela-se um procedimento cotidiano nas ações diagnósticas e terapêuticas. Dentre as modalidades estudadas, a participante parece a mais adequada à interação

fisioterapeuta-paciente, visto que os comportamentos aí observados incluem importantes respostas ao terapeuta, reveladoras de aspectos só emergentes num contexto interativo.

Na proposta que será apresentada a seguir, optou-se por trabalhar com a observação na coleta de dados.

CAPÍTULO V

ELEMENTOS PARA UM MODELO DE ABORDAGEM CORPORAL PARA A PRÁTICA FISIOTERÁPICA

O profissional fisioterapeuta, pela natureza do seu trabalho, estará sempre lidando com pessoas que apresentam problemas de ajustamento relacionados à aceitação dos limites impostos pela sua enfermidade. Assim, faz-se necessário compreender suas atitudes, a fim de poder ajudá-los a assumir os aspectos positivos de sua personalidade, por meio de uma escuta mais fina, e um olhar mais atento sobre o conjunto de fenômenos manifestados na situação a que chamamos doença.

A dinâmica de interação terapeuta-paciente pressupõe um encontro entre pessoas, cada qual com sua história, repertório emocionais, nem sempre manifestadas verbalmente.

Particularmente na Fisioterapia, o momento avaliativo e terapêutico é permeado por toques, olhares e silêncios significativos, no sentido de que expressam algo que se encontra num estrato mais profundo da manifestação corporal. Daí a importância de se estar atento a essa dinâmica interacional, visto que a mesma terá papel relevante no surgimento de situações favoráveis, ou não, a uma boa evolução do tratamento.

Estudos e pesquisas no campo médico e psicológico comprovam que tensões psíquicas podem provocar transtornos orgânicos, tendo-se constatado que a situação de doença, ou incapacidade, torna a pessoa mais vulnerável e sensível, operando-se, assim, um processo regressivo. A “criança” em nós, torna-se mais presente e dominante, utilizando uma linguagem com fortes traços não-verbais. É o corpo que entra em cena para se comunicar. Daí a necessidade do terapeuta estar atento a essa linguagem corporal, sob pena de empobrecer a sua comunicação com o paciente já no momento inicial da avaliação, com repercussões óbvias no processo terapêutico posterior.

A comunicação pré-verbal realiza-se mediante linguagem corporal, a qual a criança utiliza instintivamente para expressar suas necessidades. Essa linguagem corporal também se manifesta no adulto em circunstâncias especiais; por exemplo, quando experimenta emoções fortes, mesmo dominando a linguagem verbal, utiliza normalmente as formas primárias de expressão. (NOVAES,1975:10).

No exercício do seu trabalho, o fisioterapeuta, ao manusear o corpo do paciente ou ao examiná-lo por meio de observação clínica, defronta-se com elementos-verbais a todo instante: rigidez muscular, temperatura, postura corporal etc. Ainda assim, a expressão verbal parece ser a mais valorizada, mesmo não sendo, muitas vezes, a mais coerente com o contexto dos fatos que acompanham a doença. Na própria ocorrência da comunicação verbal, parece haver uma relação de dominância por parte do terapeuta em relação ao paciente, transformando-se em monólogo aquilo que deveria se configurar em diálogo e encontro, e falando mais o que “sabe” mais. O paciente pouco fala quando do exame e, quando o faz, responde a perguntas direcionadas para uma coleta de

dados que não abre espaço para que ele possa falar de si e de como vê a doença em sua vida.

Há dois momentos de suma importância na semiologia fisioterápica: a anamnese, ou interrogatório inicial, caracterizada pelo contato verbal, e o exame físico, caracterizado pelos contatos visuais e táteis, basicamente. Vale dizer: essas interações são todas norteadas pela ótica do fisioterapeuta, de modo que o diálogo verbal e a observação realizados nesse caso, constituem-se instrumentos de posse exclusiva do fisioterapeuta, cuja origem remonta a um antigo código semiológico construído ao longo da história da medicina física.

O fisioterapeuta é sempre o elemento mais ativo na relação com o paciente, ao manusear os equipamentos e materiais de consumo necessários às técnicas executadas, passando a informação de que o conhecimento é de sua posse exclusiva. Ao paciente cabe o papel de elemento passivo e pouco indagador às condutas adotadas para a sua própria recuperação.

Todos os procedimentos citados encontram-se, hoje, solidamente referendados pelos manuais de propedêutica e compêndios de anatomia humana, adotados nas escolas de ciências da saúde. Na bibliografia mais utilizada nessas escolas de formação, temos autores clássicos, como **BASMAJIAN (Fisioterapia e Reabilitação)**, **KISNER (Tratado de Medicina Física e Reabilitação)** e **KENDALL (Avaliação da Função Muscular)**. Na visão desses autores, o corpo é uma “máquina”, perfeita e maravilhosa, porém, uma “máquina”. Como máquina que é, pode ser decomposto em partes cada vez menores, de acordo com a especialização da ciência. Oriundos da medicina clássica, a avaliação fisioterápica e o tratamento fisioterápicos refletem as

limitações de um modelo de abordagem corporal focalizado no sintoma objetivo e quase sempre mensurável. “Usamos balanças, goniômetros, termômetros, esfigmamômetros e outros aparatos mecânicos em substituição aos órgãos dos sentidos, exprimindo quantidade pura, sem nenhuma interferência com a qualidade” (ALVES, 1986:54).

Apresenta-se, a seguir, um modelo de avaliação postural oriundo dos três principais autores adotados pelos docentes da graduação em Fisioterapia, BASMAJIAN (1987), KENDALL (1983) e KISNER (1987), apontando aspectos considerados limitadores para uma nova abordagem terapêutica centrada no indivíduo.

AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

Nome: Idade:

Profissão: Endereço

ANAMNESE

Queixa Principal:

.....

.....

.....

.....

.....

Esse primeiro momento da avaliação, revelará ao observador uma seqüência de comportamentos que podem ser assim descritos: Paciente entra na sala de avaliação é recebido pelo fisioterapeuta , ambos se cumprimentam e se dão a conhecer. Os comportamentos não-verbais observados são:

a) olhar - valioso elemento de interação não-verbal, nesse primeiro contato costuma refletir o grau de expectativa ou ansiedade do paciente, podendo ter variações do tipo : olhar fixo, (ansiedade ou necessidade de atenção), olhar furtivo e fugidio (dificuldade em manter contato, insegurança), olhar distante ou alienado (resistência a uma relação terapêutica).

b) postura - sendo o repertório postural limitado, torna-se relativamente fácil para o terapeuta perceber as variações de postura em situações de exame clínico. Nas situações de contato inicial, os componentes não-verbais da comunicação se revestem de grande importância por não serem premeditados, sendo por isso mais espontâneos como no caso da postura; a forma de caminhar ou sustentar o corpo podem revelar um modo de andar “preocupado” ou “excitado” ou, ainda, uma marcha hesitante, revelando uma modalidade de resistência à situação terapêutica.

c) gestos - a anamnese do paciente, tradicionalmente, reserva um grande espaço para a comunicação verbal, pois é o momento em que ele relata a sua queixa principal e os motivos que o levaram a buscar ajuda. O discurso verbal, porém, costuma acontecer acompanhado de posturas características que, freqüentemente, escapam da percepção do fisioterapeuta. Segundo STEINBERG (1988:17), o ritmo da fala costuma ser acompanhado por gestos, havendo sempre uma mensagem neles. Há alguns muito conhecidos, como o balanço rápido das pernas ou tamborilar de dedos, que funcionam como tiques nervosos corporais. A restrição da mobilidade em situações de tensão evidencia-se sob a forma de braços e pernas cruzados, cabeça e olhos baixos, movimentos lentos e pesados e mímica facial pobre, como se houvesse algo para ser protegido;

d) paralinguagem - ocorrência de pausas verbais (silêncio), preenchidas por pigarros, suspiros, ou outros sons que, relacionados ao contexto da situação interacional, podem favorecer uma maior compreensão do indivíduo que ali está;

e) proxêmica - a distância adotada durante o diálogo costuma estar determinada pelo espaço disponível e pela disposição do mobiliário da sala de avaliação. Em

geral, terapeuta e paciente se situam numa distância social separados pela mesa de exame. A maneira de lidar com essa distância pode ser reveladora, pois um dos interlocutores pode quebrar esse protocolo, aproximando-se deliberadamente em atitude de acolhimento e simpatia, ou defender seu território, desestimulando a aproximação.

A observação e o registro desses comportamentos podem ajudar não só a decodificar mensagens subliminares, mas, também, servir de parâmetro para a reavaliação do quadro clínico, pois na medida em se registra uma evolução positiva do caso, a expressão não-verbal também mudará.

Estudos realizados por SANDLER (1988) em pacientes com moderado grau de esquizofrenia demonstraram que os comportamentos não-verbais de cunho negativo apresentavam uma evolução paralela ao quadro clínico dos pacientes. Aquele pesquisador concluiu que o não-verbal por vezes funciona como válvula de escape para algo profundamente reprimido.

A percepção desses elementos por parte do fisioterapeuta pode, já nos momentos iniciais do tratamento, ajudar na elaboração de um plano terapêutico que inclua um modelo interacional mais atento e humano.

Na fase seguinte, começa a avaliação propriamente dita. Para a inspeção postural, o paciente é colocado a uma distância de aproximadamente 3m. do fisioterapeuta para ser observado. A observação costuma ser silenciosa, e o paciente deve estar em trajes mínimos para revelar os contornos do corpo.

EXAME FÍSICO

Inspeção Postural:	Vista ântero-posterior		
Alinhamento da cabeça:	Central ()	Direita ()	Esquerda ()
Alinhamento dos ombros:	Nivelados ()	D + alto ()	E + alto ()
Alinhamento da pelve:	Nivelada ()	D + alta ()	E + alta ()
Joelhos:	Normais ()	Valgo ()	Varo ()
Pés:	Normais ()	Apoio med. ()	Apoio lateral ()

Vista Lateral

Cabeça:	Normal ()	Anterior ()	Posterior ()
Ombros:	Normal ()	Anterior ()	Posterior ()
Coluna:	Normal ()	Cifose ()	Lordose ()
Joelhos:	Normal ()	Semi-flexão ()	Hiperextensão ()
Pés:	Normal ()	Apoio Ant. ()	Apoio Post. ()

A observação realizada na clínica de Fisioterapia da PUC Pr, de um total de 12 avaliações, mostrou a ocorrência de mensagens não-verbais mais manifestadas através do olhar, postura e paralinguagem. O comportamento do **olhar**, nesses momentos, revelou um distanciamento da situação (9 pacientes mantiveram os olhos em um ponto fixo e acima). Observou-se, também, ocorrência de **tiques nervosos**, do tipo “pisar rápido de olhos”, e sons como “hum, hum”, e “fungados”, que só apareceram nessa fase.

O comportamento postural nessa fase de exame não costuma ser espontâneo ou habitual pelas circunstâncias em que ocorre, mas pode revelar um arranjo característico que o corpo faz para lidar com situações de tensão. Dos doze pacientes observados, dez apresentaram um padrão de **ombros elevados, tensionamento de região mandibular e ritmo respiratório rápido e superficial (média de 80 incursões p/m)**.

Na etapa a seguir, acontece o manuseio do corpo do paciente pelo fisioterapeuta em uma condição preestabelecida e padronizada. O toque costuma acontecer de forma mecânica e impessoal. Muitos profissionais justificam esse procedimento como forma de preservar a individualidade da dupla terapeuta-paciente. Ocorre que, atualmente, há uma demanda das pessoas por um atendimento mais humanizado. Estudos feitos por MONTAGU (1988), revelaram ser o toque a maneira mais importante de se entrar em contato com alguém para transmitir afeto e segurança.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR

TESTES DE FORÇA MUSCULAR:

Músculo: Normal () Fraco Moderado () Fraco Acentuado ()

TESTES DE COMPRIMENTO MUSCULAR:

Músculos Alongados

.....

.....

Músculos Encurtados

.....

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR

Articulação.	Amplitude Ativa	Amplitude Passiva
Coluna Vert. Graus Graus
Ombro	“	“
Cotovelo	“	“
Punho	“	“
Quadril	“	“
Joelhos	“	“
Tornozelos	“	“

PALPAÇÃO

Tensão Muscular -	Normal	Moderada	Acentuada
Músculos			
Músculos			
Músculos			

Nos doze procedimentos avaliativos observados por esta pesquisadora, o toque ocorreu apenas nos seguintes momentos:

- a) aperto de mão na chegada à Clínica de Fisioterapia;
- b) execução de procedimentos técnicos, como medir ângulos articulares, realizar movimentos passivos de investigação e palpação de pele e tecido muscular.

Observou-se uma associação do olhar e do toque, pois cem por cento dos fisioterapeutas mantiveram o olhar fixo na parte do corpo tocada, não havendo comunicação ocular com o paciente. Observou-se, também, o toque predominantemente feito com a ponta dos dedos em detrimento do toque palmar, reconhecidamente mais agradável e caloroso. Do total de pacientes, 7 apresentaram “imobilismo” corporal, enrijecimento global do corpo e olhos voltados para o teto. O toque, na abordagem fisioterápica observada, revelou-se tão quantitativo quanto o uso de instrumentos, empobrecendo a relação terapêutica.

O exame de palpação evidencia, de fato, tensões e dores musculares, procurando quantificá-los. Muitos processos dolorosos e tensionais, no entanto, podem nascer ali, no exato momento da avaliação, como resposta a uma interação difícil para um ou para ambos. Padrões desse tipo costumam se repetir sempre que o indivíduo se sente fragilizado, e nem sempre responderão a técnicas de reeducação pura e simples. A terapia que nasce de uma avaliação não deverá consistir apenas em técnicas, mas numa abordagem que inclua aspectos mais amplos do indivíduo.

Diagnóstico Fisioterápico:

.....

.....

Indicação Terapêutica:

.....

.....

Nº de sessões recomendadas

Percebe-se, desde a identificação e coleta de dados pessoais do paciente, um fechamento a possibilidades de conhecer melhor o sujeito da avaliação. Os itens religião, procedência (local ou região de origem), local ou entidade onde trabalha e condições de vida, se incluídos, poderiam fornecer informações sobre o contexto social do paciente, ajudando a conhecê-lo melhor.

No exame físico, é que se pode perceber maior possibilidade de fragmentação do corpo humano, pois o mesmo, no item Inspeção Postural, tem como referencial o alinhamento postural ideal, a que se denomina “postura padrão”. Entende-se como alinhamento ideal um arranjo das partes do corpo, no qual a linha da gravidade, vetor imaginário, que representa o centro do corpo, coincide, numa posição de pé, com o eixo mediano da coluna vertebral (KISNER, 1987). O indivíduo que, colocado na posição bípede, não tiver essa linha passando exatamente pelo centro do corpo, será considerado portador de desvio postural.

Tal abordagem privilegia o ponto de vista do observador, pois é ele, em última instância, que decide, com base em dados objetivos, apoiados em informações visuais (posição da cabeça, altura dos ombros etc.), como está o outro, sem levar em conta os concomitantes subjetivos que compõem a “atitude” postural.

É necessário que o fisioterapeuta esteja ciente da condição solitária e tolhida em que se encontra alguém, portador de um desconforto físico, tendo um outro à sua frente, olhando-o e medindo-o como se olha um objeto numa vitrine. Esse momento poderá ser rico em informações para o profissional que detenha um conhecimento básico de elementos não-verbais da comunicação, capacitando-o a lidar com as manifestações corporais que poderão surgir, aproveitando-as para tecer um quadro mais real da situação do paciente e, principalmente, assumindo atitudes mais receptivas e menos técnicas para diminuir o desconforto gerado pela situação.

Uma possibilidade de se abrir espaço para o indivíduo, numa situação de avaliação, é permitir que ele, nesse momento, expresse a percepção que tem do seu corpo internamente, por meio de gestos e movimentos, valorizando uma outra forma de expressão, além da verbal.

A subjetividade do indivíduo relacionada à postura (alinhamento das partes, sensação do campo gravitacional, relação das partes entre si etc.) necessita ser manifestada da forma mais natural possível para, a partir daí, ser redirecionada para o objetivo terapêutico: o alinhamento real e confortável para o dono do corpo.

No item que trata dos testes de força e comprimento muscular tem-se o aparecimento de vários componentes verbais, como o toque (tacêsica), e o olhar, elementos reveladores de sinais que o verbal jamais contaria. Nesse momento da avaliação, terapeuta e paciente se vêem quase que compulsoriamente em contato íntimo. As implicações decorrentes dessa condição podem ser a recusa ao toque, nem sempre verbalizada, mas sinalizada por um aumento do tônus muscular e o desvio dos olhos, para evitar uma interação constrangedora. Esses sinais podem remeter um terapeuta atento a uma compreensão das limitações não só físicas desse indivíduo, mas também emocionais.

Percebe-se, pelo conteúdo das obras mais consultadas atualmente no ensino da propedêutica fisioterápica, muito poucas páginas dedicadas ao capítulo do toque, manuseio e palpação. Essa ocorrência pode ser um reflexo da nossa dificuldade em tocar um outro ser humano, talvez até por uma herança educacional, que nos dificulta o contato com nosso próprio corpo.

Outro importante item que caracteriza o fisioterapeuta como observador por excelência é o exame da marcha. Neste, é possível acompanhar com o olhar a evolução de um paciente caminhando em uma sala por alguns segundos, para entender como ele se locomove e como o seu corpo se comporta nessa locomoção. Mais uma vez, aí se revela a herança tecnicista, servindo-se de um protocolo fechado, em que são registrados apenas itens específicos e predeterminados para análise dos padrões de movimento do corpo.

A análise da marcha, hoje, é centrada no exame de 3 fases, apoio, impulso e oscilação dos pés, sem que se considere a relação entre os demais segmentos corporais no momento da locomoção, a harmonia dos movimentos, o

balanço do corpo e, porque não dizer, a expressão facial do indivíduo quando anda.

Postura e movimento implicam sempre em uma resposta ao meio circundante, com seu campo gravitacional, suas impressões visuais, seus cheiros, estímulos táteis e todas as sensações que um corpo vivo pode sentir. Como vemos, há repercussões estruturais e funcionais decorrentes de causas que, na maior parte das avaliações, não são consideradas ou valorizadas, na medida em que não há uma abertura por parte do observador para as manifestações que vão além dos componentes verbais da linguagem.

A pesquisa bibliográfica aliada à observação das avaliações fisioterápicas realizadas na Clínica de Fisioterapia da PUC-PR, possibilitou uma proposta com sugestão de elementos para um modelo que possa encontrar complementaridade entre os dados objetivos, já tão conhecidos dos profissionais de formação técnica, e a linguagem corporal.

As observações realizadas apontaram o predomínio e a importância de alguns elementos não-verbais determinando a sua inclusão na proposta. Optou-se por manter a estrutura original da avaliação fisioterápica, abrindo espaço para a inclusão de elementos novos que possam complementá-la, sem, no entanto, desnaturá-la, pois o que norteou a pesquisa foi a busca da complementaridade.

Particularmente no que se refere ao toque, optou-se por pesquisar as reações do paciente ao mesmo, visto que é ele quem o recebe.

Foram feitas algumas definições de comportamentos relativos a:

- interatividade do olhar - olhar nos olhos do fisioterapeuta nos momentos de diálogo, pelo tempo correspondente a uma frase afirmativa, interrogativa ou de

resposta, podendo ser alta (80 a 100% do tempo de interação), média (40 a 70%) e baixa (abaixo de 40%);

- toque - contato corpo a corpo ou por meio das mãos, sob a forma de roçar, apertar ou deslizar;
- sorriso afastamento e elevação dos cantos externos dos lábios, deixando à mostra os dentes superiores e/ou inferiores, expressando bem-estar;
- vogais de hesitação sons do tipo " ah ", " hum ", " ham ", " ham " ;
- pigarro ruído semelhante à tosse, porém de alta velocidade e com a boca fechada;
- expressão facial predominante comportamento do olhar aliado à mímica facial.
- expansão torácica movimento de elevação das costelas na inspiração;
- frequência respiratória (nº de expansões p/min.), alta (acima de 80), normal (60 a 80);
- m.r.o: movimento rápido dos olhos - o paciente movimenta os olhos nos sentidos lateral, superior e inferior, sem se deter em nenhum ponto.

Aceitando a premissa de que para ministrar atendimento adequado ao paciente é preciso que se tenha uma compreensão dele, e que esta compreensão se dá por meio da apreensão do que ele expressa de maneira verbal e não-verbal, foi elaborada uma ficha de coleta de dados para a avaliação fisioterápica como parte da contribuição que se pretende com esse estudo.

AVALIAÇÃO SENSORIO-MOTORA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: IDADE:

OCUPAÇÃO PRINCIPAL: RELIGIÃO:

PROCEDÊNCIA:

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL (relato do paciente)

.....
.....
.....

ANTECEDENTES DA QUEIXA (relato do paciente)

.....
.....
.....

COMPORTAMENTO DO OLHAR:

INTERATIVIDADE - ALTA () MÉDIA () BAIXA ()

DIREÇÃO MAIS FREQUENTE - AO TERAPEUTA () ABAIXO () ACIMA ()

OUTRO PONTO () M.R.O. ()

DISTÂNCIA ADOTADA PELO PACIENTE: ÍNTIMA () SOCIAL ()

GESTOS: LENTOS () RÁPIDOS () RECORRENTES ()

DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO POSTURAL (posições de cabeça, tronco e membros, predominantes nessa fase).

SENTADO

.....

.....

DE PÉ

.....

.....

PARALINGUAGEM E NÚMERO DE OCORRÊNCIAS NA INTERAÇÃO

SORRISO () PIGARRO () VOGAIS DE HESITAÇÃO ()

BREVE REGISTRO DOS COMPORTAMENTOS ACIMA OU OUTROS

.....

.....

REGISTRO DA EXPRESSÃO FACIAL PREDOMINANTE

.....

.....

.....

EXAME FÍSICO**INSPEÇÃO POSTURAL - VISTA FRONTAL**

ALINHAMENTO DA CABEÇA: CENTRAL () DIREITA () ESQUERDA ()

DIREÇÃO DOS OLHOS: À FRENTE () ACIMA () ABAIXO () LATERAL ()

ALINHAMENTO DOS OMBROS - NORMAIS () ABAIXADOS () ELEVADOS ()

D + ALTO () E + ALTO ()

PELVE: NIVELADA () D + ALTA () E + ALTA ()

JOELHOS: NORMAIS () VALGO () VARO ()

PÉS: APOIO TOTAL () MEDIAL () LATERAL ()

VISTA LATERAL

CABEÇA: CENTRALIZADA () P/ FRENTE () P/ TRÁS ()

OMBROS: CENTRALIZADOS () P/ FRENTE () P/ TRÁS ()

COLUNA: CURVAS NORMAIS () CIFOSE () LORDOSE () RETIFICADA ()

JOELHOS: CENTRALIZADOS () SEMI-FLETIDOS () HIPEREXTENDIDOS ()

PÉS: APOIO TOTAL () ANTERIOR () POSTERIOR ()

EXPANSÃO TORÁCICA: VISÍVEL () POUCO VISÍVEL () INCURSÕES P/M ()

TESTES DE FORÇA

MÚSCULO

NORMAL

FRACO

MODERADA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TESTES DE COMPRIMENTO

MÚSCULOS ENCURTADOS

.....

.....

.....

MÚSCULOS ALONGADOS

.....

.....

.....

AMPLITUDE DE MOVIMENTOS:

ARTICULAÇÃO: ANGULAÇÃO ATIVA ANGULAÇÃO PASSIVA

.....

.....

.....

ANÁLISE DA MARCHA:

FASE DE APOIO

.....

FASE DE OSCILAÇÃO

.....

FASE DE IMPULSÃO

.....

BALANÇO DOS BRAÇOS: PRESENTE () AUSENTE () LENTO () RÁPIDO ()

PALPAÇÃO (toque terapêutico)

GRAU DE TENSÃO BAIXA () ALTA () NORMAL ()

MÚSC:

MÚSC:

MUSC:

MUSC:

DOR: PRESENTE () AUSENTE ()

RELATO DO PACIENTE.....

.....

.....

.....

EXPRESSÃO FACIAL PREDOMINANTE DURANTE A PALPAÇÃO:

.....

.....

FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA PREDOMINANTE (incursões p/ minuto)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

.....

.....

.....

PROPOSTA TERAPÉUTICA A CURTO PRAZO:

.....

.....

.....

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho revelou-se de grande utilidade para esta pesquisadora na medida em que nos permitiu um mergulho inicial nas origens do fazer fisioterápico, possibilitando a sua compreensão dentro de um contexto histórico-evolutivo. Constatou-se que a Fisioterapia, iniciada a partir de uma prática espontânea na antiguidade, teve seu período de obscuridade na Idade Média, para depois ressurgir no Renascimento, acompanhando a própria concepção de corpo em cada época. O período da Industrialização revelou-se o grande motor para o avanço dos estudos na área, deixando um legado tecnicista que, embora adequado e útil às necessidades da época, parece, hoje, um tanto desgastado frente às exigências de uma sociedade interessada em resgatar o seu lado humano e sensível.

O legado cartesiano nos revelou que a idéia de corpo como simples objeto ainda caracteriza, em sua grande maioria, as formas de intervenção na área da saúde em geral, e da Fisioterapia em particular. Porém, as pesquisas apontaram indícios de superação dessa concepção mecanicista com o advento das chamadas " terapias alternativas ", que tentam situar o sujeito doente no centro da racionalidade médica, e a relação terapeuta-paciente como fundamental para a eficiência terapêutica.

A pesquisa também revelou com clareza que a comunicação não-verbal e a observação de comportamentos têm merecido pouca atenção dos

fisioterapeutas e que este desconhecimento pode dificultar as interações interpessoais por leitura incorreta do processo comunicativo

Os estudos relativos à comunicação não-verbal e observação levaram a concluir, também, que qualquer comportamento, palavra ou mesmo silêncio, em determinado contexto, têm valor de mensagem, cujo registro não pode ser feito de forma aleatória; por isso, precisamos aprender a observar.

Foram encontradas dificuldades para a realização da proposta, pois a autora, como a maioria dos seus colegas da área da saúde, relutou em abandonar as certezas e os padrões estabelecidos pela formação técnica, para buscar uma nova forma de avaliar um paciente em que a certeza cede lugar à descoberta.

Quando a abordagem é quantitativa, o tratamento fica pronto na hora, mas, se pretende-se um contato terapêutico baseado numa compreensão mais ampla do outro, precisa-se aprender a conviver com as incertezas de um processo que evolui a cada instante, e nem sempre é passível de quantificação numérica.

Tanto a pesquisa bibliográfica como as observações realizadas possibilitaram a construção de um modelo de avaliação a que se chamou de Sensório-Motora, em que os elementos não-verbais da comunicação aparecem entrelaçados com os tradicionalmente utilizados na semiologia fisioterápica clássica, propondo uma alternativa de complementaridade, expressa no objetivo inicial.

Neste modelo, procurou-se abrir um espaço também para a manifestação das impressões do paciente, com transcrição dos seus próprios relatos, equilibrando a sua participação em relação à do observador.

A inclusão desses novos elementos, na medida em que trouxe a possibilidade de lidar com os conteúdos sensíveis que compõem uma queixa, mostrou a necessidade de uma atenção contínua com o paciente em cada sessão, pois os sinais da linguagem corporal podem evoluir numa velocidade maior que a dos sintomas físicos com que se está acostumado a lidar, promovendo uma mudança de dentro à qual é necessário estar atento.

Em vista das constatações possibilitadas pelo desenvolvimento desse trabalho, considera-se pertinente o ensino de comunicação não-verbal no curso de Fisioterapia, tanto no aspecto da fundamentação teórica quanto em situações práticas de laboratório, com a contribuição dos estudos sobre técnicas de observação clínica, em que os elementos não-verbais se associem aos anátomo-fisiológicos. Esse ensino enriqueceria o currículo do referido curso e seria um elemento a mais na qualificação dos futuros fisioterapeutas.

Aliando-se os dados objetivos já tão conhecidos dos profissionais da área e a linguagem corporal, espera-se contribuir para uma relação mais justa e compreensiva entre o fisioterapeuta e seu paciente, melhorando assim, a relação de ajuda aí configurada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALVES, Rubens. **A gestação do futuro**. Campinas : Papirus, 1986.
02. ASCHER, Sidney. **Variações de postura da criança**. São Paulo : Manole, 1976.
03. ASSMANN, Hugo. **Paradigmas educacionais e corporeidade**. Piracicaba : Unimep, 1993.
04. BASMAJIAN, J. V. **Terapêutica por exercício**. São Paulo : Manole, 1987.
05. BERTHERAT, Therèse. **O correio do corpo**. São Paulo : Martins Fontes, 1986.
06. BIENFAIT, Marcel. **Os desequilíbrios estáticos**. São Paulo : Summus, 1994.
07. BOBHAT, K. **Desenvolvimento motor normal e patológico**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1977.
08. BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.
09. _____. Lei nº 6316, de 17 de dezembro de 1975.
10. BUENDIA, L. **Fiabilidad de los dados obtenidos com la observacion**. Revista Educ., Universidade de Granada, v. 06, nº 08, p. 97-112, Março, 1992.
11. CAMILO, A. A. **Classificação do comportamento humano**. São Paulo : Edicom, 1986.
12. CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo : Cultrix, 1989.
13. _____. **O tao da Física**. São Paulo : Cultrix, 1983.
14. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Parecer nº 388/63. 1963.
15. COSTA, Delcir Antônio. **A expressão criadora como meio de atendimento a pacientes esquizofrênicos**. Informação Psiquiátrica, 8(2):56-61, 1989.
16. CREMA, Roberto. **O novo paradigma holístico**. São Paulo : Summus, 1991.

17. DANNA e MATOS, M. e A. **Ensinando observação**. São Paulo : Summus, 1991.
18. DARWIN, Charles. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. Nova York : Philosophical Library, 1955.
19. DAVIS, Flora. **A comunicação não-verbal**. São Paulo : Summus, 1979.
20. DEMO, Pedro. **Crise dos paradigmas da educação superior**. Brasília : Educação Brasileira, 16(32) 15-48, 1º semestre, 1984.
21. _____. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo : Atlas, 1986.
22. DESCARTES, Rennee. **Discourse de la méthode**. Paris : Ed. Sociales, 1950.
23. ECO, Humberto. **A estrutura ausente. Introdução à pesquisa científica**. São Paulo : Ed. Universidade de São Paulo, 1971.
24. FAGUNDES, Antonio Jairo F. Motta. **Descrição, definição e registro de comportamento**. São Paulo : Edición, 1983.
25. FAST, J. **El lenguaje del cuerpo**. Barcelona : Kairos, 1974.
26. FELDENKRAIS, Moshe. **Consciência pelo movimento**. São Paulo : Summus, 1972.
27. _____. **Vida e movimento**. São Paulo : Summus, 1987.
28. FERNER, Helmult. **Atlas de anatomia humana**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1982.
29. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1979.
30. FREIRE, João Batista. **De corpo e alma : o discurso da motricidade**. São Paulo : Summus, 1991.
31. GAIARSA, J. A. **A estátua e a bailarina**. São Paulo : Brasiliense, 1976.
32. GUIRAUD, Pierre. **A linguagem do corpo**. São Paulo : Ádica, 1991.
33. HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Paradigmas e antinomias na pesquisa empírica**. Brasília : Ver. Educação Brasileira, 16(32) 49-62, 1º semestre, 1994.
34. HALL, E. T. **A dimensão oculta**. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1981.

35. HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo : Nacional, 1975.
36. KAPLAN, Abrahan. **A conduta na pesquisa**. São Paulo : USP, 1972.
37. KARL, Hainaut. **Introdução a la biomédica**. Barcelona : Editorial Jims, 1982.
38. KENDALL, Florence. **Músculos, provas e funções**. São Paulo : Manole, 1983.
39. KISNER, Carolyn. **Exercícios terapêuticos**. São Paulo : Manole, 1987.
40. KNOPLICH, José. **Enfermidades da coluna vertebral**. São Paulo : Manole, 1982.
41. LEITÃO. **Fisiatria química**. São Paulo : Atheneu, 1979.
42. LINDEMANN, H. **Tratado de reabilitação médica**. Buenos Aires : Atheneu, 1975.
43. LING CHUAN TING, K. **Expansão e recolhimento**. São Paulo : Summus, 1986.
44. LÜCK, Heloisa. **Fundamentos metodológicos da pedagogia interdisciplinar**. Petrópolis : Vozes, 1994.
45. MERLAU PONTY, Maurice. **La fenomenologie de la perception**. Paris : Galimardi, 1945.
46. MINAYO, Maria Cecília. **Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementariedade?** Rio de Janeiro : Cadernos de Saúde Pública, 1993.
47. MIRANDA, R. **O movimento expressivo**. Rio de Janeiro : Funarte, 1980.
48. MONTAGU, A. **Tocar - o significado humano da pele**. São Paulo : Summus, 1988.
49. MORAIS, Regis de. **Dimensões antropológicas da corporeidade**. Conferência pronunciada no 3º Simpósio de Educação Física de São Paulo, UNESP-Rio Claro, 1991.
50. MOREIRA. Erivelto. **A observação participante**. Apostila da disciplina Metodologia da Pesquisa Científica. Mestrado em Educação da PUC-PR. Curitiba : 1995.
51. MOREIRA, Wagner Wey. **Educação física escolar: uma abordagem fenomenológica**. Campinas, São Paulo : UNICAMP, 1981.

52. NOGUEIRA, Oraci. **Métodos de pesquisa qualitativa**. São Paulo : Vozes, 1984.
53. NOVAES, Maria Helisa. **Psicologia aplicada a reabilitação**. Rio de Janeiro : Imago, 1975.
54. REBELATTO, José Rubens. **Fisioterapia no Brasil**. São Paulo : Manole, 1987.
55. RECTOR, Mônica. **Comunicação não-verbal: gestualidade brasileira**. Petrópolis : Vozes, 1984.
56. REICH, Wilhelm. **A função do orgasmo**. São Paulo : Brasiliense, 1975.
57. RODRIGUES, C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro : Achiamé, 1983.
58. RODRIGUEZ, J. C. **Metodologia observacional em entornos educativos: concepto, planificacion, alcances y limites**. *Psicologia Educativa*, Madrid, v. II, n., p. 35-54, 1996.
59. RUDIO, Franz Vitor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis : Vozes, 1982.
57. SANDLER, Paulo. **Terapia ocupacional na esquizofrenia**. *Revista Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 03, n. 02, p. 26-38, set./fev., Educa, 1996.
58. SANTIN, Silvino. **Educação física: uma abordagem filosófica da corporeidade**. Ijuí : UNIJUÍ, 1987.
59. SHEFLEN, H. E. **Body language and social ord**. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1972.
60. SILVA, Maria Julia Paes da. **A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes**. São Paulo : Dissertação de Mestrado USP, 1989.
61. SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação não-verbal na enfermagem**. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador : 6(1) 47-56, Abril, 1976.
62. SYNNOTT, Anthony. **Tomb., temple machine and self**. *Britisch Journal of Sociology*, Concórdia University. 43, nº 01.79, Março, 1992.
63. STEINBERG, M. **Os elementos não verbais da conversação**. São Paulo : Atual, 1988.
64. WEIL, Pierre & TOMPAKOW, Roland. **O corpo fala: a linguagem da comunicação não-verbal**. São Paulo : Atual, 1983.