PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA ACUPUNTURA NO CURRÍCULO PLENO DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA PUC - PR

PEDRO CEZAR BERALDO

CURITIBA

1995

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA ACUPUNTURA NO CURRÍCULO PLENO DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA PUC - PR

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Pedagogia Universitária, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof.ª Dr.ª Maria Ignez Marins

CURITIBA

1995

EPÍGRAFE

Qualquer caminho é apenas um caminho e não constitui insulto - para si mesmo ou para os outros - abandoná-lo quando assim ordena seu coração. (...) Olhe cada caminho com cuidado e atenção. Tente-o tantas vezes quantas julgar necessário... Então, faça a si mesmo e apenas a si mesmo uma pergunta: Possui este caminho um coração? Em caso afirmativo, o caminho é bom. Caso contrário, esse caminho não possui importância alguma.

Carlos Castãneda

The Theachings of Don Juan (Os Ensinamentos de Don Juan)

DEDICATÓRIA

À minha esposa, Rose, e aos meus filhos, Bruno, Beatriz e Daniel, pela compreensão e apoio todos os dias.

Aos meus pais, Orlando e Alzira, que me souberam educar para jamais esmorecer pessoal e profissionalmente.

AGRADECIMENTOS

À Prof.ª Dr.ª Maria Ignez Marins, que soube ser não somente uma orientadora, mas uma amiga que não me permitiu o desânimo e comigo ousou escrever esse trabalho, acreditando que a Ciência nasceu do desafio.

À PUC - PR, pela oportunidade oferecida.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta pesquisa.

SUMÁRIO

GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABBR - Associação Beneficiente de Reabilitação do Rio de Janeiro.
- AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente.
- CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- UCsal - Universidade Católica de Salvador.
- UNIFOR - Universidade de Fortaleza.
- Unifenas - Universidade de Alfenas.
- UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais.
- UEPB - Universidade Estadual da Paraíba.
- UFPB - Universidade Federal da Paraíba.
- UFPE - Universidade Federal de Pernambuco.
- PUC-PR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- UEL - Universidade Estadual de Londrina.
- UCP - Universidade Católica de Petrópolis.
- UGF - Universidade Gama Filho.
- UNESA - Universidade Estácio de Sá.
- UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- URCAMP - Universidade da Região de Campanha.

- ULBRA - Universidade Luterana do Brasil.
- UNICRUZ - Universidade de Cruz Alta.
- Feevalle - Federação dos Estabelecimentos de Ensino Superior de Novo Amburgo.
- UFSM - Universidade Federal de Santa Maria.
- PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- UNIMAR - Universidade de Marília.
- UMC - Universidade Mogi das Cruzes.
- UNIMEP - Universidade Metodista de Piracicaba.
- UNESP - Universidade Estadual de Prudente.
- UNOESTE - Universidade do Oeste Paulista.
- UNAERA - Universidade Estadual de Ribeiraão Preto.
- UNIFEC - Universidade para a Formação, Educação e Cultura.
- UFSCar - Universidade Federal de São Carlos.
- UNICID - Universidade Cidade de São Paulo.
- USP - Universidade São Paulo.
- Cel. - Coronel.
- DACA - Diretório de Admissão e Controle Acadêmico.
- SMS - Sistema Municipal de Saúde.
- IPE - Instituto de Previdência Estadual.
- p - Proporção das Favoráveis à Inclusão das Terapias Alternativas na Amostra.
- q - Constante igual a 1-p.
- N - Número dos Elementos da Amostra.

- L - Núcleo de Significância.
- RPG - Reeducação Postural Global.
- FISET - Faculdades Integradas da Sociedade Educacional Tuiuti.
- A.C. - Antes de Cristo.
- D.C. - Depois de Cristo.
- URSS - União Russa Socialista Soviética.
- Dr. - Doutor
- USA - Estados Unidos da América.
- P - Pulmão.
- C - Coração.
- R - Rim.
- BP - Baço-Pâncreas.
- F - Fígado.
- CS - Circulação e Sexualidade.
- IG - Intestino Grosso.
- ID - Intestino Delgado.
- VB - Vesícula Biliar.
- V - Bexiga.
- TA - Triplo Aquecedor.

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com o propósito de incluir a Acupuntura como recurso terapêutico alternativo, no Currículo Pleno do Curso de Fisioterapia da PUC-PR. Acreditamos que a aceitação da Acupuntura (teoria oriental) e da possibilidade de livre opção por ela, após a conclusão do curso, permitiria que não mais fosse encarada como um estigma ou misticismo, e poderíamos melhor compreendê-la, estudá-la e comprovar o seu valor enquanto Ciência ou até mesmo negá-la..

Com esse propósito, o de justificar a inclusão da Acupuntura no Currículo do Curso de Fisioterapia da PUC-PR, promovemos um estudo inicial sobre o histórico da própria Fisioterapia no Brasil e, em especial, no Paraná, justificado pela sua incipiente existência em nosso meio enquanto ciência.

O "corpus de onde extraímos os dados de análise foi constituído por um instrumento de pesquisa - um Questionário - destinado a colher informações junto aos egressos desta Instituição no período compreendido entre 1983 e 1994. As questões abordadas buscavam produzir informações sobre o conhecimento, a aceitação e a aplicação da Acupuntura pelo Fisioterapeuta, bem como sobre o reconhecimento "legal" dessa pelos órgãos representativos da classe.

Com base nos resultados obtidos com a pesquisa, procedemos a uma cuidadosa avaliação sobre a estrutura dos currículos nas Instituições de Ensino

Superior do Estado do Paraná, que mantêm o Curso de Fisioterapia. A seguir, e para justificar o tema deste trabalho, fundamentamos teoricamente a Acupuntura, a fim de evidenciar sua importância como recurso terapêutico na área da Saúde.

Isto posto, formulamos nossa proposta de inclusão da Acupuntura no Currículo Pleno do Curso de Fisioterapia, além de inserirmos Recomendações decorrentes da proposta em questão.

RESÚMEN

El presente estudio fue desarrollado com el propósito de incluir la Acupuntura como recurso terapéutico alternativo, en el Curriculum Pleno del Curso de Fisioterapia de la PUC-PR. Acreditamos que la aceptación de la Acupuntura (Teoria Oriental) y de la possibilidad de libre opción por ella, después de la conclusión del Curso, permitirá que mo fuese más encarada como un estigma o misticismo, podendo ser muy mejor comprendida, estudiada y comprobada encuanto ciencia o, hasta mismo, negada.

Com esse propósito, lo de justificar la inclusión de la Acupuntura en el Curriculum del Curso de Fisioterapia de la PUC-PR, promovemos un estudio inicial sobre el histórico de la própria Fisioterapia en Brasil y, en especial, en el Paraná, justificando por su incipiente existencia en nuestro medio encuanto ciencia.

El "corpus" del estudio fue constituido por profesionales licenciados por esta Universidad en el período que comprende desde 1983 hasta 1994. A ellos les fueron aplicado uno cuestionario (instrumento de la encuesta) en que las cuestiones abordadas buscaban producir informaciones sobre el conocimiento, la aceptación y la aplicación de la Acupuntura por el Fisioterapeuta, bien como sobre el reconocimiento "legítimo" de esa por los órganos representativos de la categoria. Com base en los resultados obtenidos com la encuesta, procedemos a una

esmerada valoración sobre la estructura de los currículos de las Instituciones de Enseño Superior del Estado del Paraná, que mantiene el curso de Fisioterapia.

A continuación y para justificar el tema de este trabajo fundamentos teoricamente la Acupuntura, a fin de evidenciar su importáncia como recurso terapéutico en el área de la salud.

Con esto, presentamos nuestra propuesta de inclusión de la Acupuntura en el Curriculum Pleno del Curso de Fisioterapia, bien como incluimos Recomendaciones transcurrientes de esta propuesta.

INTRODUÇÃO

Existe, no bojo dos elementos integrantes à formulação dos conteúdos que se destinam a compor o material necessário à formulação dos currículos, uma série de procedimentos e informações fundamentais. Em face da exigência do contínuo processo informativo de retro-alimentação na elaboração ou reestruturação de um currículo, dentre outros mecanismos a serem adotados, não menos importante se faz a compilação de dados referentes às reais necessidades pelas quais passam os egressos do Curso de Fisioterapia, de vez que esses constituem-se no "produto final" das IES, por assim dizer.

À medida que as Universidades assumem a postura de um agente inovador e questionador com o objetivo de uma maior especificação do seu real papel, qual seja o ser um agente interativo com a sociedade, acabam por prestar uma importante contribuição para a produção da ciência.

Após terem passado por um longo período de tempo assentadas no fundamento científico cartesiano, as Ciências Biológicas e da Saúde, a exemplo de outras, experimentam, neste século, a necessidade de transformação, de redirecionamento rumo a novos caminhos, que demonstrem um pouco mais de preocupação com outras questões concorrentes para a compreensão da saúde e da doença, como as causas psicológicas e sociais e, não somente a abordagem das causas orgânicas tão bem conhecidas.

Na defesa dessa nova forma de pensar e de agir, são redescobertos os princípios filosóficos orientais, resgatando, com isso, o conceito de que deveremos realinhar nossos objetivos enquanto cientistas, na busca da preservação da unidade e da compreensão do ser como uma totalidade indissolúvel.

A Acupuntura, técnica utilizada como forma de tratamento por muitos séculos, no Oriente e na Europa, finalmente encontra seu momento de aprovação em nosso país que, inclusive, a utilizou durante muito tempo "às escuras", justificado o fato de que os profissionais que aceitavam-na, temiam ser taxados de anticientíficos. A oportunidade que recebe, agora, a Acupuntura em nosso país, inclusive sendo reconhecida pelos Conselhos de Fisioterapia, desde 1988, e de Medicina atualmente, 1995, deve-se ao fato da comprovação de alguns de seus efeitos pelas ciências ocidentais e ao prestígio que a mesma já vem apresentando no restante do mundo.

O reconhecimento da Acupuntura pela Fisioterapia justifica a intenção de nossa proposta, ou seja, a inclusão de seus princípios e técnicas em nosso currículo.

Para tanto, lançamos mão de abordagem específica que serão desenvolvidas nos cinco Capítulos que compõe este trabalho:

O Capítulo I - Fisioterapia: uma contextualização - trata de prestar informações referentes ao surgimento da Fisioterapia no Brasil e em Curitiba, promovendo a elucidação de fatos, tais como as funções e os direitos pertinentes ao Fisioterapeuta, sua evolução e desenvolvimento enquanto ciência.

O Capítulo II - Metodologia da Pesquisa - onde é especificado o "corpus" da pesquisa propriamente dita. Nesse capítulo, mostramos a importância que a

Acupuntura representa para o Fisioterapeuta e se, na opinião desses, caberia à Universidade o papel de divulgação da referida técnica. Procuramos informações sobre o conhecimento dos egressos quanto ao reconhecimento da Acupuntura como uma técnica complementar às suas funções profissionais; ainda, estudamos o uso atual da Acupuntura pelos profissionais bem como a eficácia dos seus resultados enquanto terapia. Também nos preocupamos em obter dados quanto aos meios de obtenção dos referidos conhecimentos. Essas questões foram levantadas, analisadas e tratadas estatisticamente para que pudéssemos, a partir dos resultados obtidos, apresentar nossa proposta.

No Capítulo III - apresenta uma análise dos Currículos Plenos dos Cursos de Fisioterapia das IES do Paraná. Baseados no Currículo Mínimo de Fisioterapia, aprovado pelo então Conselho Federal de Educação, visamos a demonstrar a existência de coerência na distribuição proporcional das cargas horárias por ciclo, buscando encontrar subsídios que pudessem contribuir para a presente proposta.

O Capítulo IV - trata da fundamentação teórica da Acupuntura enquanto ciência, oportunidade em que discorremos sobre sua história no Oriente e no Ocidente e procuramos demonstrar a importância que essa ciência representa enquanto recurso terapêutico já utilizado por alguns Fisioterapeutas.

O Capítulo V - apresentamos algumas considerações sobre pontos coincidentes que existe entre a Fisioterapia e a Acupuntura; demonstramos a evolução por que passaram as Ciências Biológicas neste último século, principalmente; tecemos algumas considerações sobre o que acreditamos ser as funções da Universidade e dos Currículos,tomando como base o Currículo Pleno

vigente no Curso de Fisioterapia da PUC-PR para procedermos à nossa proposta de inclusão de Noções de Acupuntura nele.

Finalizamos este estudo fazendo recomendações para uma melhor adaptação entre as ciências Fisioterapia e Acupuntura, recomendações estas que, inclusive, poderão servir de subsídios a outros estudos nessa área.

CAPÍTULO I

FISIOTERAPIA: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO.

A Fisioterapia, ciência incipiente no Brasil e no mundo, vem conquistando importante e destacado papel junto à comunidade científica e à sociedade em geral, na medida em que comprova sua eficácia no reestabelecimento e na preservação da saúde, recuperando o indivíduo fisicamente, por meio da interação do fisioterapeuta com os demais profissionais da área de saúde, os quais irão compor a equipe multiprofissional de Reabilitação. Esta equipe tem, como função essencial, o restabelecimento bio-psico-social do homem.

Porém, para que possamos tecer considerações sobre a Fisioterapia, mister se faz entendermos o que é Reabilitação, em face da correlação desta última com a primeira, ou seja, com a Fisioterapia. Melhor dizendo: ambas se complementam para atingir um objetivo que lhes é comum, qual seja ***a saúde e o bem-estar geral do homem.***

A Reabilitação, segundo Baccoline, é entendida como "o conjunto de medidas físicas, mentais e sociais, vocacionais e econômicas com a finalidade específica de fazer com que o indivíduo deficitário, usando toda sua capacidade restante, seja capaz de por si só, prover a sua própria subsistência ou se bastar " (1).

Já Leitão Araújo afirma que: "Reabilitação é um conjunto de recursos de natureza médica, psicológica, vocacional, e social que utilizados num programa global, podem conduzir o indivíduo incapacitado a integrar-se na sociedade e a ter uma vida mais feliz e produtiva" (2).

Howard Rusk enquadra a Reabilitação como "a terceira fase da medicina" (3).

Cumpre esclarecer que não concordamos com as definições de ***Reabilitação*** propostas por Leitão Araújo e Howard Rusk. O primeiro comete um deslize ao não citar claramente as medidas físicas (fisioterápicas) como parte da Reabilitação, enquanto o segundo, ao defini-la como "a terceira fase da medicina", ressalta a atividade médica. Ora, se a Reabilitação visa ao restabelecimento bio-psico-social do indivíduo, necessita de vários profissionais atuando juntos na consecução de um mesmo objetivo e não, simplesmente, da atuação do médico ou de outro profissional, de forma isolada.

Para fins desta dissertação, adotaremos a definição de Reabilitação proposta por Baccoline, por ser mais clara e objetiva quanto aos princípios indispensáveis que a norteiam, e por propor de forma clara, a necessidade da presença de vários profissionais da saúde (Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Médico, Assistente Social e outros), reunidos num mesmo local, com um mesmo objetivo final, a saber: a saúde, funcionalidade e reintegração do homem na sociedade.

É também de Baccoline a classificação didática da Reabilitação em quatro fases:

a) Recuperação - é a parte mais individualizada do tratamento, buscando desenvolver a capacidade máxima individual do sujeito, quer física, quer psíquica,

tornando possível o reaproveitamento dele em uma atividade qualquer (inclui-se, nesta fase, o tratamento clínico, cirúrgico, protético, fisioterápico, psicológico de adaptações, etc.);

b) Reeducação - compreende a nova educação física, mental ou profissional; cabe à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional o treinamento de habilidades para uma nova função, técnica ou profissional, e, mesmo o treinamento de adaptações para tanto;

c) Readaptação - consiste em habituar um indivíduo a um esforço físico ou mental após uma fase de afastamento ou adestrá-lo para novamente realizar um esforço ou atividade qualquer;

d) Recolocação ou Reemprego - é a fase final da recuperação, quando fica constatado que o paciente pode prover seu próprio sustento.

Quando Baccoline propõe dividir a Reabilitação em quatro fases distintas, porém relacionadas e interdependentes fica claro, de acordo com as alíneas a e b, a necessidade de desenvolvimento da capacidade máxima do indivíduo, quer física ou psíquica. Portanto, é de se destacar o fato de que são objetivos, dos principais, a serem alcançados durante um tratamento fisioterápico a recuperação física, a reeducação funcional e a reeadaptação do indivíduo para a realização de uma função útil (4). Assim aceitamos que a Fisioterapia contribui, diretamente, para alcançar o objetivo final, que é a Reabilitação. Acreditamos ter ficado claro nosso objetivo, qual seja o de demonstrar a relação direta entre a Fisioterapia e a Reabilitação. No entanto, chamamos atenção para o fato de ser imprescindível não confundir Fisioterapia com Reabilitação, bem como não entendê-las como sinônimo, mas, uma vez que a Reabilitação só é possível quando da interação de trabalho dos

vários profissionais da saúde, que integram a equipe multiprofissional de Reabilitação.

Isto posto, é preciso esclarecer melhor o que vem a ser, onde e como surgiu a Fisioterapia, bem como tecer considerações sobre sua fundamentação legal.

A Fisioterapia, a exemplo de outras profissões, teve seu início fundamentado no empirismo (5), quando foi adotada inconscientemente pelos povos primitivos que, ao prepararem seus ***guerreiros*** para as batalhas, valiam-se de recursos térmicos, hidroterápicos e cinesioterápicos ao aplicarem calor, banhos de imersão e massagem, respectivamente, como forma de aliviarem dores e tensões, ou simplesmente como meio de relaxamento ou embelezamento. Acreditamos, portanto, que os recursos físicos (fisioterápicos) tenham sido aplicados, por muitos séculos, de maneira descomprometida com a explicação dos efeitos terapêuticos obtidos por tais recursos pois, ao serem usados pelos homens primitivos intuitivamente tornavam-se mais um costume familiar, passado de geração a geração.

É de conhecimento geral, também, que médicos, já se valiam de recursos físicos (calor, frio,cataplasmas,etc) como forma de tratamento dos seus pacientes, mesmo desconhecendo os verdadeiros efeitos terapêuticos de tais procedimentos. Desta forma, ao adotarem a prescrição e a utilização de recursos terapêuticos físicos, estavam dando início a uma nova ciência, a Fisioterapia.

Sabemos, também, que a preocupação do homem em reabilitar as pessoas sempre existiu, mesmo entre os povos mais primitivos que, ao sofrerem mutilições ou ferimentos em acidentes de trabalho ou em outras atividades, com a perda

parcial ou total de um membro, usavam ganchos para substituirem a função das mãos, ou pedaços de madeira que fizessem às vezes de perna ou pé.

À medida que as sociedades foram se desenvolvendo, tornou-se cada vez mais comum o número de incapacitados físicos, devido a acidentes de trabalho ocorridos em decorrência da industrialização, aliada à falta de segurança. Tais fatos redundaram em um número cada vez maior de incapacitados fisicos, os quais passaram a representar um peso financeiro para os cofres públicos dos países do mundo moderno.

A partir daí e com o aumento do número de mutilados das duas Grandes Guerras Mundiais, ampliou-se o universo de incapacitados físicos que não podiam ser simplesmente deixados de lado como aparelhos defeituosos. Assim sendo, a sociedade passou a solicitar, e até mesmo exigir, uma forma de tratamento mais efetiva para os males ***crônicos e cronificantes*** dos indivíduos, os quais, geralmente, não respondiam positivamente à terapêutica medicamentosa convencional. Acreditamos que, a partir daquele momento histórico, uma vez que não existe um registro preciso do início e do surgimento da Fisioterapia, é que se iniciou a utilização e a revalorização dos recursos naturais (calor, água, luz e eletricidade) como forma de buscar o alívio ou a cura para os sintomas decorrentes de doenças físicas incapacitantes.

Em face dessa exigência social é que se iniciou a fase científica da Fisioterapia, porque, a partir do momento em que passou a ser necessária a explicação e a fundamentação que justificassem os efeitos obtidos pela aplicação dos recursos físicos, passou também a ser preciso sistematizar e definir quem e como seriam utilizados tais recursos.

No Brasil, em um primeiro momento, a Fisioterapia foi iniciada por médicos que, ao implantarem modelos não contextualizados às necessidades do país, propunham que a Fisioterapia se tornasse uma "especialidade médica" (6), tendo aqueles, durante anos, tentado definir Medicina Física como sinônimo de Fisioterapia. Mesmo com a iniciativa de alguns médicos pioneiros na implantação da Fisioterapia no Brasil, houve resistência por parte da classe médica de absorver a nova ciência, deixando abertura para a consolidação da nova profissão a de Fisioterapeuta.

O primeiro passo para a oficialização da Fisioterapia deu-se com a criação, em 1954, da ABBR(Associação Beneficiente de Reabilitação do Rio de Janeiro) e da AACD(Associação de Assistência à Criança Deficiente), em São Paulo, onde profissionais além de prestarem atendimento fisioterápico à população, começaram a se preocupar com a formação de técnicos em Fisioterapia, apesar do surgimento da Fisioterapia datar de 1884, no Rio de Janeiro, e de 1929, em São Paulo.

Em meio a essa confusão do pioneirismo, foram propostas definições que, no contexto atual, podem ser consideradas totalmente inadequadas e descaracterizadoras da ciência, bem como do profissional fisioterapeuta. Essas confusões contextuais de definição serão, também, objeto de esclarecimento neste estudo.

Tomemos, como exemplo, algumas das definições históricas atribuídas ao Fisioterapeuta e à Fisioterapia no Brasil.

Segundo Nagler Willibald (7), ***Fisioterapeuta ou Fisiatra*** é um membro importante da equipe de Recuperação; para Shestack Robert (8), Fisioterapia é uma especialidade, dentro do campo da Medicina, conhecido como Medicina Física; já

Leitão Araújo (9) afirma que Fisioterapia é um ramo da terapêutica médica que trata as doenças por meio de agentes físicos, sendo do mesmo autor a proposta de que a denominação Fisioterapia fosse substituída pelo termo Medicina Física, tendo como argumento o fato de a especialidade (fisioterápica) estar envolvida com diagnóstico e prevenção de doenças.

O conceito atualmente aceito, pelos órgãos representativos da classe, tanto no âmbito regional como federal, é o que adotaremos neste estudo:

> Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade do órgão, sistema ou função. Como processo terapêutico, lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psíquico-físico-social, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida, usando para isso a ação de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonidoterápicas e aeroterápicas, bem como agentes cinesio-mecano-terápicos e outros decorrentes da evolução e produção científica nesta área(10).

Essa definição, aprovada pelos órgãos competentes da classe, publicadas em Diário Oficial da União (em 21/05/1987, p 7609), contrapõe-se àquelas mal entendidas e obscuras, citadas anteriormente. A Fisioterapia, hoje, no Brasil, é uma profissão liberal reconhecida (artigo 12 do Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969), contando com Regimento, Código de Ética, Sindicato e Associação Científica. É representada, regulamentada e fiscalizada pelo CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) e pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), criados pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Foi reconhecida como profissão de nível superior pelo Parecer nº 388/63, do Conselho Federal de Educação . No período compreendido entre

1970 e 1982, foi aprovado o Currículo Mínimo do Curso de Fisioterapia, para a formação, em nível superior, do Fisioterapeuta.

Dessa forma, iniciou-se a consolidação do espaço do Fisioterapeuta dentro da equipe de saúde, da comunidade científica, bem como da comunidade em geral.

A partir do momento em que a Fisioterapia foi reconhecida como profissão de nível superior, perdeu-se o valor das definições anteriores que tentavam caracterizar o profissional fisioterapeuta como "um auxiliar médico que deveria desempenhar atividades técnicas sob orientação e supervisão médica bem como, não cabe definí-lo como Fisiatra" (11). Essa proposta, se mantida, seria um atentado aos direitos legais de uma classe profissional que, apresentando formação de nível superior, conta com um repertório de conhecimentos técnico-científicos, compatíveis para realizar com autonomia, avaliação e diagnóstico de doenças fisioterápicas, acompanhar sua evolução e fazer reavaliações fisioterápicas, bem como dar alta e encaminhar o indivíduo a outros profissionais, quando o caso assim o exigir; participando, também, da discussão de casos e de eventos científicos (12).

À medida que o Fisioterapeuta passou a responder por seus atos diante da comunidade, pautado por um código de ética profissional, entendida ética como: "atitudes e procedimentos que tendem, essencialmente, problematizar as práticas atuais quanto a sua qualidade, estando ligada a assistência, a docência ou a pesquisa com objetivos de promoção da vida humana"(13), o Fisioterapeuta passou, também, a ter reconhecido seu papel social, vale dizer, portanto, que lhe compete tanto um papel técnico-científico, como também um papel sócio-educacional.

O papel técnico-científico do Fisioterapeuta é conquistado na medida em que ele melhora seus conhecimentos técnico-práticos, os quais serão revertidos em

benefício, direto, da comunidade em que atua. Esse benefício é possível pela atuação prática, diária, de prestação de serviços, bem como pela produção científica na sua área de atuação.

Muito importante se faz, para uma profissão autônoma como a do Fisioterapeuta, cumprir um papel social relevante, que não deve ser reduzido à representação de um papel técnico, devendo se estender a mecanismos de esclarecimento e divulgação que possibilitem um conhecimento mais amplo da Fisioterapia pela comunidade, dessa forma possibilitando o acesso de um número cada vez maior de pessoas à ação reabilitadora da Fisioterapia.

Assim a ação educativa do Fisioterapeuta em Instituições de Ensino deverá ser a mais abrangente possível, formando profissionais qualificados tecnicamente, que demonstrem, também, uma boa formação coletiva de ação, qualidade essa indispensável para desempenhar uma ação reabilitadora, em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde.

1. A Fisioterapia no Brasil.

Em nosso país, o ensino da Fisioterapia, no entendimento deste pesquisador, passou por três ciclos de evolução, a saber:o primeiro influenciado pelo pioneirismo médico, quando da introdução da Fisioterapia no Brasil. Naquele momento, a Fisioterapia ocupou uma posição de "especialidade médica", quando era ensinada aos estudantes sextanistas do Curso de Medicina, sendo considerada uma cadeira do curso de graduação" (14); o segundo foi quando, em 1954, Fernando Lemos fundou a Associação Brasileira Beneficiente de Reabilitação (ABBR) do Rio de

Janeiro, cujo objetivo era formar técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (15) finalmente, o terceiro ciclo, que aconteceu por volta de 1964, com a criação de escolas de Reabilitação de nível superior nas cidades do Rio de Janeiro, Recife, Belo Horizonte, São Paulo, Salvador e Fortaleza, fato possibilitado ao acontecimento, em paralelo, da Revolução de 1964, que promoveu uma grande transformação no "ensino paramédico" (16). Essa medida contribuiu, sobremaneira, para o avanço científico da Fisioterapia, pois a mesma passou a ser encarada como um curso de nível superior, deixando para trás o fantasma de ser apenas um curso técnico. Esse progresso só foi assegurado com o Parecer nº 388/63, do Conselho Federal de Educação, o qual assegurou ao Fisioterapeuta formação de nível superior diferenciada, visando a atender às necessidades crescente de prestação de serviços à comunidade.

A partir desse momento, a Fisioterapia passou a ser ensinada, sistematicamente, nas universidades dos principais Estados do Brasil, sendo que, na atualidade, contamos com 50 instituições que mantem o ensino de Fisioterapia a saber (17).

BA-Salvador: UCsal.

CE-Fortaleza: UNIFOR.

DF-Brasília: Fac de Reabilitação do Planalto Central.

MG-Alfenas: Unifenas; Belo Horizonte: Fac. de Ciências Médicas de Minas Gerais, UFMG; Patrocínio: Faculdade de Fisioterapia de Patrocínio; Uberlândia: Faculdades Integradas do Triângulo Mineiro.

MT-Cuiabá: Faculdades Integradasde Cuiabá.

PA-Belém: Fundade. Educacional.do Estado do Pará.

PB-Campina Grande: UEPB (Universidade Estadual da Paraíba); João Pessoa: UFPb (Universidade Federal da Paraíba).

PE-Recife: UFPE (Universidade Federal de Pernambuco).

PR-Curitiba: PUC-PR, Faculdades Integradas Tuiuti; Londrina: UEL.

RJ-Nilópolis. Faculdade de Ciências Médicas e Paramédicas Fluminenses; Niterói: Escola Superior de Ensino Helena Antipoff; Petrópolis: UCP; Rio de Janeiro: Faculdade.de Ciências da Saúde e Sociais, Faculdade de Reabilitação da Associação Solidariedade à Criança Excepcional, Faculdades Integradas Augusto Motta, Faculdades Integradas Castelo Branco, UGF, UNESA.

RN-Natal: UFRN.

RS-Bagé:URCAMP;Canoas: Ulbra; Cruz Alta: UNICRUZ; Novo Hamburgo: Fevalle; Porto Alegre: Faculdade.de Ciências da Saúde, do Instituto Porto Alegre, da Igreja Metodista; Santa Maria: UFSM.

SC-Joinville: Associação Catarinense de Ensino.

SP-Batatais: Faculdades Claretianas; Campinas: PUCCAMP; Guarulhos: Associação Educacional Presidente Kennedy; Lins: Faculdades Salesianas de Lins; Marília: UNIMAR; Mogi das Cruzes: Faculdade. do Clube Náutico Mogiano, UMC;Piracicaba: UNIMEP; Presidente Prudente: Unesp, UNOESTE; Ribeirão Preto: UNAERP; Santa Fé do Sul: Faculdade de Educação Física da Alta Araraquarense; São Caetano do Sul: UNIFEC; São Carlos: UFSCar; São Paulo: Centro de Ensino Unificado Bandeirante, UNICID, USP.

2. A Fisioterapia no Paraná.

Num recorte mais específico, apresentamos, a seguir, um levantamento da história da Fisioterapia no Paraná, que teve início por volta de 1980, com a abertura de cursos de graduação em Fisioterapia nas cidades de Curitiba e Londrina. Em Curitiba, a Fisioterapia é ensinada, em cursos de graduação e de pós-graduação, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná e nas Faculdades Integradas Tuiuti, sendo que em Londrina o curso é ministrado na Universidade Estadual de Londrina.

Essas três instituições de ensino superior são responsáveis por colocarem no mercado de trabalho paranaense, e no de outros Estados, aproximadamente 250 novos Fisioterapeutas por ano, que deverão atender os vários campos de sua atuação.

A seguir, fazemos um relato histórico dos cursos de Fisioterapia na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, nas Faculdades Integradas Tuiutí e na Universidade Estadual de Londrina.

2.1. O Curso de Fisioterapia na PUC-PR.

Quando nos propuzemos a relatar o histórico da Fisioterapia na PUC-PR, encontramos algumas barreiras referentes à inexistência de relatos históricos escritos anteriores a esse trabalho. Na preocupação de sermos o mais fiel possível, iniciamos por caminhar em sentido contrário ao que ocupa o curso, hoje com quinze anos de existência. Retornamos através do tempo para resgatarmos o nome dos

profissionais precursores do processo de implantação do curso de Fisioterapia da PUC-PR, para que pudéssemos obter a parte informal da história, a qual, geralmente, corre o risco de perder-se no tempo pela falta de memória histórica.

Portanto, as informações aqui prestadas baseiam-se nas declarações pessoais dos elementos envolvidos no processo inicial de implantação, bem como em documentos que regulamentam e legitimam a existência do referido curso nesta Universidade (18), conforme explicaremos, posteriormente, neste Capítulo.

O curso de Graduação em Fisioterapia da PUC-PR surgiu, oficialmente, em 1979, quando, pela primeira vez, foram ofertadas à comunidade 120 vagas destinadas a serem preenchidas principalmente por candidatos das várias cidades do Paraná, bem como de outros Estados, por meio de Concurso Vestibular.

Porém, antes do surgimento oficial, desenvolveu-se um processo de estudo e viabilização de implantação do curso, que passaremos a relatar a seguir.

A Fisioterapia da PUC-PR teve seus estudos de viabilidade de implantação iniciados em 1978, por proposta do médico Luiz Roberto Vialle, professor da PUC-PR, cuja experiência no campo da ortopedia nacional e internacional despertou para a importância da Fisioterapia no processo de reabilitação ortopédica e, principalmente, dos pacientes lesados medulares. Motivado pela necessidade de implantar tal processo e por ser conhecedor da existência e do progresso da Fisioterapia em outros Estados, bem como pelo reduzido número de profissionais fisioterapeutas no Estado do Paraná, o Professor Vialle propôs aos então Vice-Reitores Ivo Clemente Juliato e Ivete Cardoso de Almeida a criação de um Centro de Reabilitação no Hospital Cajuru, em Curitiba, ou mesmo a implantação de uma Clínica Integrada de Reabilitação, a exemplo das que já existiam no Rio de Janeiro,

em São Paulo e Brasília. Após estudos sobre a proposta em questão, chegaram os dirigentes universitários à conclusão de que o Paraná não dispunha, ainda, de mão-de-obra qualificada em algumas das áreas que integram a equipe de Reabilitação, como era o caso da Fisioterapia. Julgaram, pois, ser oportuno investir, primeiramente, na formação de Fisioterapeutas que pudessem atender, num futuro próximo, a outras propostas mais específicas, tais como a criação de Centros de Reabilitação e Clínicas Integradas. Foi instalada, então, uma comissão encarregada de viabilizar estudos para a implantação do Curso de Fisioterapia, sob a coordenação geral do Professor Luiz Roberto Vialle. A Comissão, analisando a estrutura curricular dos principais cursos de graduação de Fisioterapia no Brasil, que pudessem subsídiar a montagem do da PUC-PR, optou por utilizar, como ponto referencial, os currículos dos cursos de Fisioterapia da ABBR (Associação Beneficiente de Reabilitação do Rio de Janeiro) e da USP (Universidade de São Paulo).

Concluída a etapa inicial de estudos curriculares, foi o Curso de Fisioterapia da PUC-PR implantado em 1979, sob a coordenção do médico João Carlos Vialle, irmão do médico Luis Roberto Vialle. Por aproximadamente 7 meses, o Professor João Carlos Vialle ficou à frente do Curso de Fisioterapia, após o que, considerando pertinente a presença de um profissional que possuísse conhecimentos específicos na área de Fisioterapia, convidou a Fisioterapeuta Carolina Ferreira Chacon Gonçalves para assumir a Coordenação do Curso, tendo a mesma participado efetivamente do processo de consolidação de implantação e permanecido no cargo até 1983.

A primeira turma graduada em Fisioterapia na PUC-PR foi a de 80/83, tendo constituído, portanto, condição indispensável ao pedido de reconhecimento do curso, o qual aconteceu em 14 de dezembro de 1983, por meio do Parecer nº 604/83, processo nº 23001.000409/83-2, do Conselho Federal de Educação (19).

Podemos constatar, por esse breve histórico, que a implantação da Fisioterapia na PUC-PR seguiu um processo semelhante ao da implantação dos outros Cursos no Brasil:o pioneirismo médico.

Cumpre esclarecer, porém, que a implantação do curso na PUC-PR ocorreu num processo muito mais maduro de reconhecimento do profissional fisioterapeuta, tendo o médico passado a ser uma "figura interdisciplinar", convidados a ministrarem conteúdos que contribuem, de forma significativa, sem dúvida, para formação cada vez mais completa do profissional fisioterapeuta. Assim, a partir de meados de 1980 até hoje, o comando técnico-científico e a administração do curso ficou sob responsabilidade exclusiva de profissionais fisioterapeutas.

O curso de graduação em Fisioterapia da PUC-PR completou, no final de 1994, quinze anos de existência,com doze turmas graduadas e um total de 1.021 novos Fisioterapeutas, os quais quais passaram a atuar no Paraná e em outros Estados, bem como no Exterior.

Cumpre-nos também esclarecer que ao longo daqueles quinze anos de existência, o Curso de Fisioterapia da PUC-PR não se limitou apenas a graduar Fisioterapeutas; a Coordenação do Curso criou, por intermédio de uma comissão designada para tal, em 1988, o primeiro Curso de Especialização em nível de pós-graduação, específico para fisioterapeutas, o de Especialização de Fisioterapia em Gerontologia, tendo sido ofertado apenas por um ano e sob a coordenação geral

do Professor Pedro Cezar Beraldo. Foi criado, nessa mesma época, o primeiro veículo de divulgação científica da Fisioterapia em Curitiba, a revista "Fisioterapia em Movimento" inicialmente sob a coordenação, geral dos professores Auristela Duarte Moser, Jorge Tamaki e Mirian T. M. de Arruda e Sá, editada até hoje, mas supervisionada pelo Chefe do Departamento de Fisoterapia.

2.2 *O Curso de Fisioterapia nas Faculdades Integradas TUIUTI.*

O surgimento do curso de graduação em Fisioterapia, na Faculdade Tuiuti, nasceu da iniciativa de seu administrador, Cel. Professor Sidney Lima dos Santos, o qual liderou uma equipe encarregada de realizar estudos visando à criação do Curso.

O surgimento oficial do Curso em questão aconteceu em 1981, quando da oferta inicial de 80 vagas anuais e de 120, a partir de 1992, conforme divulgado em periódicos desta capital.

Como a implantação do Curso de Fisioterapia aconteceu numa época em que era reduzido o número de fisioterapeutas no Estado do Paraná, sua administração inicial foi entregue a um médico fisiátra (com formação clínica geral e especializado em Fisioterapia), Professor. Altair José de Mello, tendo sido ele, oficialmente, o primeiro coordenador do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade Tuiuti, função que ocupou até o término do primeiro semestre de 1981. A partir do segundo semestre do mesmo ano, assumiu a Coordenação o Fisioterapeuta Professor Elieser de Lira e Silva, que exerceu a função até o final de 1983. Daí em diante, todos os demais Coordenadores do referido Curso de Graduação em Fisioterapia

da Faculdade Tuiuti, até o presente momento, foram fisioterapeutas. Isso implica afirmar que os demais profissionais da área de saúde passaram a atuar interdisciplinarmente, contribuindo para a formação do profissional Fisioterapeuta na medida em que ministram algumas disciplinas de formação geral (Fundamentos de Enfermagem, Psicologia e outras), bem como procedem a abordagem clínica naquelas de caráter profissionalizante (Cardiologia, Ortopedia, Neurologia e outras).

O primeiro currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia das Faculdades Integradas Tuiuti também nasceu de estudos dos currículos das principais Universidades de Fisioterapia do Brasil. Aquele currículo permanece em vigor na sua estrutura básica e foi elaborado pelo corpo de profissionais Fisioterapeutas da Instituição, todos integrantes do seu corpo docente.

O reconhecimento do curso aconteceu em 07 de maio de 1986, conforme Portaria nº 329, publicada no Diário Oficial da União sob nº 85, de 08 de maio de 1986. Portanto, o reconhecimento do curso aconteceu um ano e três meses depois de graduada a primeira turma de fisioterapeutas, das Faculdades Integradas Tuiuti (20).

2.3. O Curso de Fisioterapia na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O Curso de Fisioterapia da EUL teve sua proposta de implantação feita pela Professora. Maria Antônia da Fonseca, em 1977, tendo havido, num primeiro momento, resistência da parte da referida profissional de dar continuidade ao processo de implantação do Curso em questão, devido ao fato de os dirigentes da Universidade pretenderem que fossem oferecidas 180 vagas iniciais.

No ano seguinte (1978), foi retomada a idéia da implantação do Curso de Fisioterapia, porém convencido o corpo administrativo de que deveriam iniciar com 30 vagas semestrais, tendo o primeiro concurso ocorrido no segundo semestre de 1979.

Quando da sua implantação, o Curso funcionou no Departamento de Clínica Médica, apresentando como sub-coordenadora a Professora Maria Antônia da Fonseca. A partir de 1983, o Departamento passou a funcionar independente da área médica, situação que perdura até hoje com a coordenação direta de um Fisioterapeuta (21).

O histórico apresentado sobre os três Cursos de Fisioterapia, em nível de graduação, além de se constituir em dado histórico para as referidas Instituições de Ensino Superior, demonstra o caminho percorrido pelos Fisioterapeutas ao longo do processo educacional do ensino da Fisioterapia neste Estado.

NOTAS DE REFERÊNCIA.

1) BACCOLINE, Fernando.TratadoFisiátrico.SãoPaulo, Savier,1986 .p.2.

2) LEITÃO, Araújo. Fisiatria Clínica. Bases Físicas, Fisiológicas e Terapêuticas. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979. p. 17.

3) Baseado em BACCOLINE, F. Op. cit., p.1.

4) Ibid., p. 2-3.

5) COTTA, Horst.Tratado de Rehabilitacion. Barcelona, Labor S.A,1974.p.1.

6) LEITÃO, Araújo. Op. cit. p. 6.

7) WILLIBALD, Nagler. Manual de Fisioterapia. São Paulo, Atheneu/Editora da Universidade de São Paulo.1976.p.1.

8) SHESTACK, Robert. Fisioterapia Prática. São Paulo, Manole,1980. p. 3.

9) LEITÃO, Araújo.Op.cit, p.17.

10) Retirado dos documentos que regem a Fisioterapia, publicados no Diário Oficial da União de 21/05/1987, p. 7609.

11) SHESTACK, Robert.Op.cit, p.3.

12) Baseado na Resolução COFFITO-80.

13) ISRAEL,Vera Lúcia. Caracterização da Atuação Profissional de Um Grupo de Fisioterapeutas da Cidade de Curitiba. Dissertação de Mestrado em Educação Especial apresentado à Universidade Federal de São Carlos,1993. p. 23.

14) LEITÃO, Araújo. Op. cit. p. 6.

15) Ibid., p. 6.

16) Ibid., p 7.

17) Baseado no Guia do Estudante. São Paulo, Abril Cultural, 1994. p. 87-8.

18) Documentação que regulamenta o curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em anexo.

19) Parecer nº 604, de 14/12/1983, do Conselho Federal de Educação, referente ao reconhecimento do Curso de Fisioterapia da PUC-PR.

20) Baseado nas informações obtidas, através de contato verbal e escrito, com os atuais coordenadores so Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas TUIUTI, Professores Abdo Augusto Zeghbi e João Henrique Faryniuk.

21) Baseado nas informações obtidas, através de contato verbal e escrito, com o atual coordenador do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa segue um modelo que pode ser classificado de pesquisa de campo, porque aplica Questionário com elementos que, submetidos a tratamento estatístico, fornecem dados que justificarão a proposta em questão.

3. Descrição dos Sujeitos da Pesquisa.

A população-alvo desta pesquisa foi constituida por graduados do Curso de Fisioterapia no período de 1983 a 1994, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

4. Identificação da População-Alvo.

Como fonte para a identificação da população, foram utilizados os registros da Pró-Reitoria Acadêmica, via Diretoria de Admissão e Controle Acadêmico (DACA), obtendo-se o número de graduados em cada ano, no período de tempo especificado no ítem anterior. Depreende-se, pois, que somente profissionais graduados por esta Instituição é que constituiram o *corpus* da pesquisa.

Vale justificar tal delimitação: a realização desta pesquisa com profissionais egressos de outras Instituições de Ensino Superior do Estado do Paraná e de outros Estados brasileiros demandaria um período de tempo que extrapolaria o prazo estipulado para a conclusão deste trabalho. Contudo, julgamos viável, em futuro próximo, estender esta proposta Cursos de Fisioterapia em outros Estados.

Quadro 1: Demonstrativo dos egressos da PUC-PR no Curso de Fisioterapia.

Ano de Conclusão	Número de Graduados
1983	94
1984	101
1985	93
1986	92
1987	85
1988	85
1989	74
1990	86
1991	74
1992	89
1993	70
1994	68
Total	**1.021 formandos**

FONTE: Levantamento junto aos egressos.

3. Instrumento Utilizado na Pesquisa.

Para a coleta de dados, utilizamos um único instrumento, composto por um Questionário com dez questões fechadas, as quais, na sua maioria, permitiam complementações eventuais. As questões visavam a:

- Fornecer dados gerais relacionados com a área de atuação do Fisioterapeuta e a condição sócio-econômica da população de pacientes atendidos durante a prática profissional;
- Prestar informações específicas sobre o conhecimento, a aplicação e a eficácia dos resultados terapêuticos quando da adoção de Terapias Orientais no tratamento de pacientes;
- Informar quanto ao reconhecimento, pelo Fisioterapeuta, da Acupuntura como recurso terapêutico à sua disposição;
- Verificar a eficiência da Universidade em formar e informar quanto às possibilidades de atuação profissional futura.

4. Amostragem da População-Alvo.

Levando em conta a extensão da população, 1.021 elementos, decidimos selecionar, aleatoriamente, a amostra da população-alvo a que o Questionário seria aplicado.

5. Tipo da Amostragem.

Como tínhamos interesse em fazer inferência estatística, ou seja, tirar conclusões sobre a população a partir da amostra, optamos pela amostragem probabilística, em que cada elemento possui a probabilidade 1/N de entrar na amostra.

Ainda como a população foi dividida em subpopulações (graduados em cada ano), ou estratos, utilizamos a amostragem estratificada.

Como o interesse era contarmos com um número igual de graduados em cada ano para que a pesquisa não ficasse influenciada por diferenças curriculares, foi estabelecido que seria retirada uma amostra de doze elementos para cada ano, o que totalizou 144 elementos.

Orientados por uma relação nominal fornecida pela DACA, Setor da Pró-Reitoria Acadêmica da PUC-PR, encarregada da admissão e do controle dos acadêmicos, foi numerado cada graduado e, a partir daí, feito um sorteio para obtenção dos doze elementos graduados em cada ano.

De posse dos nomes dos doze elementos, procedemos ao levantamento do endereço dos mesmos, também junto à DACA, e enviamos, via correio, o questionário em questão.

Dos 144 questionários enviados, retornaram 65, que foi o número estabelecido como o de elementos da amostra e a partir do qual foi feita a análise dos dados obtidos.

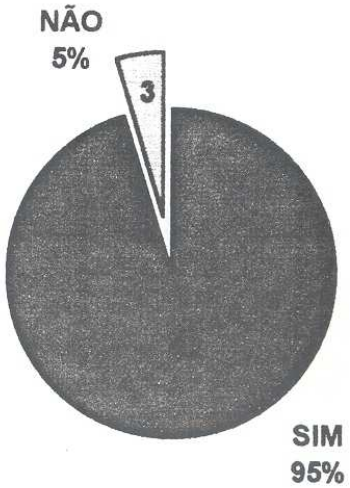
6. Análise das questões.

Apresentamos, neste ítem, a analise das questões constantes no instrumento de pesquisa aplicados aos fisioterapeutas.

6.1. Atuação como Fisioterapeuta.

A maioria absoluta dos respondentes (62 representando 95% do total) revelou que trabalha como Fisioterapeuta. Apenas um dos entrevistados respondeu não trabalhar nesta função (formado em 1985); dois pesquisados não responderam a esta questão (ano de conclusão em 85 e 90):

Gráfico 1: Área de atuação como Fisioterapeuta.

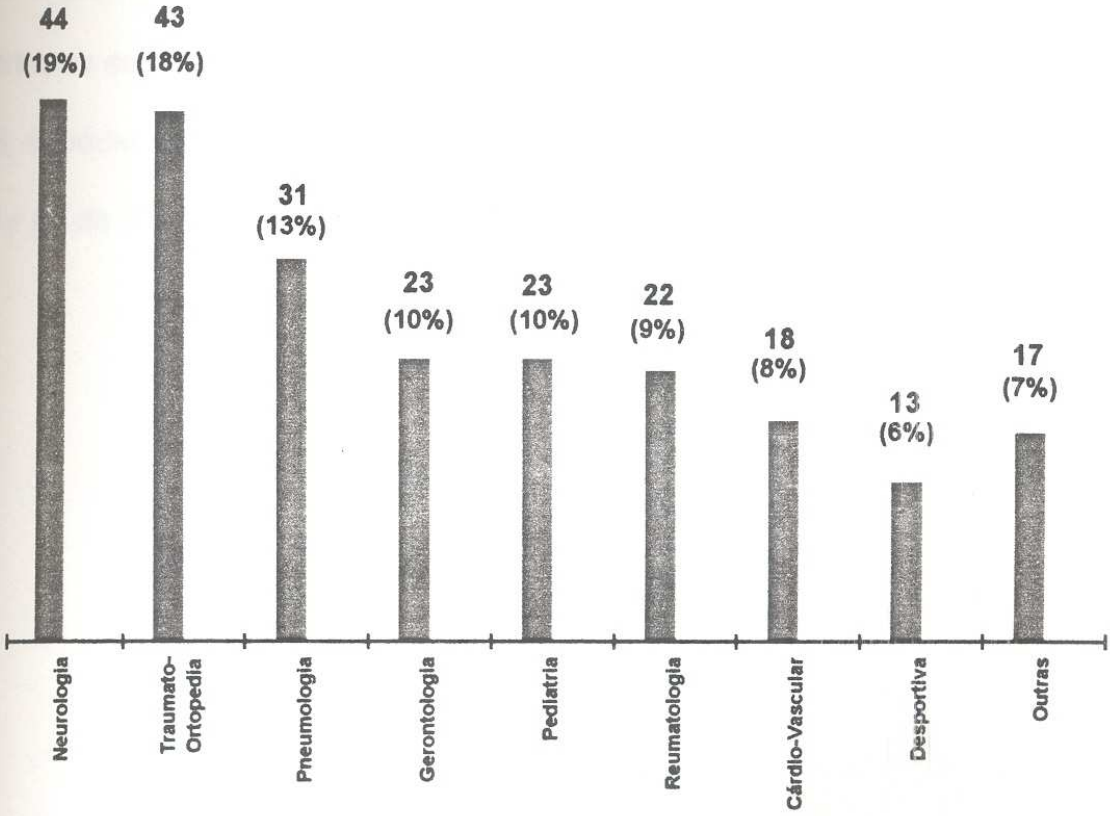


Fonte: Levantamento junto aos egressos.

6.2. Área de atuação.

A maior parte dos egressos trabalha nas áreas de Neurologia (19%), Traumato-Ortopedia (18%) e Pneumologia (13%), conforme pode ser constatado a seguir.

Gráfico 2: Distribuição dos egressos segundo a área de atuação.



Fonte: Levantamento junto aos egressos.

Cruzando os dados referentes à área de atuação com os do ano de conclusão do Curso, verificamos que as áreas de Neurologia e de Traumato-Ortopedia foram as mais assinaladas para todas as faixas; em seguida, aparece a de Pneumologia

para os formados no período de 91-94; de Pediatria para os formados no período 83-86 e de Gerontologia para os de 87-90. A área Cárdio-Vascular que, para os egressos mais antigos, apareceu com percentual menor (7% para os do período de 83-86 e de 3% para os de 87-90), registrou um percentual de 14% para os concluintes dos últimos quatro anos. Já a área Desportiva vem atraindo menos os profissionais: de 8% assinalado pelos egressos de 83-86, passou a 7% para os egressos de 87-90 e 1% para os dos últimos quatro anos.

É importante ressaltar que a média da área de atuação dos Fisioterapeutas demonstrou estar diminuindo para os egressos de anos mais recentes. No período 83-86, a média registrada foi de 4 áreas para cada profissional; no de 87-90, passou a 3,9 e no de 91-94 baixou para 3 áreas de atuação profissional.

Quadro 2: Demonstrativo do percentual de respostas sobre a área de atuação segundo o período de conclusão do curso.

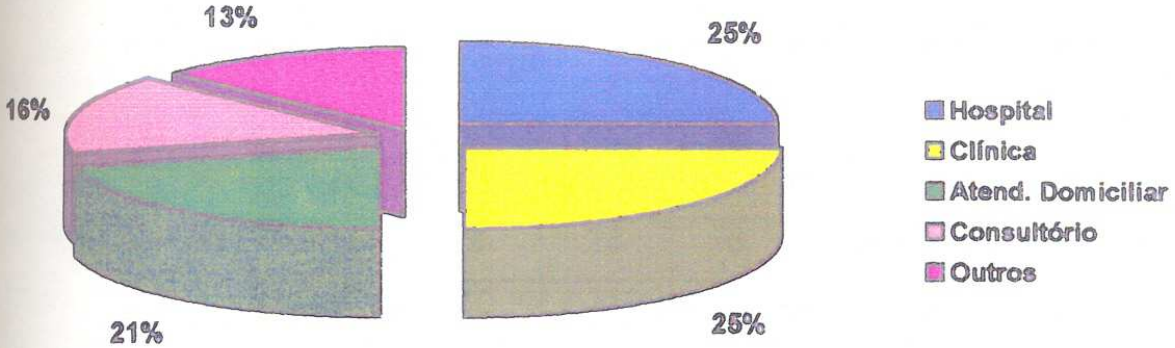
Período de Conclusão	Neurologia		Traumato-Ortopedia		Pneumologia		Gerontologia		Pediatria		Reumatologia		Cardiovascular		Desportiva		Estética		Preventiva		Oncologia		Ginecologia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
83 a 86	15	17	15	17	10	11	08	09	13	15	08	09	06	07	07	08	01	01	03	03	02	02	01	01	89	100
87 a 90	14	20	13	18	07	10	09	13	05	07	08	11	02	03	05	07	04	06	01	01	01	01	02	03	71	100
91 a 94	15	20	15	20	14	19	06	09	05	07	06	08	10	14	01	01	01	01	01	01	—	—	—	—	74	100
Total	44	28	43	18	31	13	23	10	23	10	22	09	18	08	13	06	06	03	05	02	03	01	03	01	234	100

Fonte: Levantamento junto aos egressos.

Ainda foram citadas as áreas de Hidroterapia (3 respostas), Acupuntura (1 resposta), Massoterapia (1 resposta) e Obstetrícia (1 resposta).

Metade dos Fisioterapeutas pesquisados trabalham em Hospitais (25%) e ou Clínicas (25%), seguidos dos que prestam atendimento domiciliar (21%).

Gráfico 3: Demonstração da distribuição dos egressos segundo o local de atuação.



Fonte: Levantamento junto aos egressos.

Analisando o ano de conclusão de Curso dos egressos, também são mais numerosos os que exercem atividade profissional em Hospitais e Clínicas para os formandos no período de 83 a 86, sendo 29% em Hospitais e 27% nas Clínicas; de 91 a 94, representam 30% cada um.

Já os profissionais formados entre 87 a 90 direcionaram suas atividades para uma forma mais autônoma, enquanto que a maior parte presta atendimento domiciliar (31%) e/ou atende em consultório (28%).

A opção Clubes Desportivos não foi assinalada por nenhum respondente; entretanto, outros locais de atuação o foram: Academias, Escola de Natação (por 3 egressos), Asilo (1 resposta), Escola (1 resposta) e Escola Especial (1 resposta).

Quadro 3: Distribuição dos profissionais segundo o local de atuação e período de conclusão do curso.

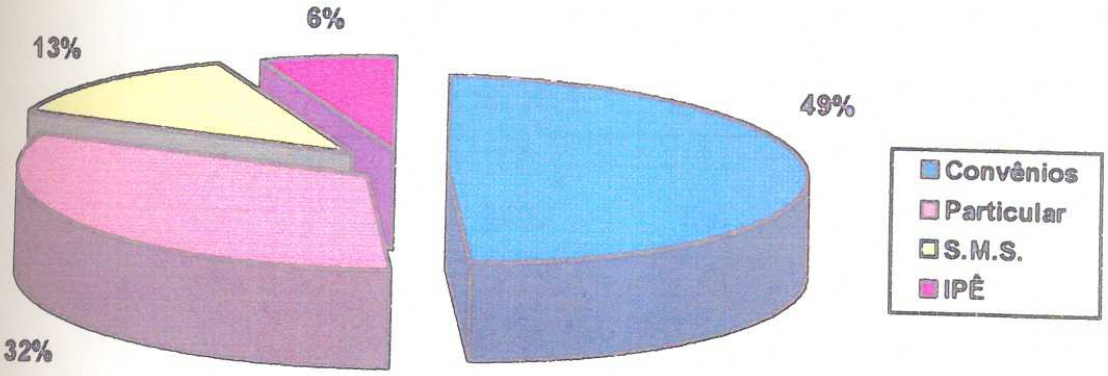
Período de Conclusão / Local de Atuação	83 a 86		87 a 90		91 a 94		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hospitais	12	29	5	16	11	30	28	25
Consultório	6	15	9	28	3	8	18	16
Atendimento Domiciliar	6	15	10	31	7	19	23	21
Clínica de Repouso	2	5	—	—	3	8	5	5
Clínica	11	27	6	19	11	30	28	25
Ambulatório	1	2	—	—	—	—	1	1
Entidades Assistenciais	3	7	1	3	2	5	6	6
Indústrias	—	—	1	3	—	—	1	1
Total	41	100	32	100	37	100	110	100

Fonte: Levantamento junto aos egressos.

6.3. Predominância de clientela.

Quase metade dos Fisioterapeutas (49%) têm, predominantemente, clientes de convênio. Logo depois aparece o grupo de clientes particulares:com 32% :

Gráfico 4: Distribuição da clientela predominante dos egressos.



Fonte: Levantamento junto aos egressos.

6.4. Conhecimento de algum tipo de Terapia Alternativa.

A maioria absoluta dos pesquisados (86%)conhece algum tipo de Terapia Alternativa, principalmente os que concluiram o Curso no período de 87 a 90 (94%), conforme se depreende do quadro a seguir.

Quadro 4: Número e percentual de respostas sobre "se conhece algum tipo de Terapia Alternativa", segundo o período de conclusão do curso.

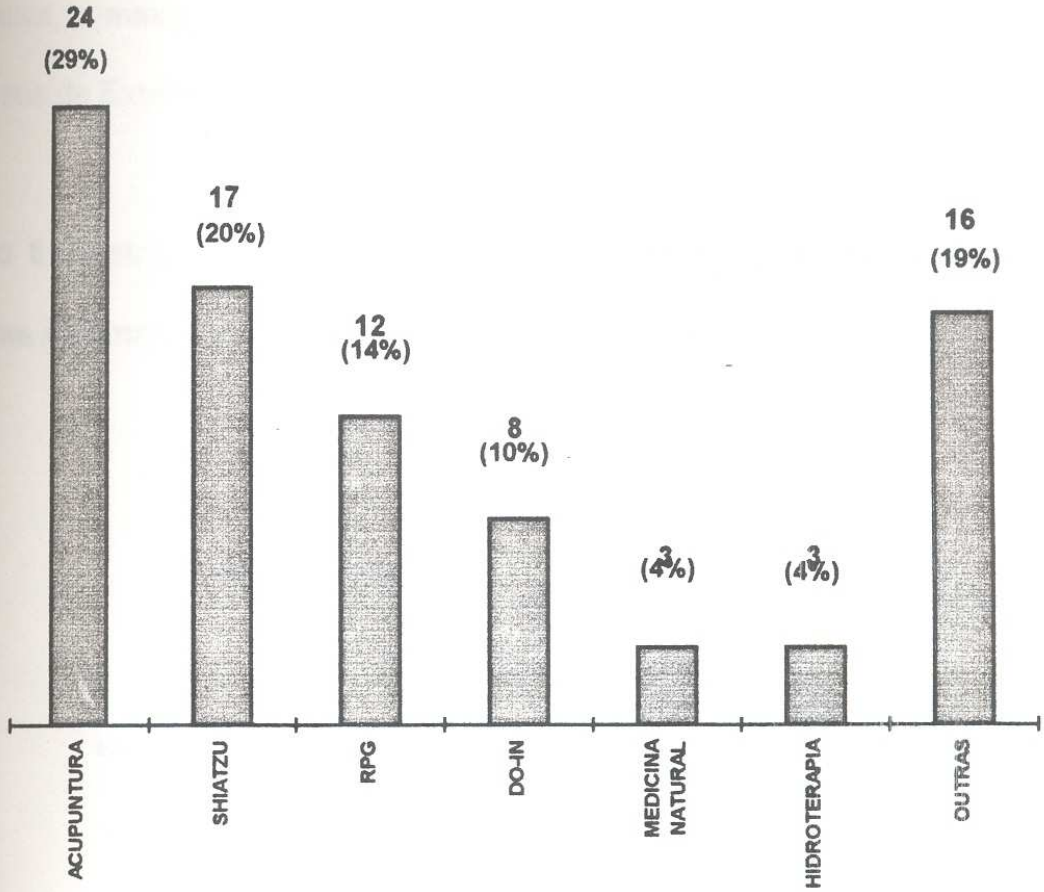
Período de conclusão	Sim	Não	Total
83 a 86	18 82%	4 18%	22 100%
87 a 90	17 94%	1 6%	18 100%
91 a 94	21 84%	4 16%	25 100%
Total	56 86%	9 14%	65 100%

Fonte:Levantamento junto aos egressos.

6.5. Modalidade de Terapia Alternativa mais conhecida.

Inquiridos os Fisoterapeutas sobre se conhecem algum tipo de Terapia Alternativa, a maior frequência de respostas recaiu sobre a Acupuntura (24 respostas, representando 29%), seguidas de Shiatsu (17 respostas, representando 20% do total)e RPG (12 respostas, representando 14% do total).

Gráfico 5: Representativo das Terapias Alternativas mais conhecidas.

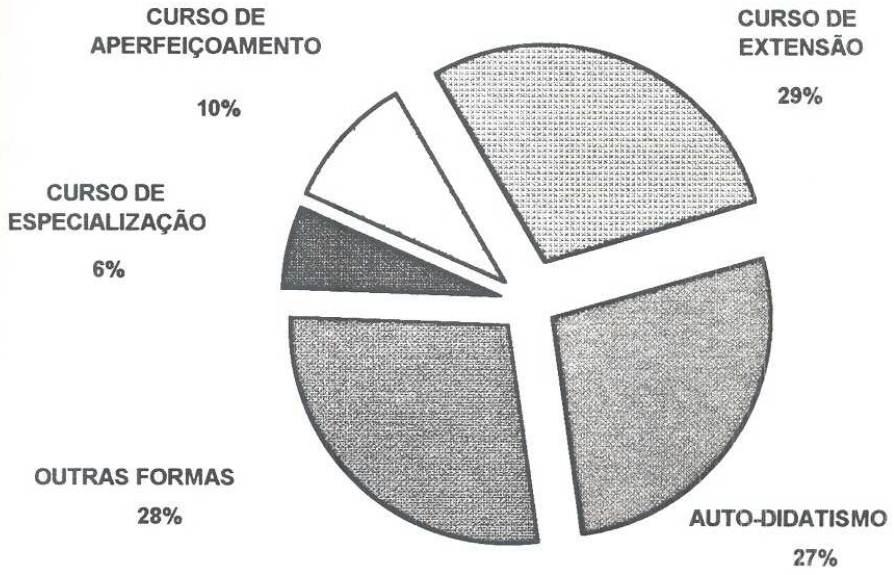


Fonte: Levantamento junto aos egressos.

6.6 Maneira pela qual obteve conhecimento sobre Terapia Altenativa.

Dos Fisioterapeutas que afirmaram conhecer algum tipo de Terapia Alternativa, a maior incidência dos graduados obteve este conhecimento por meio de Cursos de Extensão (29%), por outras formas (29%) e por auto-didatismo (27%).

Gráfico 6: Distribuição dos egressos segundo a fonte de conhecimento de Terapias Alternativas.



Fonte: Levantamento junto aos egressos.

Comentando o gráfico anterior, dos que responderam "outras formas" (24), o conhecimento sobre Acupuntura veio por meio de trabalho ou contato com outros profissionais da área (10), por meio de livros (9), da Televisão (3), informações de amigos (1), em Curso de Pós-Graduação (1).

Cruzando a variável "período de conclusão do Curso" e "conhecimento de Terapia Altenativa", verifica-se que a maior frequência de respostas foi dos egressos que se formaram de 83 a 86 (31). Os concluintes desse período adquiriram esse conhecimento, na maior parte das vezes, por meio de:Curso de Extensão (10) e Curso de Aperfeiçoamento (8). Também para os concluintes em períodos mais recentes, esse conhecimento se deu por meio de Curso de Extensão (10), por auto-didatismo (8) e por outras formas (8).

Apenas os concluintes de 83 a 90 realizaram algum tipo de Especialização (Pós-Graduação) sobre o assunto (5 elementos).

Vale a pena ressaltar que esta questão não foi respondida por 13 profissionais, um pouco superior aos 9 que responderam, na questão 5, "não possuirem conhecimento de Terapia Alternativa".

Quadro 5: Demonstrativo de respostas sobre o conhecimento de Terapia Alternativa, segundo a fonte de conhecimento e ano de conclusão do Curso.

Fonte de Conhecimento	Curso de Extensão				Curso de Aperfeiçoamento				Curso de Especialização				Autodidatismo				Outras				Total			
Técnica	83 a 86	87 a 90	91 a 94	Sub total	83 a 86	87 a 90	91 a 94	Sub total	83 a 86	87 a 90	91 a 94	Sub total	83 a 86	87 a 90	91 a 94	Sub total	83 a 86	87 a 90	91 a 94	Sub total	83 a 86	87 a 90	91 a 94	Sub total
Acupuntura	—	1	6	7	3	—	—	3	2	3	—	5	1	1	2	4	—	3	2	5	6	8	10	24
R.P.G.	2	—	3	5	1	—	—	1	—	—	—	—	1	2	2	5	—	—	1	1	4	2	6	12
Shiatzu	2	—	—	2	3	—	—	3	—	—	—	—	1	3	2	6	1	3	2	6	7	6	4	17
Do-in	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	5	—	—	2	2	1	3	4	8
Medicina Natural	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	1	3
Florais de Bach	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—		—	—	1	1	1	—	1	2
Hidroterapia	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	2	—	1	3
Quiropraxia	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	—	2
Cromoterapia	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1
Tai-chi-chuan	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
Músico Terapia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1
Massagem Energética	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Manipulação Vertebral	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Yogaterapia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1
Kabath	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Marp	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Harmonização	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Fitoterapia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1
Magnetoterapia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1
Geoterapia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1
Total	10	4	10	24	8	—	—	8	2	3	—	5	4	9	9	22	7	9	8	24	31	25	27	83

Fonte: Levantamento junto aos egressos.

6.7. Utilização de Terapias Alternativas na prática profissional.

Um pouco mais da metade dos profissionais pesquisados (55%) afirma não utilizar Terapias Alternativas na sua prática profissional. A negativa prevalece principalmente para os formandos nos últimos anos (80%). O grupo dos concluintes de 83 a 86 foi o único que registrou maior incidência de profissionais que utilizam alguma das técnicas em questão (50%), conforme pode ser constatado no quadro que se segue.

Quadro 6: Número e percentual de respostas sobre o uso de algum tipo de terapia alternativa na prática profissional.

Período de conclusão	Sim	Não	Sem reposta	Total
83 a 86	11 = 50%	04 = 18%	07 = 32%	22 = 100%
87 a 90	08 = 40%	01 = 6%	09 = 50%	18 = 100%
91 a 94	04 = 16%	01 = 4%	20 = 80%	25 = 100%
Total	23 = 36%	06 = 9%	36 = 55%	65 = 100%

Fonte: Levantamento junto aos egressos.

Dos que responderam afirmativamente a essa questão, foi cruzada a variável "área de atuação profissional". Verificou-se que os Fisioterapeutas que aplicam algum tipo de Terapia Alternativa na sua prática, são mais numerosos os que trabalham na área de Neurologia (21 respostas), Traumato-Ortopedia (18) e Reumatologia (16).

Segue o quadro demonstrativo da área de atuação dos profissionais que aplicam, em sua prática, algum tipo de Terapia Alternativa.

Quadro 7: Prática da terapia alternativa relacionada com a área de atuação.

Neurologia	21
Traumato-Ortopedia	18
Reumatologia	16
Pediatria	11
Pneumologia	10
Gerontologia	10
Desportiva	06
Estética	06
Cádio-Vascular	05
Outras	07
Total	110

Fonte: Informações junto aos egressos.

6.8 Grau de eficácia das Terapias Alternativas aplicadas na prática profissional.

Dos 65 egressos pesquisados,40 (equivalendo a 61%) não responderam a essa questão.

Dos pesquisados que responderam "para todas as Terapias Altenativas", foram assinaladas as opções "muito eficaz" (24 respostas) ou "eficaz" (22 respostas); não foram registradas respostas nas categorias mais baixas (pouco eficaz e nada eficaz), conforme quadro demonstrativo (quadro 8).

Quadro 8: Demonstrativo do grau de eficácia das Terapias Alternativas.

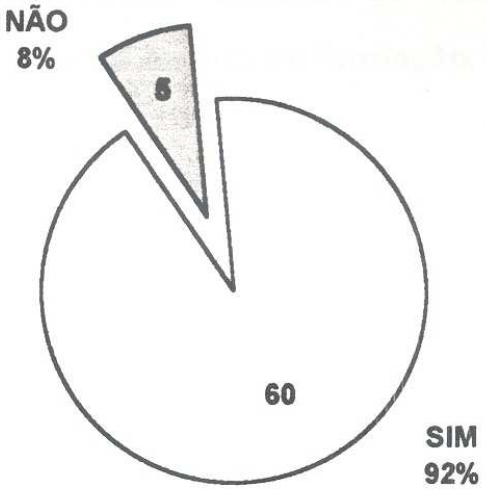
Respostas / Tipos de Terapia	Muito eficaz	Eficaz	Pouco eficaz	Nada eficaz	Total
Acupuntura	05	01			06
Do-in	06	03			09
Moxabustão	02	02			04
Harmonização	02	01			03
RPG	03	09			12
Geoterapia	01				01
Fitoterapia	01				01
Shiatzu	01	05			06
Quiropraxia	01	01			02
Yogaterapia	01				01
Floral de Bach	01				01
Total	24	22			46

Fonte: Levantamento junto aos egressos.

6.9. Inclusão das Terapias Alternativas no Currículo do Curso de Fisioterapia.

Na opinião da maioria esmagadora dos egressos (92%), as Terapias Alternativas deveriam ser incluídas no Currículo do Curso de Fisioterapia.

Gráfico 7: Opinião dos graduandos sobre a inclusão de Terapias Alternativas no Currículo de Fisioterapia.



Fonte: Levantamento junto aos egressos.

Foram registradas apenas 5 respostas negativas a essa questão, sendo:

- 3 graduados no período de 83 a 86;
- 2 graduados no período de 87 a 90;
- 1 graduado no período de 91 a 94.

6.10. Informação do reconhecimento da Acupuntura como um recurso terapêutico, ao nível de Conselho Federal da classe.

Um pouco mais da metade dos respondentes (56%) não tem conhecimento de que a Acupuntura foi reconhecida pelo COFFITO, em 1988, como um recurso terapêutico. Os graduados mais antigos são os mais bem informados, pois 59% dos

formados no período de 83 a 86 responderam afirmativamente, caindo para 50% os do período de 87 a 90 e para 25% os dos graduados nos últimos quatro anos. Somente um não assinalou esta questão.

Quadro 9: Distribuição dos egressos cientes do reconhecimento da Acupuntura pelo COFFITO, com relação ao ano de formação.

Período de conclusão	Sim	Não	Total
83 a 86	13 = 59%	09 = 41%	22 = 100%
87 a 90	09 = 50%	09 = 50%	18 = 100%
91 a 94	06 = 25%	18 = 75 %	24 = 100%
Total	28 = 44%	36 = 56%	64 = 100%

Fonte: Levantamento junto aos egressos.

7. Estimação do Intervalo de Confiança para a Proporção Populacional dos que são Favoráveis a Inclusão das Terapias Alternativas no Currículo de Fisioterapia.

Na questão 9, foi constatado que 92% dos egressos mostraram-se favoráveis à inclusão das Terapia Alternativas no Currículo de Fisioterapia.

Esse percentual serve como estimativa pontual da variável "favoráveis à inclusão" para a população. Entretanto, as estimativas intervalares são preferíveis, pois indicam a precisão da estimativa, ou fidedignidade dela.

Assim, foi calculado o intervalo de confiança para esta variável:

-p = proporção das favoráveis à inclusão das Terapias Alternativas na amostra = 0,92.

-q = (1-p) = (1-0,92) = 0,08.

-N = número de elementos da amostra = 65.

-α = núcleo de significância = erro = 5%.

(1-α) = nível de confiança = (1 - 0,05) = 95%.

- 2 C = coeficiente de confiança ou valores críticos (valores tabulados da distribuição normal de probabilidades), para o nível de significância escolhido.

$$P\left(p - 2C\sqrt{\frac{p.q}{N}} < p < p + 2C\sqrt{\frac{p.q}{N}} \right) = 1 - 0{,}05$$

$$P\left(0{,}92 - 1{,}96\sqrt{\frac{0{,}92 \times 0{,}08}{65}} < p < 0{,}92 + 1{,}96\sqrt{\frac{0{,}92 \times 0{,}08}{65}} \right) = 1 - 0{,}05$$

$$P\,(0{,}8540 < p < 0{,}9859) = 95\%$$

Essa expressão acima, deve ser interpretada como: A probabilidade de acerto das respostas favoráveis à inclusão das Teorias Orientaisno Currículo do Curso de Fisioterapia estar entre os valores de 88,6% a 95,4% é de 95% ou, também, o erro que poderemos estar cometendo ao afirmarmos que a proporção ***p***, na população, varia entre 88,6% e 95,4% é de 5%.

8. Conclusão

A pesquisa em questão permitiu chegarmos às conclusões a seguir explicadas.

8.1 Características dos egressos.

Os egressos do Curso de Fisioterapia estão desempenhando atividades como Fisioterapeutas (95%), principalmente nas áreas de Neurologia (19%) e Traumato-Ortopedia (18). A área Cárdio-Vascular está atraindo cada vez mais os egressos recentes (19% dos formados nos últimos quatro anos, contra 3% dos formados de 83 a 86) e, contrariamente, a área Desportiva vem atraindo menos esses profissionais (de 8% dos egressos entre 83 a 86 passou a 1% para os egressos recentes).

Talvez por necessidade de buscar conhecimentos reais aprofundados que os qualifiquem, os profissionais dos últimos anos estão desempenhando atividades em menos áreas, de 4,0 áreas, em média, para os profissionais de 83 a 86, passou a 3,0 áreas para os egressos mais recentes.

Os Hospitais e Clínicas são os locais que vêm atraindo a demanda dos profissionais formados, já que a metade dos pesquisados desempenham, nesses locais, suas atividades.É interessante registrar que os concluintes de 87 a 90 são os que desenvolvem atividades mais autônomas, pois 59% prestam atendimento domiciliar (31%).

Os profissionais de Fisioterapia atendem, predominantemente, clientes provenientes de convênios (49%); apenas 19% dos pesquisados possuem vínculo

maior com órgãos governamentais, já que a predominância de sua clientela é do Sistema Municipal de Saúde (13%) ou do IPE (6%).

8.2. Conhecimento de Terapias Alternativas.

A maioria absoluta dos profissionais de Fisioterapia (86%) conhece algum tipo de Terapia Alternativa, principalmente a Acupuntura (29%), Shiatzu (20%) e RPG (14%). Entretanto, eles não aplicam este conhecimento na sua prática profissional (55% dos pesquisados) talvez por falta de um melhor embasamento, pois os conhecimentos adquiridos o foram, na maioria das vezes, em cursos de extensão (29%) e por auto-didatismo (27%) que, somados estes últimos com os que assinalaram "por meio de livros"(9%), perfaz um total de 31 opções, representando 37% do total.

Ainda os cursos sobre o assunto, realizados em Instituições de Ensino Superior, atrairam apenas 16% dos graduados, sejam Cursos de Aperfeiçoamento (10%) ou de Especialização (6%). Este último, que pela própria carga horária poderia trazer maior bagagem de conhecimento e aprofundamento sobre o assunto, foi realizado por egressos mais antigos e somente em Acupuntura.

Outro aspecto que poderia explicar a falta de aplicabilidade, pelo menos no diz respeito à Acupuntura na prática profissional, é que a maior parte dos entrevistados (56%) desconhece ter sido essa terapia reconhecida pelo COFFITO, em 1988, como um recurso terapêutico, principalmente os egressos mais recentes (75%).

Entretanto, a maioria esmagadora dos pesquisados (92%) é favorável à inclusão das Terapias Alternativas no Currículo do Curso de Fisioterapia.

Calculando o intervalo de confiança para população, poderíamos considerar 86% como sendo favoráveis a essa inclusão.

Outro fato que merece destaque é que, dos que aplicaram algum tipo de terapia alternativa na sua prática profissinal, nenhum registrou opinião desfavorável a qualquer uma dessas práticas, assinalando apenas as opções "muito eficaz" (52% de um total de 46 registros) ou "eficaz" (48% destes).

Finalmente, acreditamos que, se existe consenso no que diz respeito à inclusão das Terapias Alternativas no Currículo regular, se o profissional está procurando obter conhecimento sobre esse assunto, até por vias não-acadêmicas, e se os que já aplicaram os poucos conhecimentos adquiridos mostraram-se satisfeitos com o resultado, cabe à Universidade responder aos anseios desses profissionais. Assim, estará cumprindo o papel de agente interativo com a sociedade, de uma Universidade flexível e inovadora, reavaliando e revitalizando os conhecimentos repassados aos alunos, oferecendo, dessa forma, um conteúdo mais aprofundado, com inovações pedagógicas, para que eles possam desempenhar, de forma plena e integral, o seu papel profissional naquela mesma sociedade.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DA ESTRUTURA CURRICULAR DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DO PARANÁ.

Ao iniciarmos a análise dos currículos dos Cursos de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior do Estado Paraná, julgamos pertinente fazer uma exposição das bases legais sobre as quais se acenta a estrutura dos currículos vigentes. Para tanto, baseamo-nos no currículo mínimo aprovado pelo Conselho Federal de Educação, que preconiza as condições mínimas necessárias para a formação de um profissional de nível, que satisfaça as necessidades sócio-educacionais.

Para fins deste estudo, adotaremos as definições de Currículo Mínimo e de Currículo Pleno segundo o Dicionário Brasileiro de Educação, como segue:

> Por Currículo Mínimo devemos entender: "Conjunto de matérias fixadas pelo Conselho Federal de Educação e considerado o mínimo a ser atingido em cada curso. (...) É parte do currículo pleno do estabelecimento" (1);
> Enquanto por Currículo Pleno aceitamos: "Currículo adotado pelo estabelecimento de ensino. Cotém as matérias do núcleo comum e da parte diversificada, que devem ser expressas em atividades, áreas de estudo e/ou disciplinas, relacionadas e sequenciadas segundo os planos próprios do estabelecimento de ensino e as necessidades dos alunos e da comunidade" (2).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no uso de suas atribuições, em conjunto com a Secretaria da Educação Superior e Conselho

Federal de Educação, tendo em vista o parecer do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional quanto à necessidade de revisão e reelaboração de um novo currículo mínimo que satisfizesse as necessidades de desenvolvimento da nova ciência, a Fisioterapia, bem como para um melhor retorno à comunidade, quando da prestação de serviços, decidiu-se a rever o currículo anterior, o qual datava de 1963 (aprovado pelo Parecer nº 388/63, Portaria nº 511/64), tendo concluído que aquele currículo não satisfazia mais às necessidades de formação do profissional Fisioterapeuta.

O referido estudo de reelaboração do currículo, o qual vigora até os dias atuais, foi efetuado no ano de 1982, com a participação ativa dos Conselhos Federais, apoiado pelas Escolas de Fisioterapia da época, sendo interessante ressaltar que, naquela época, contávamos com apenas 23 cursos de Fisioterapia em todo o país, comparado aos 50 existentes atualmente.

1. Currículo Mínimo Para o Curso de Fisioterapia.

Passamos a apresentar, na seqüência, o Currículo Mínimo para o Curso de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior do Brasil, segundo Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983.

O curso foi estruturado em quatro ciclos distintos de matérias, a saber:

I - Ciclo de Matérias Biológicas.

II - Ciclo de Matérias de Formação Geral.

III - Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes.

IV - Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

Foi determinado, ainda, que:

a) A duração mínima deve ser de 3.240 h;

b) Deve ser cumprido num mínimo de quatro e no máximo de oito anos;

c) Os ciclos de Matérias Biológicas e o de Matérias de Formação Geral devem ocupar 20% da carga horária total;

d) O Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes deve ocupar 20% da carga horária total;

e) O Ciclo de Matérias Profissionalizantes deve ocupar 40 % da carga horária total e os 20 % restantes, com a prática supervisionada.

A seguir, tecemos algumas considerações sobre os currículos das Instituições de Ensino Superior de Fisioterapia do Estado do Paraná, abordando os vários ciclos propostos com a respectiva proporcionalidade de carga horária.

2. Análise do Currículo do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

O currículo pleno do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná encontra-se assim estruturado:

I - Ciclo de Matérias Biológicas.

- Anatomia Aplicada à Fisioterapia I - II	150 h
- Bioquímica I - II	120 h
- Histologia I - II	120 h
- Biologia	30 h
- Educação Física I - II	60 h
- Fisiologia Aplicada à Fisioterapia I - II	120 h
- Patologia I -II	60 h
- Biofísica I - II	60 h
	Total = 720h

II - Ciclo de Matérias de Formação Geral.

- Metodologia da Pesquisa Científica	30 h
- Filosofia I - II	60 h
- Teologia I - II	60 h
- Sociologia e Antropologia	30 h
- Introdução a Saúde Pública	30 h
- Cultura e Cidadania I - II	60 h
- Psicologia Aplicada à Fisioterapia I - II	60 h
- Ética Profissional e Deontologia	30 h
	Total=360h

III-Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes.

- História da Fisioterapia	30 h
- Cinesiologia e Biomecânica I - II	120 h
- Cinesioterapia I - II	120 h
- Fisioterapia Geral I - II	120 h
- Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação I - II	120 h
- Recursos Terapêuticos Manuais I - II	120 h
- Administração Aplicada à Fisioterapia	30 h
- Radiologia I - II	60 h
- Dermatologia	30 h
- Prótese e Órtese I - II	60 h
	Total = 810 h

IV-Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

-Fisioterapia Preventiva I, II, III, IV, V, VI; VII, VIII	135 h
-Fisioterapia Aplicada à Ortopedia/ Traumato I - II	180 h
-Fisioterapia Aplicada à Neurologia I - II	210 h
-Fisioterapia Aplicada à Cardiologia I - II	180 h
-Fisioterapia Aplicada à Pediatria I - II	210 h
-Fisioterapia Aplicada à Pneumologia I - II	180 h
-Fisioterapia Aplicada à Reumatologia I - II	120 h
-Fisioterapia Aplicado à Ginecologia/ Obstetrícia I - II	90 h
	Total = 1.305 h

-Estágios Supervisionados	660 h.

Carga Horária Total = 3.855 h.

Antes de mais nada, é fundamental destacarmos que o estudo efetuado dos Currículos dos Cursos de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior do Paraná permitiu constatar, claramente, que nas tres Instituições estão sendo respeitadas rigorosamente, as determinações de carga horária, duração e percentual proporcional estabelecidos como exigência mínima pelo Conselho Federal de Educação, conforme quadro 1, desta Dissertação.

No entanto, é importante ressaltar que, apesar de todas apresentarem uma adequação com relação ao Currículo Mínimo, quando as observamos do ponto de vista do Currículo Pleno constataremos um descuido: O de não ser mantida uma adequada distribuição proporcional por ciclos, comparada à carga horária total praticada em cada escola. Portanto, queremos ressaltar que as constatações feitas a seguir dizem respeito a uma melhor adequação do Currículo Pleno, para que as escolas passem a tratar com cientificidade as disciplinas a serem acrescentadas, necessariamente ao Currículo Mínimo, via Currículo Complementar, porém sem esquecer da existência e da importância que cada ciclo representa para a formação do futuro profissional.

Cumpre fazermos algumas considerações sobre o currículo pleno do Curso de Fisioterapia da PUC-PR.

Senão, vejamos:

a) A carga horária total de 3.855 h do Currículo de Fisioterapia da PUC-PR é superior à exigida no Currículo Mínimo de 3.240 h; está, portanto, 615 h acima do mínimo exigido, o que equivale a 15,95% da carga horária total. Essa constatação nos leva a crer, num primeiro momento, que apresentamos um currículo suficiente para a formação do profissional Fisioterapeuta.

b) Com relação à distribuição da carga horária total por ciclos, constatamos que as 3.855 h se distribuem da seguinte forma:

– Ciclo de Matérias Biológicas (ou Ciclo I):apresenta carga horária de 720 h, equivalendo a 18,67% da carga horária total.

– Ciclo de Matérias de Formação Geral (ou Ciclo II): apresenta carga horária de 360 h, equivalendo a 9,33% da carga horária total. Observamos que o somatório dos Ciclos I e II é igual a 1.080 h, equivalendo a 28,01% da carga horária total, quando o preconizado pelo Currículo Mínimo é de que esses ciclos ocupem apenas 20% da carga horária total; estamos, pois, 8,01% acima do exigido.

– Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes (ou Ciclo III): apresenta carga horária de 780 h, equivalendo a 20,23% da carga horária total, quando o mínimo exigido é de 20%; apresenta-se, dessa forma, com uma carga horária 0,23% acima do exigido.

– -Ciclo de Matérias Profissionalizantes (ou Ciclo IV): apresenta carga horária de 1.365 h, equivalendo a 35,40% da carga horária total, quando o mínimo exigido para esse ciclo é de 40%; o Currículo Pleno da PUC-PR, nesse ciclo, apresenta uma defasagem de 4,6% de carga horária proporcional.

– Estágios Supervisionados (ou Ciclo IV): apresentam carga horária de 660 h, equivalendo a 17,12% da carga horária total, quando o exigido é de 20%; portanto, os Estágios Supervisionados apresentam um percentual de 2,88% abaixo da distribuição ideal para cada ciclo, com base no Currículo Mínimo Oficial. Podemos concluir que o currículo do

Curso de Fisioterapia da PUC-PR, apesar de ter uma carga horária superior à exigida como mínima, demonstra falhas de proporcionalidade na distribuição dos ciclos que o compõe. Por exemplo: os ciclos IV e o estágio supervisionado deveriam ocupar 60% da carga horária total, quando, na verdade, ocupam 52,52%; o ciclo III está estruturado com um percentual um pouco acima do exigido, porém discretamente, já os ciclos I e II, que se apresentam com 8,01% acima do mínimo, merecem uma possível alteração. Constatamos, do exposto no parágrafo anterior que a formação dos nossos alunos está prioritariamente voltada para os ciclos I e II, em relação ao mínimo exigido pelo CFE, em detrimento, principalmente, do Ciclo IV, que visa a, como objetivo principal, por meio das disciplinas profissionalizantes e dos estágios supervisionados, preparar o futuro profissional para desenvolver habilidades práticas e adquirir conhecimentos específicos inerentes à profissão, a fim de que o mesmo possa responder pelos seus atos no exercício da profissão. Importante se faz salientar que tais observações baseiam-se em dados estáticos de distribuição de carga horária, não tendo sido julgada a relevância das informações trabalhadas nas disciplinas de cada ciclo.

C) Com relação à composição básica de cada ciclo, temos:

– Ciclo I (de Matérias Biológicas): objetiva fornecer conhecimentos fundamentais sobre o funcionamento, constituição e alterações pelas quais o organismo possa passar, relacionando os vários sistemas, com ênfase na futura prática profissional.

- Ciclo II (de Matérias de Formação Geral): tem por objetivo proporcionar uma melhor compreensão do homem, do seu exercício profissional, bem como orientá-lo na iniciação científica.

- Ciclo III (de Matérias Pré-Profissionalizantes): busca desenvolver habilidades para melhor interpretar o movimento humano quantitativa e qualitativamente, aprofundar conhecimentos e ensinar a aplicação das técnicas terapêuticas usadas na Fisioterapia.

- Ciclo IV (de Matérias Profissionalizantes e Estágios Supervisionados): tem como objetivo, por meio do estudo teórico e do treinamento prático, desenvolver habilidades e conhecimentos inerentes ao futuro fisioterapeuta.

II- Ciclo de Matérias de Formação Geral.

- Psicologia	72 h
- Antropologia Social	36 h
- Metodologia da Pesquisa Científica	72 h
- Saúde Pública	36 h
- Estudo dos Problemas Brasileiros	72 h
- Ética e Deontologia	36 h
	Total = 324h

III- Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes.

- História da Fisioterapia	36 h
- Administração	36 h
- Fisioterapia Geral I - II	180 h
- Cinesiologia	144 h
- Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação	72 h
- Recursos Terapêuticos Manuais	72 h
- Cinesioterapia	108 h
	Total = 648 h

IV- Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

- Fisioterapia Preventiva I - II	72 h
- Fisioterapia Aplicada à Neurologia I - II	252 h
- Fisioterapia Aplicada à Ortopedia I - II	180 h
- Fisioterapia Aplicada à Reumatologia I - II	144 h
- Fisioterapia Aplicada à Cardiologia I - II	144 h
- Fisioterapia Aplicada à Pneumologia I - II	180 h
- Fisioterapia Aplicada à Ginecologia I - II	144 h
- Fisioterapia Aplicada à Pediatria I - II	180 h
	Total = 1.296 h.

Estágios Supervisionados	800 h
Carga Horária Total	**3.824 h**

UEL

I- Ciclo de Matérias Biológicas.

- Anatomia F	136 h
- Bioquímica para Fisioterapia	68 h
- Histologia F	102 h
- Microbiologia Geral e Imunologia Geral B	68 h
- Patologia Geral C	68 h
- Biofísica e Fisiologia para Fisioterapia	170 h
- Noções Gerais de Física para Fisioterapia	34 h
- Educação Física	68 h
	Total = 714 h

II- Ciclo de Matérias de Formação Geral.

- Fundamentos de Ciências Sociais	34 h
- Bioestatística/ Pesquisa Científica para Fisioterapia	34 h
- Psicologia Aplicada à Reabilitação	102 h
- Fundamentos de Clínica Cirúrgica	34 h
- Fundamentos Clínicos de Endocrinologia/Dermatologia	34 h
- Noções de Enfermagem para Fisioterapia	68 h
- Deontologia e Ética Profissional para Fisioterapia	34 h
	Total = 340 h

III- Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes.

- História e Fundamentos de Fisioterapia	136 h
- Noções de Administração Aplicada à Fisioterapia	68 h
- Fisioterapia Geral	136 h
- Cinesioterapia	102 h
- Recursos Terapêuticos Manuais	68 h
- Métodos de Avaliação Cinesiológia em Fisioterapia	136 h
	Total = 646 h

IV- Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

- Fisioterapia Preventiva e Saúde Pública	136 h
- Fisioterapia Aplicada à Traumatologia/Ortopedia	170 h
- Fisioterapia e Neuropediatria em Fisioterapia	68 h
- Fisioterapia Aplicada à Reumatologia	136 h
- Cardiologia e Pneumologia em Fisioterapia	68 h
- Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia	170 h
- Fisioterapia Aplicada à Prótese e Órtese	102 h
- Fisioterapia Aplicada à Neurologia	136 h
- Fisioterapia Aplicada à Pneumologia	136 h
- Fisioterapia Aplicada à Cardiovascular	136 h
- Fisioterapia Aplicada à Pediatria	136 h
- Fisioterapia Aplicada	102 h
	Total = 1.496 h

Estágios Supervisionados	680 h
Carga Horária Total	***3.876 h***

QUADRO 10: Comparação entre a carga horária e o percentual por ciclo das matérias do Currrículo Mínimo e Currículo Pleno do Curso de Fisioterapia da PUC - PR, TUIUTI e UEL.

CICLO	CURRÍCULO MÍNIMO		CURRÍCULO PLENO					
			PUC-PR		TUIUTÍ		UEL LONDRINA	
I e II	648	20%	1.080	8,01%	1.080	28,24%	1.054	27,19%
III	648	20%	780	20,23%	648	16,94%	646	16,96%
IV	1.296	40%	1.365	35,40%	1.296	33,89%	1.496	39,28%
Estágios	648	20%	660	17,12%	800	20,92%	680	17,85%
Carga Horária Total	3.240 h		3.855 h		3.824 h		3.876 h	

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Algumas considerações se fazem necessárias:

a) As Instituições de Ensino Superior consideradas neste trabalho e que mantêm o Curso de Fisioterapia apresentam seus Currículos com carga horária superiores ao Currículo Mínimo preconizado pelo Conselho Federal de Educação.

b) Os Ciclos I e II (Matérias Biológicas e Matérias de Formação Geral) têm, nas três Instituições aqui estudadas, carga horária percentual superior ao Currículo Mínimo preconizados pelo CEF.

c) O Ciclo III (Matérias Pré-Profissionalizantes) apresenta-se dentro da média na Pontifícia Universidade Católica do Paraná; já na Faculdade Tuiuti e na

UEL, o ciclo em questão encontra-se com a carga horária baixa em termos de percentual proporcional total por elas adotadas.

d) O Ciclo IV (Matérias Profissionalizantes) encontra-se abaixo percentual mínimo, com relação à proporcionalidade da carga horária total praticada em cada curso, nas três Instituições de Ensino, sendo que a Universidade Estadual de Londrina é a que mais se aproxima do percentual mínimo exigido.

e) A atividade de Estágio Supervisionado encontra-se em defasagem percentual na Universidade Estadual de Londrina e na PUC-PR, estando na média exigida na Faculdade Tuiuti.

Concluímos, portanto;

- Que nas três Instituições de Ensino Superior do Estado do Paraná que oferecem curso de Fisioterapia, constatamos, de forma geral, que os Currículos Plenos de Fisioterapia estão adequados à carga horária exigida para o Currículo Mínimo pelo Conselho Federal de Educação, na época; no entanto, constatamos que apesar da alta carga horária praticada, há falhas de proporcionalidade de distribuição em cada ciclo, quando comparada a carga horária total;

- Percebemos que uma "grande carga horária total" não implica em uma adequada estruturação curricular e que não demonstra, portanto, qualidade;

- Que os Currículos Plenos trabalhados nas referidas Instituições, estão a exigir readequação de suas cargas horárias por ciclo, em face do desenvolvimento científico e tecnológico da área em questão.

NOTAS DE REFERÊNCIA

1) DUARTE, Sérgio Guerra. Dicionário Brasileiro de Educação. Rio de Janeiro, Antares, 1886, p. 46.

2) Ibid., p. 46.

CAPÍTULO IV

ACUPUNTURA: UMA ABORDAGEM TEÓRICA.

O presente capítulo tem como principal objetivo, a partir da revisão bibliográfica dos principais autores da área de Acupuntura, escrita nas línguas portuguesa e castelhana, prestar informações sobre a acupuntura, que possibilitem uma melhor compreensão sobre o tema, de vez que não existe um único livro no acervo bibliográfico à nossa disposição na PUC-PR que trate de todos os aspectos relacionados com a Acupuntura, em toda a sua amplitude.

A escolha desse tema - Acupuntura - dentre as terapias alternativas se deve à sua maior difusão em nosso país, quando comparada às demais, como (Do-In, Shiatzu, Moxabustão e outras).

Outrossim, reportando-nos à análise dos dados constantes no Capítulo II desta dissertação, referentes aos resultados obtidos com a aplicação do Questionário junto à Fisioterapeutas egressos da PUC-PR, constatamos ser a Acupuntura a terapia alternativa mais conhecida por eles, o que justifica esta abordagem.

É nossa proposta, ao procedermos, inicialmente ao levantamento histórico da Acupuntura, dismistificar o tema e promover a ***curiosidade e o interesse*** necessários ao possível prosseguimento dos estudos sobre a eficiência e o

reconhecimento da Acupuntura, o que poderá redundar numa possível complementação curricular com as terapias ***orientais e ocidentais.***

> A Acupuntura não é uma medicina milagrosa. Absolutamente. Ninguém tem o direito de lhe atribuir milagres, ela é sujeita as mesmas contingências de qualquer outro processo terapêutico... Os resultados variam de acordo com os múltiplos aspectos que cada caso apresenta... Ela não se propõe a substituir a medicina clássica, com os avançadíssimos conhecimentos que adquiriu. Não se contrapõe a ela. Não pretende substituí-la. É apenas mais um recurso, aliás de grande valia... (1).

A Acupuntura, sistema de tratamento e cura entre os orientais com uso de agulhas, existe como recurso terapêutico há 5.000 anos, em uma época em que a cultura humana ainda era muito primitiva e nebulosa. Seu desenvolvimento deu-se paralelamente e em função do próprio desenvolvimento da humanidade, tendo passado pelas várias etapas da sua evolução, a saber: ***idade da pedra,*** quando a Acupuntura teria sido praticada com finas pontas de pedra; ***idade do metal*** quando surgiram as agulhas de ouro e prata; ***idade moderna,*** época que, em face do desenvolvimento tecnológico e industrial, possibilitou a confecção de finas agulhas de aço inoxidável. O desenvolvimento da eletrônica tornou possível a criação de aparelhos elétricos, como o laser (usado na laser-Acupuntura), assim como detectores dos pontos de acupuntura e analgesia feita por correntes de baixa freqüência.

A Acupuntura na China.

Ao longo da história do Oriente, a Acupuntura passou por vários períodos, guns favoráveis, outros desfavoráveis ao seu desenvolvimento. Conta a história e houve épocas, inclusive, de proibição do uso da Acupuntura como forma de tamento dos males que acometiam a população, a exemplo do ocorrido durante a ***nastia Ching*** (1647-1911). Essa proibição estava fadada ao insucesso devido ao o de que não existia, naquela época, médicos formados ***à ocidental*** em número ficiente para atenderem à população necessitada da China.

Na verdade, existem muitas controvérsias, entre os autores, sobre a história da olução da Acupuntura na China e no mundo, sendo poucos os que conseguem apanhado mais completo sobre o assunto, haja vista a grande dificuldade de erpretação dos escritos antigos, muitos dos quais datam de séculos A.C. Dentre autores que produziram um documento histórico mais completo sobre o assunto demos citar Soulié de Morant e David J. Sussman, embora outros tenham dado evante contribuição para a divulgação da Acupuntura, a saber: Marins Atílio, nn Félix, Requena Ives, Merejem Didier, Cintract.

A história da Acupuntura está intimamente relacionada à história da China, n suas Dinastias e Imperadores e que, por estar relacionada com a história da manidade, apresenta algumas discordâncias relacionadas com datas e menclaturas. A própria confusão na seqüência das Dinastias, relatam os autores ados, dificulta sobremaneira uma informação mais preciosa da sua história.

Na China, o ensinamento da Acupuntura desenvolveu-se, por muitos séculos, como um segredo de família, que era passado de geração em geração e exercida por indivíduos pertencentes ao "clã", com o aval da sociedade (2).

A Acupuntura percorreu um longo trajeto na história da China, tendo passado por um período arcaico e obscuro, que data de antes de Cristo até os nossos dias, ensinada que é em Universidades por toda a China, bem como também em alguns países da Europa. Um fator preponderante para a sua expansão e evolução foi quando de sua infiltração pelo Continente Europeu, quando autores franceses difundiram a técnica da Acupuntura, traduzindo obras originais do chinês para o francês, abrindo caminho, assim, para que tais obras fossem traduzidas para outras línguas, até que aquela técnica chegasse ao nosso alcance pelas obras escritas em português e em castelhano.

A primeira obra de que se tem conhecimento sobre Acupuntura chama-se ***I-Ching,*** livro de Medicina Interna do Imperador Amarelo ***Hoang-Ti***, escrito por volta do século XVIII A.C., provavelmente pelo ministro ***Chi Po***, numa época bem anterior à descoberta do próprio papel. O referido livro consta de duas partes, a saber: o ***So Wen***, parte que cuida da cura das doenças, e o ***Ling Shu***, parte filosófica do livro.

O ***I-Ching*** serviu de base teórica para o desenvolvimento e a fundamentação da Acupuntura atual. Cumpre lembrar que foi ele escrito na Antiga China, numa época em que não era permitido, por questões religiosas, promover o estudo da anatomia e da fisiologia pelos experimentos de dissecação de cadáveres. Tal fato pode servir de justificativa à insistente valorização dada pelas terapias orientais aos sinais e sintomas clínicos, aliado a toda história que envolvesse, direta ou

indiretamente, o estado da ***não saúde*** quando comparado à valorização dos achados laboratoriais histológicos e fisiopatológicos, muito considerados pela ciência ocidental.

Durante a ***Dinastia Song*** (séc. X ao XIV) foi registrado o maior progresso da Acupuntura daqueles tempos, com a criação do famoso ***"Homem de Bronze"***, estátua fundida em bronze com todos os meridianos e pontos da Acupuntura (3), sua localização e profundidade adequadas, servindo de base para o aprendizado, teste e treinamento aos dos futuros acupunturistas que, de olhos vendados, deveriam localizar e puncionar os pontos pedidos por seu Mestre. Outro marco importante desta época foi a criação de uma Faculdade de Acupuntura na China.

Após o período de proibição da dissecação dos cadáveres, foi somente na dinastia ***Ching*** (1647-1911 D.C.) com ***Wang Ching Jen***, que ocorreu uma evolução no estudo da anatomia humana no oriente, pois foi quebrado o tabu dos direitos sagrados de serem conservados intactos os corpos das pessoas após a morte, sendo permitido, então, que os corpos de pessoas condenadas à morte servissem de estudo em benefício da ciência. Inicia-se, nessa época, a primeira tentativa de implantação da Medicina Ocidental na China, com a criação de escolas que formassem médicos ***à ocidental***. Dessa forma, caberia ao indivíduo optar ser tratado ou atendido pela ciência oriental ou ocidental.

Essa época foi considerada, para a Acupuntura, como uma fase neutra e até retrógrada para o seu desenvolvimento, tendo, inclusive, sua prática sido proibida, por algum tempo, nas cidades chinesas.

Durante a Dinastia, Tsring-República (1912), foram criadas na China, as Faculdades de Medicina ***à ocidental;*** porém, não havendo estrutura suficiente para

formar um número satisfatório de médicos que pudessem atender às necessidades da população, estimulou-se a continuidade da procura da prática da Acupuntura, mesmo que extra-oficialmente. Por volta de 1955, finalmente o Governo Chinês reconhece a legalidade da Medicina Oriental em pé de igualdade com a Medicina Ocidental, sendo que, a partir desse momento, as duas passariam a caminhar juntas. Tal fato deu início à dismistificação da Acupuntura na própria China, que assumiu, oficialmente, o ensino da Acupuntura em nível de escola superior.

2. A Acupuntura no Japão.

Por volta do ano 608 da nossa era, o Japão começa a se interessar pelo estudo da Acupuntura, tendo a mesma sido difundida e desenvolvida até o séc. XVIII. Por volta de 1884, sob a influência da cultura ocidental, foi proibido o ensino da Acupuntura também no Japão, tendo renascido no séc. XX, em função da ineficiência da Medicina Ocidental para curar muitas patologias. Sobre essa ineficiência, Morant afirmou: "Os médicos do Ocidente, à medida que estudam mais, acabam se afastando da real finalidade de suas investigações... seus estudos do corpo humano só se referem ao cadáver, não informam sobre o ser vivo, único fim verdadeiro dos estudos médicos" (4).

3. A Acupuntura na Europa.

Na Europa, a Acupuntura teve início por volta do séc. XVII, sendo os jesuítas os precursores dela.

Them Rhyme (cirurgião holandês) e E. Kaempfer (médico alemão) foram os primeiros a abordarem, mais extensamente, o assunto. Depois vieram outros, como Dujardin, R. Batiste, V. J. Berlioz, Choquet, Sarlandiére, Dantu, Morand, Velpeau, e Trousou os quais iniciaram experimentos no sentido da adoção da Acupuntura, porém utilizando-a de maneira imprópria e sem técnica. Até aquele momento, ignoravam as leis da Acupuntura e os princípios da Filosofia Oriental. Foi somente com o capitão Dabry de Thiersand, Cônsul da França que viveu durante anos na China, que surgiu um livro explicativo sobre as teorias orientais que, todavia, caiu em descrédito pelo fato de não ter sido escrito por um ***médico***.

Posteriormente, Soulié de Morant, Cônsul que também não era médico, mas bom conhecedor da língua chinesa, aprofundou-se nos estudos e coleta de dados sobre a Acupuntura, tendo traduzido obras importantes, as quais permitiram um estudo mais aprofundado sobre ela. Além disso, facilitou também um melhor entendimento prático e de aplicação pelos ocidentais, os quais desconheciam as teorias orientais até então.

Na década de 1930, Soulié de Morant foi seguido e apoiado por médicos famosos da época, a exemplo de Ferreyroles, Flandin e numerosos outros que fundaram, posteriormente, a "Societé d'Acumpunture"e a "Societé Françoise d'Acupunture", mantidas até 1965, aproximadamente. Na atualidade, existem, na

França, seis sociedades de Acupuntura, dentre as quais a Sociedade Internacional de Acupuntura que, em 1973, já contava com 30 anos de existência.

Em outras partes do mundo a Acupuntura também foi sendo adotada, oficialmente, em alguns países, como URSS, Romênia, Checoslováquia e, extra-oficialmente, em outros, como Alemanha, com o Dr. Gerhard Backmann; na Áustria, com o Dr. Bishko; na Inglaterra, com o Dr. Félix Mann; na Rumênia, com o Dr. I. Bratu; na Itália, com o Dr. Uderico Lanza (instrutor da Universidade de Turin); na Espanha, com a Dra. Alvarez Simõ; na Suíça, com o Dr. Guido Fish; no Uruguai, com o Dr. Fermin Ferreyra; na Argentina, com o Dr. José Robuelto, por volta de 1910 a 1960.

A Acupuntura foi implantada nos Estados Unidos da América pelo Dr. Frederick F. Kao, fundador da Sociedade Americana de Medicina Chinesa em 1973, que edita o American Journal of Chinese Medicine.

4. A Acupuntura no Brasil.

A Acupuntura teve início no Brasil por volta de 1950, no Rio de Janeiro e em São Paulo, sendo praticada por profissionais da saúde. Seu precursor foi o Dr. Frederico Spaeth, que fundou, em 1958, a Associação Brasileira de Acupuntura e depois, em 1962, o Instituto Brasileiro de Acupuntura. "No entanto, a Acupuntura em nosso meio ainda é considerada, pela maioria dos profissionais, como alguma coisa inexplicável, como misticismo, como magia, como hipnose, como esoterismo, coisa de chinês- uma curiosidade mais ou menos extravagante" (5).

Na atualidade, a Associação Brasileira de Acupuntura persiste como o principal órgão representante da Acupuntura no Brasil, sendo seu presidente, atualmente, o Dr. Evaldo Martins Leite.

Existem outras instituições, fora do eixo Rio - São Paulo, que vêm estimulando o estudo da Acupuntura no Brasil e o seu treinamento, a exemplo do Sindicato de Acupuntura, Do-In e Moxabustão, no Estado do Paraná, com sede em Curitiba.

O Sindicato de Acupuntura do Estado Paraná já desenvolveu algumas tentativas no sentido de difundir a técnica da Acupuntura na cidade de Curitiba. Uma dessas tentativas aconteceu por volta de 1990, quando aquele Sindicato instou junto à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, para implantar o uso dos recursos da Acupuntura nos Postos de Saúde de Curitiba sem lograr, porém, despertar o interesse dos dirigentes daquela Pasta. Em outros momentos, quando foram criados grupos de estudos de Acupuntura, ao serem convidados membros da comunidade médica para participarem desses grupos, logo deixavam eles de comparecerem às reuniões.

A Acupuntura no Brasil ainda ocupa uma posição muito discreta no arsenal terapêutico que está à disposição do profissional da saúde. Muitos ainda zombam e até duvidam que a referida técnica possa ter efeito tão significativo, como apontam seus ainda muito poucos seguidores. Fica difícil imaginar o motivo que leva profissionais da saúde, que se dizem cientistas, a ignorarem a existência de um método terapêutico que dá resultados surpreendentes, quando bem aplicado.

Apesar disso, ainda existem no Brasil muitos seguidores anônimos dessa milenar técnica de tratamento e preservação da saúde, os quais, depois de experimentá-la como recurso de tratamento, mesmo por uma única vez, não

conseguiram mais abandoná-la. Porém, esses profissionais anônimos acabam por ser desencorajados a assumirem publicamente tal prática, pois os mesmos, não encontrando o apoio necessário em seus órgãos representativos de classe, acabam optando por não correrem o risco de serem taxados de "charlatães". No entanto, afirma Marins: "Ninguém se atreve a negar publicamente a Acupuntura para não cair no ridículo, mas também ninguém a proclama e a defende, por simples negligência e comodismo" (6).

Marins afirma, ainda, que essa falta de aceitação oficial da Acupuntura no Brasil deve-se à influência que os Estados Unidos exercem sobre nós, pois também nesse país a Acupuntura não tem merecido um lugar de destaque, a exemplo do que acontece em outros lugares do mundo. Afirma, ainda, que essa falta de interesse por parte da Associação Médica Americana deve-se à pressão que sofre por parte dos laboratórios de medicamentos e equipamentos hospitalares, os quais suprimem qualquer tentativa de se desenvolverem técnicas que falem contra seus interesses comerciais e financeiros (7).

A população brasileira acaba desconhecendo e deixando de utilizar tais recursos por falta de esclarecimento das terapias alternativas, as quais, ao invés de se tornarem populares e utilizadas por um grande número de pessoas, acabam sendo adotadas apenas por uma minoria de pessoas melhor esclarecidas, que, não se deixando enganar por comentários maldosos de descrédito, informam-se a respeito e acabam se beneficiando diretamente das referidas técnicas. Essas pessoas entendem que seus organismos necessitam de métodos de tratamento o mais naturais possíveis, a fim de não se doparem com tantas drogas, como acontece com a maioria da população em geral, drogas essas das quais, na maioria

das vezes, desconhecemos o verdadeiro e completo efeito, sendo algumas, inclusive, nocivas à saúde humana.

Um outro importante motivo que contribui para o desconhecimento das terapias alternativas se deve, em parte, ao seu não reconhecimento e falta de incentivo pelos órgãos da saúde em nosso país, ao contrário do que acontece na Rússia, China, Austrália, México e Argentina, que oficializaram o uso da Acupuntura e assumiram a responsabilidade do seu ensino.

Diante de toda essa negação pelos Conselhos das profissões da área da saúde no Brasil, podemos citar como exemplo corajoso o do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), que reconheceu a Acupuntura, oficialmente, como um recurso terapêutico, inclusive aceitando registrar tal especialidade na carteira do profissional Fisioterapeuta, desde que cursada em entidade reconhecida pelo CFE (hoje, pelo Conselho Nacional de Educação) e que atenda aos critérios estabelecidos de carga horária mínima e duração, fixados pelo mesmo Conselho.

Esperamos que esse exemplo de coragem possa ser seguido por outros Conselhos, de vez que não adianta apenas negarmos a Acupuntura ou outro método que já vem dando certo em outros países, pois quem duvida deveria, pelo menos, provar seus efeitos e resultados - ***a ciência nasce da dúvida, da curiosidade e da coragem de desestabilizarmos as certezas imediatas.***

> Não aceitar a Acupuntura por não a conhecer seria lamentável, mas desculpável. Mas sabendo, como o sabem nossos conselhos, o que se passa no mundo inteiro e ignorá-lo intencionalmente é, no mínimo, inexplicável. Essa é a posição dos conselhos de Medicina, Odontologia e Veterinária, órgãos encarregados de superintender os serviços de saúde (8).

Ainda: "É preferível aceitar que as bases científicas da Acupuntura aparecerão um dia, confirmando os fatos reais, através de seu estudo profundo, sua experimentação, sua generalização e pesquisa. Isso é mais inteligente e mais útil do que menosprezá-la por ainda estar apoiada em bases empíricas" (9).

5. Conceitos e Princípios que Fundamentam a Acupuntura.

A palavra Acupuntura deriva do latim "acus", agulha, e "punctura", furar. Aceitamos essa etimologia apesar de que, originalmente, na simbologia chinesa, a tradução correta do ideograma seria ***agulha e fogo*** (Tchen-Ziú) (10).

Por muito tempo ignoraram-se os efeitos da Acupuntura, técnica que, aplicada de maneira eficiente por conhecedores das teorias orientais que a fundamentam, traz resultados surpreendentes, quase sempre satisfatórios, sobre os males que acometem as pessoas.

Sendo esse resultado conseguido por meio de algumas "espetadas" com as finas agulhas de prata, ouro ou aço inoxidável, transmitia e ainda transmite aos desinformados sobre as teorias orientais um quê de magia em relação aos resultados obtidos. "Muitos profissionais sentem aversão pelo empírico e se negam inclusive a examinar as possibilidades terapêuticas de um método não científico. Essa atitude é paradoxalmente anticientífica"(11).

Ao adentrarmos no campo do estudo da Acupuntura, torna-se indispensável nos despirmos da falsa rigidez que permeia nossa formação enquanto profissionais, a qual aceita como verdade aquilo que pode ser comprovável pelo positivismo e pelas teorias cartesianas. Os princípios que norteiam nossa ciência baseiam-se no

dualismo corpo-mente pregado por Descartes que, sendo proveniente de uma família religiosa e notável cientista, não pôde negar diretamente a existência da alma, tendo criado, portanto, a dicotomia corpo X mente, sendo a mente um ser fantasma que habita o corpo; dessa forma, tentava ele conciliar corpo e mente, ciência e religião, pois não seria seguro, naquela época, negar simplesmente a alma quando essa representava a religião (12).

É nosso objetivo, vale relembrar, que essa revisão bibliográfica possa também demonstrar os princípios da Acupuntura, palpáveis ou não, de vez que ciência é aquilo que pode ter seus princípios demonstráveis.

No início da introdução da Acupuntura no Ocidente, conforme relatamos, não fora conseguido grandes resultados e eficiência na sua utilização. Esse fato tem sua justificativa em função da falta de domínio das técnicas e teorias orientais, aplicadas de forma errada, pois que adotada, inicialmente, pelo interesse e curiosidade dos pioneiros acupuntores que acharam que tratar pela Acupuntura era apenas "sair enfiando agulhas".

A partir desse período pioneiro, o estímulo pelo estudo da Acupuntura foi muito maior e, principalmente, em função do notável resultado observado no alívio e na eliminação das dores e dos processos de anestesia. Relatam os nossos precursores ocidentais que foi grande a surpresa de, nas viagens pela China, observarem pessoas sendo operadas sem a indução anestésica convencional, ao contrário, eram utilizadas pequenas e finas agulhas colocadas em pontos estratégicos, substituindo com eficiência os potentes anestésicos convencionais.

No entanto, seria um grande erro limitar os efeitos da Acupuntura simplesmente ao alívio da dor. Na verdade, a Acupuntura se constitui num recurso

terapêutico que, mesmo isolado ou associado a outros recursos, como a massagem, a ginástica oriental (Tai-Chi-Chuan), a alimentação e outras, concorrem para revitalizar e recuperar o organismo, proporcionando, assim, condições de cura para qualquer mal que venha a acometer o organismo.

Cumpre lembrar que os princípios das ciências biológicas convencionais estão assentadas em uma estrutura binária de interpretação dos fenômenos, o que converge para uma concepção dualista do homem e do universo que o cerca. Dessa forma, acontece uma separação, intransigente, entre a mente e o corpo, entre o bom e o ruim, entre o concreto e o abstrato. Concebemos os fatos como verdades separadas, e quando resolvemos, por bem, compreendê-las, fazemo-lo ainda de maneira separada e persistindo no erro de enxergá-las como fatos distintos.

No entanto, a aceitação das técnicas alternativas deve ser precedida de uma transformação das mentalidades conservadoras rumo à formação de novos paradigmas, preocupados com uma interpretação holista da realidade.

6. Fundamentos das Teorias Orientais, Baseados nos Princípios da Acupuntura.

Antes de mais nada, torna-se importante salientar que: "A Acupuntura é fruto da observação paciente e da aplicação meticulosa; do empirismo metódico transmitido e acrescentado através dos anos" (13).

As teorias orientais explicam que o macrocosmo está formado por dois tipos de energia, o INN e o IANG positivo e negativo, respectivamente, que, embora de polaridades opostas, na verdade se complementam, pois não existem na sua forma

pura e, sim, mesclada sempre por uma pequena semente de energia oposta que irá crescer até o momento em que a substituirá totalmente nesse momento, nascerá dentro de si uma nova semente de energia oposta, que crescerá até o ponto de a substituir e, assim, sucessivamente.

Figura 1: Representação do TAO com as energias INN e IANG.

Fonte: SUSSMANN, David. Acupuntura Teoria y Practica. Buenos Aires, Kier, 1985, p. 25.

Devemos entender que não só o macrocosmo deve ser compreendido como formado por dois tipos fundamentais de energia, como tudo que nele habita. O ser humano (microcosmo) é considerado o ser mais complexo e desenvolvido a habitar a terra e, como tal, apresenta suas funções orgânicas e não-orgânicas reguladas por esses dois tipos fundamentais de energia: INN e IANG.

Os orientais explicam nossa existência, bem como a de todo o universo, por meio do TAO, sinônimo de Tai-Chi ou Culminação Suprema, que é a explicação para o princípio de tudo que existe no universo; na verdade, TAO é apenas um nome convencionalmente dado a algo que, na verdade, não tem um nome." ***TAO significa o que cada coisa deve possuir de próprio para ser o que deve ser***" (14).

Na Figura 1, TAO é representado pela linha que circunda a figura, contendo em seu interior o INN e o IANG.

Nas teorias orientais, a explicação para o surgimento do homem é dada por meio do processo evolutivo, pela interação das energias INN e IANG. Essas duas energias básicas ao interagirem, formaram tudo que existe no universo, sendo o homem o mais importante. Gerado a partir das forças cósmicas do universo, o homem sofre a influência direta do mesmo, a tal ponto que, a cada estímulo recebido, produzirá uma resposta distinta, hora de harmonia, hora de desarmonia, concorrendo, conseqüentemente, para condição de saúde ou não.

Da terra recebemos a energia INN; do céu, a energia IANG e, antes disso, recebemos de nossos pais uma energia muito especial, denominada ***energia ancestral,*** espécie de uma carga única, a qual poderá ser preservada, porém não impedida de se esgotar um dia (a morte). Já as energias INN e IANG podem ser

aumentadas ou diminuídas, passando a predominar uma sobre a outra em função do tipo de vida que levamos, dos costumes e alimentos que comemos. "O alimento transformado finalmente em energia e o ar respirado que também é energia, é o que o organismo consome continuamente e o que necessita repor para não se esgotar aquela energia ancestral que trazemos ao nascer, a qual teve origem na fusão de dois gametas, um INN e outro IANG" (15).

Significa energia INN para os orientais a energia que emana da terra, os alimentos do reino vegetal, o feminino, o profundo, o escuro, a falta de movimento, o obeso, o silêncio, a leveza, o frio, o úmido, os órgãos do corpo (coração, pulmão, fígado, rim e baço-pâncreas), sendo os órgãos INN considerados como ***órgão-tesouro*** por armazenarem a energia formada pelas vísceras IANG.

A energia IANG significa, para os orientais, aquela que emana do céu, os alimentos do reino animal, o masculino, o raso, o claro, o movimento, o magro, o barulho, o pesado, o quente, o seco, as vísceras do corpo (intestino delgado, intestino grosso, vesícula biliar, estômago, bexiga), considerados ***elementos talher*** ou formadores de energia a partir dos alimentos.

São o INN (sangue) e o IANG (energia) duas forças de tendências opostas e complementares encontradas no organismo em concentrações idênticas quando da saúde, na doença, será o indicativo de desequilíbrio entre essas.

No homem, as energias ou forças que circulam em seu organismo apresentam uma origem cósmica; portanto, será importante considerarmos os conceitos filosóficos chineses antigos do néo-confucionismo, se quisermos compreender a Acupuntura.

Segue a explicação da ***Culminação Suprema***, feito por Sussmann (16), que apresenta os dez mandamentos que devemos conceber para melhor compreendermos a Acupuntura, a saber:

1) A Culminação é Culminação Suprema (é dizer sem princípio e ao mesmo tempo Primeiro Princípio).
2) A Culminação Suprema se move e forma o IANG. Chegado ao seu extremo de movimento, ocorre o repouso. O estado de repouso forma o INN. Ao final do repouso, o movimento recomeça. Cada repouso e cada movimento são a origem um do outro. Pela separação do INN e do IANG as duas maneiras fundamentais dos seres aparecem.
3) O IANG se ativa, o INN se une a ele e ambos formam a água, o fogo, a madeira, o metal e a terra. Os cinco sopros se estendem convenientemente, as quatro estações seguem seu curso.
4) Os cinco elementos formam um só INN e IANG, o INN e o IANG formam a Culminação Suprema, que é a Culminação. Os cinco elementos nascem dela, cada um com sua natureza própria.
5) A verdadeira realidade da não Culminação, a atividade escondida dos princípios INN e IANG e dos cinco elementos se unem de maneira misteriosa e se condensam. Do TAO do céu vem o caráter macho; do TAO da terra vem o caráter feminino. Os dois sopros se excitam um ao outro, formando os dez mil seres, que formam uns aos outros, evoluem e progridem sem fim.
6) Só o homem alcança a mais alta perfeição e está dotado do mais alto grau. Quando o corpo está formado, o espírito produz nele o conhecimento. As cinco naturezas (ou virtudes) são excitadas e se fazem ativas, e o bem e o mau se separam e dali procedem os dez mil atos.
7) O homem santo regula seus atos por meios justos, a retitude, a bondade, a justiça.
8) O homem nobre que põe isso na prática é feliz; o homem vulgar que não o faz, é desgraçado.
9) Eis aqui porque se têm dito: "Para explicar o TAO do céu, fala-se em INN e IANG. Para explicar o TAO da terra, fala-se em mole e duro. Para se explicar o TAO do homem, fala-se em bondade e justiça.
10) Grande é o I-Ching (o livro das mutações).

As teorias orientais acreditam que o homem é compreendido dentro dos mecanismos somáticos e psíquicos, alimentado por um tipo de energia denominada de Chi (Ki ou Tsri). Essa energia seria o éter protéico que dá origem à vida e a todas as coisas, animadas e inanimadas que habitam o universo; ela seria o sopro da vida que, futuramente, irá originar o INN e o IANG (energias de oposição

complementária, portanto, não dualistas), sendo tal energia considerada o primeiro pilar da Acupuntura.

Essa energia percorre o corpo de maneira equilibrada e ordenada por meio de canais condutores energéticos denominados de ***meridianos*** que segundo a nomenclatura chinesa, são denominados Ching ou Tsings ou Kings, considerados o segundo pilar da Acupuntura. Os meridianos apresentam-se no corpo distribuídos da seguinte maneira: doze meridianos principais (que formam a grande circulação de energia), dois especiais (que constituem a pequena circulação de energia) e outros meridianos de ligação denominados ***vasos maravilhosos***. Todo esse conjunto de meridianos espalhados pelo corpo apresentam ***pontos energéticos*** ao longo de seus trajetos, pontos estes que apresentam distintas funções, de acordo com suas localizações, bem como pela técnica de tratamento empregada, poderá ter funções distintas: de tonificação, de sedação, de passagem e outras.

Os meridianos principais recebem os mesmos nomes das vísceras e dos órgãos do corpo humano, guardando uma relação importante, porém não específica, com os mesmos. Os meridianos principais são conhecidos pela denominação ***de meridianos INN*** e ***meridianos IANG.*** Os meridianos INN são em número par e duplos (um para cada lado do corpo), a saber: meridiano do pulmão (P), do coração (C), do rim (R), do baço-pâncreas (BP), do fígado (F) e um extra, denominado de circulação e sexo (CS). Os meridianos IANG também são em número par e duplos (um para cada lado do corpo) e representam, como já mencionamos anteriormente, as vísceras do corpo humano, a saber: meridiano do intestino grosso (IG), do intestino delgado (ID), da vesícula biliar (VB), da bexiga (V); há também uma sexta função denominada de triplo aquecedor (TA).

Os meridianos especiais que formam a pequena circulação são constituídos pelo vaso governador (VG) e pelo vaso concepção (VC); os demais meridianos, conhecidos como vasos maravilhosos, somente estarão presentes em condições especiais de distúrbios patológicos, por exemplo.

Todos os meridianos do corpo, seja INN ou IANG, apresentam pontos com distintas funções; por conseguinte existem pontos de tonificação, de sedação, de passagem, de assentamento e ponto-alarme. Esses pontos poderão ser utilizados convenientemente pelo acupuntor ou fisioterapeuta de acordo com o objetivo previsto quando da proposta de tratamento; numa deficiência de energia, utilizará o ponto de tonificação e num excesso de energia, o ponto de sedação e outros, restabelecendo-se, dessa forma, o caldal energético da saúde e do bem-estar.

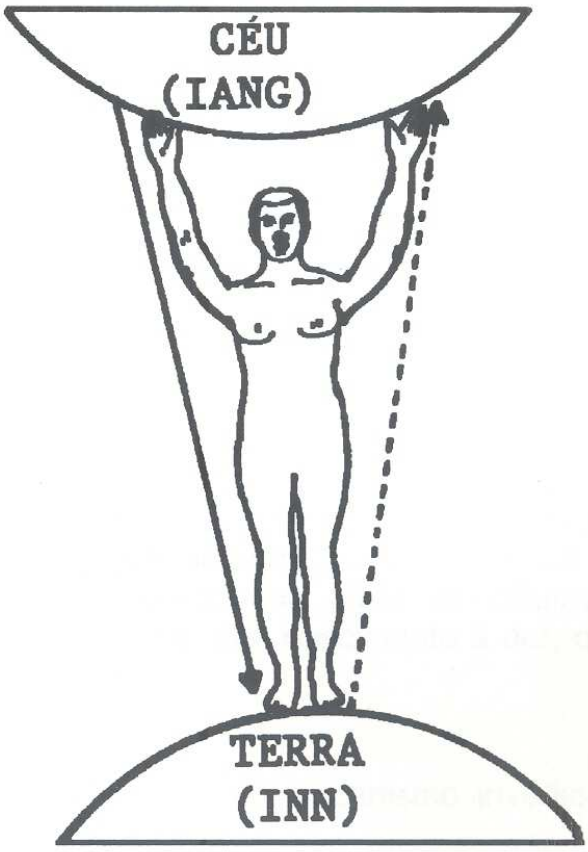
Como já afirmamos, a energia Chi circula por dentro dos meridianos de maneira harmoniosa em condições de saúde. Essa energia flui respeitando-se um sentido de fluxo, o que lhe permite uma boa circulação que tem seu início (segundo a concepção chinesa) pelo meridiano do pulmão (por a vida ter início na primeira respiração, completaríamos extra-uterina), passa para o IG-E-BP-C-ID-V-R-CS-TR-VB-F e, finalmente, retorna ao meridiano do pulmão, fechando, assim, um ciclo energético que se repete ininterruptamente por toda a vida.

Como já mencionado, os meridianos encontram-se distribuídos pelo corpo, comunicando-se uns com os outros e, ainda, obedecendo a um sentido de fluxo de corrente energética. Estando o homem em pé, voltado de frente, braços levantados acima da cabeça e com as palmas das mãos voltadas para frente, apresentamos a posição anatômica oriental. Respeitando-se essa posição, todos os meridianos

IANG (IG, ID, E, VB, V, TA) têm seu início no sentido das mãos e terminam nos pés, alguns iniciando na cabeça; do céu, recebemos a energia IANG.

Os meridianos INN (C, P, BP, F, R, CS) iniciam no sentido dos dedos dos pés terminando nos dedos das mãos, alguns iniciando no tronco; da terra, recebemos a energia INN.

Figura 2: Do Cosmos (Céu e Terra) para, o Microcosmos (o homem) flui a energia INN, emanada da Terra, e a IANG, emanada do Céu.



FONTE: Elaborado pelo pesquisador.

O terceiro pilar da Acupuntura, representado pelos ***pontos de Acupuntura,*** encontra correlação nos achados da ciência ocidental, que descobriu existir sobre a superfície do corpo humano ***regiões ou pontos*** que podem estar hiper-sensíveis quando de distúrbios orgânicos, viscerais ou não.

> Em 1841, Marshall-Hall mencionou-os [os pontos] com o nome de reflexos viscerais. Duna (citado por de La Fuye) observou uma relação existente entre as zonas dolorosas e os gânglios simpáticos. Em 1901, Henry Head descreveu as zonas sensitivas relacionadas a cada segmento medular, hoje conhecida como dermátomos. Mackenzie (citado por Sussmann) desmistifica o fenômeno da dor ao afirmar que a mesma apresenta um mecanismo anatômico, funcional e reflexo. Ele afirma que o local da dor não dá uma confirmação exata do sítio de lesão (17).

De La Fuye, ao tentar explicar o mecanismo de ação das agulhas de Acupuntura na dor, faz a seguinte afirmação:

> Veja como um órgão que é insensível e inervado exclusivamente pelo sistema nervoso simpático, pode produzir dor atuando sobre as células do sistema cérebro-espinhal. O estímulo, partindo de um órgão lesionado, passa ao sistema nervoso simpático, onde a célula simpática não possui nenhuma conexão direta com o sistema cérebro-espinhal; no entanto, quando a lesão do órgão insensível é bastante importante, ao ponto de determinar um grande estímulo, esse estímulo apropriado afeta as células vizinhas que, sendo células de um nervo doloroso, dão nascimento à dor, que, então, irá localizar-se ao nível periférico (18).

Dessa forma, se pensarmos num mecanismo inverso ao estimularmos uma zona dolorosa externa, estaremos atuando, também, num órgão interno por via reflexa. Isso pode justificar os bons resultados obtidos no uso de cataplasmas, bolsas de gelo, massagens e outras.

Soulié afirma que quase todos os pontos de excitação de um músculo correspondem aos pontos da Acupuntura. Sussmann (19), correlaciona pontos

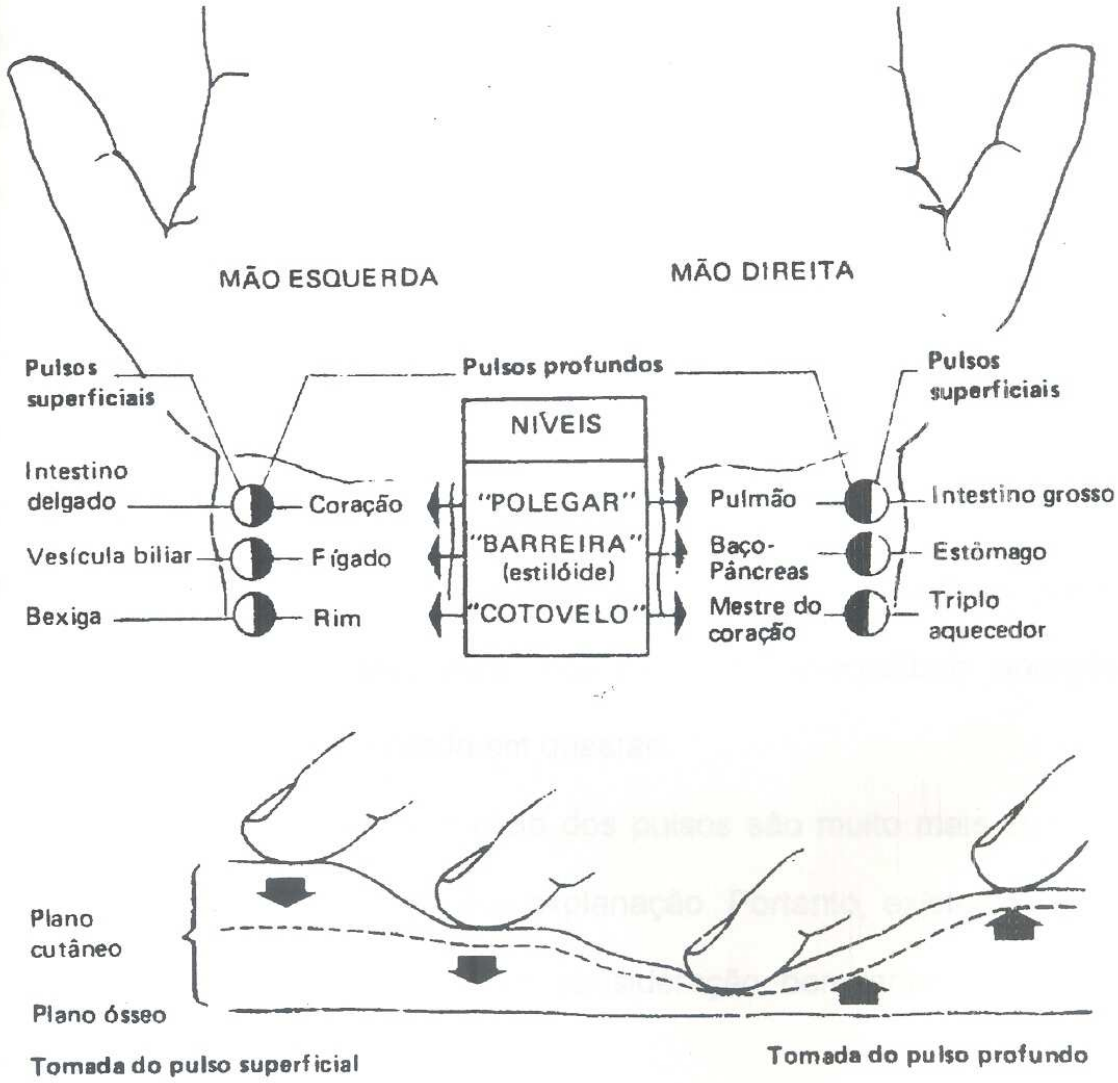
dolorosos cutâneos com algumas patologias, assim como as dores da ciática acompanham o meridiano da bexiga (V) ou, ainda, a dor do infarto que acompanha exatamente o trajeto do meridiano do coração (C). Essas ***coincidências*** da descrição clínica sintomática de algumas patologias, feitas na cultura ocidental, são bastante próximas ou exatamente iguais à descrição de alguns dos meridianos, mencionados pelos povos orientais há aproximadamente 5.000 anos. Vale também lembrar que tais observações foram feitas pelos orientais sem o auxílio dos modernos recursos que dispomos na atualidade e, mais ainda, numa época em que sequer era permitido dissecar cadáveres. Como, então, poderiam eles ser tão precisos em suas observações? Como podiam dar nomes aos meridianos de órgãos e vísceras, se não dissecavam cadáveres para estudarem? Podemos concluir, no mínimo, que tais ***coincidências*** são extremamente intrigantes e merecedoras de nossa curiosidade e atenção. Ignorar tais fatos, por desconhecimento seria uma boa desculpa, mas negar fatos que já vêm sendo tratados como ciência no mundo inteiro não tem justificativa.

O quarto pilar da Acupuntura está representado pelos ***pulsos reveladores***. O exame do pulso, para os orientais, constitui-se num importantíssimo recurso diagnóstico do distúrbio energético local ou geral, associado à palpação, à anamnese e outros.

A verificação dos pulsos é feita em ambas as artérias radiais ao nível dos processos estilóides; estando o terapeuta colocado ao lado do paciente, será avaliado um pulso de cada vez; se o terapeuta estiver à frente do paciente, avaliará os dois pulsos simultaneamente, estabelecendo comparações entre o direito e o esquerdo. Os pulsos estão representados de maneira diferente sobre as artérias

radiais esquerda e direita. Sobre a artéria radial direita podemos avaliar os seguintes pulsos: nível superficial - IG, E, TA; nível profundo - P, BP, CS. Sobre a artéria radial esquerda pode-se avaliar os seguintes pulsos: nível superficial - ID, VB, V, nível profundo - C, F, R, conforme a Figura 3.

Figura 3: Representação das posições apropriadas para verificação dos pulsos-reveladores.



Fonte: REQUENA, Yves. Acupuntura e Psicologia. São Paulo, Andrei, 1990, p. 226

Nós, ocidentais, estamos acostumados a avaliar o pulso de uma forma bem mais simples que a complexidade oriental. Para nós, o pulso é avaliado apenas com relação à freqüência, amplitude, ritmo e regularidade. Os orientais consideram importantes, também, a dureza ou moleza e sua localização. Por exemplo: se um pulso for mole e profundo, o indivíduo está com predomínio de energia INN; ao contrário, se for duro e superficial, apresenta uma concentração de energia IANG. No lado esquerdo do corpo predomina a energia IANG, enquanto no lado direito, a energia INN; o homem é IANG, a mulher é INN. Portanto, os pulsos do lado esquerdo devem predominar sobre os do lado direito no homem em condições de saúde; os pulsos do lado direito devem predominar sobre os do lado esquerdo na mulher. Quando isso acontece, dizemos que o indivíduo está equilibrado energeticamente.

De um mesmo lado da artéria radial, todos os pulsos representados devem pulsar com a mesma intensidade e grau de consistência se o indivíduo estiver equilibrado. Quando um determinado pulso se diferencia dos demais, por excesso ou por escassez de energia, será indicativo de desequilíbrio energético do meridiano e da função representada em questão.

Os critérios de avaliação por meio dos pulsos são muito mais complexos do que tentamos esclarecer nessa breve explanação. Portanto, existem vários outros critérios que deverão ser levados em consideração bem antes de se iniciar a avaliação pelo pulso.

Um desses critérios relevantes é, sem dúvidas, a persistência e a aguçada capacidade de observação e comparação que apresentam os pulsos na condição de equilíbrio (saúde) e desequilíbrio (doença). Foi assim que os orientais

desenvolveram a referida técnica, até chegarem ao ponto de afirmar que é possível não somente o diagnóstico do desequilíbrio energético imediato, como também a prevenção por meio da previsão de distúrbios que possam se instalar futuramente.

7. Os Cinco Elementos na Acupuntura.

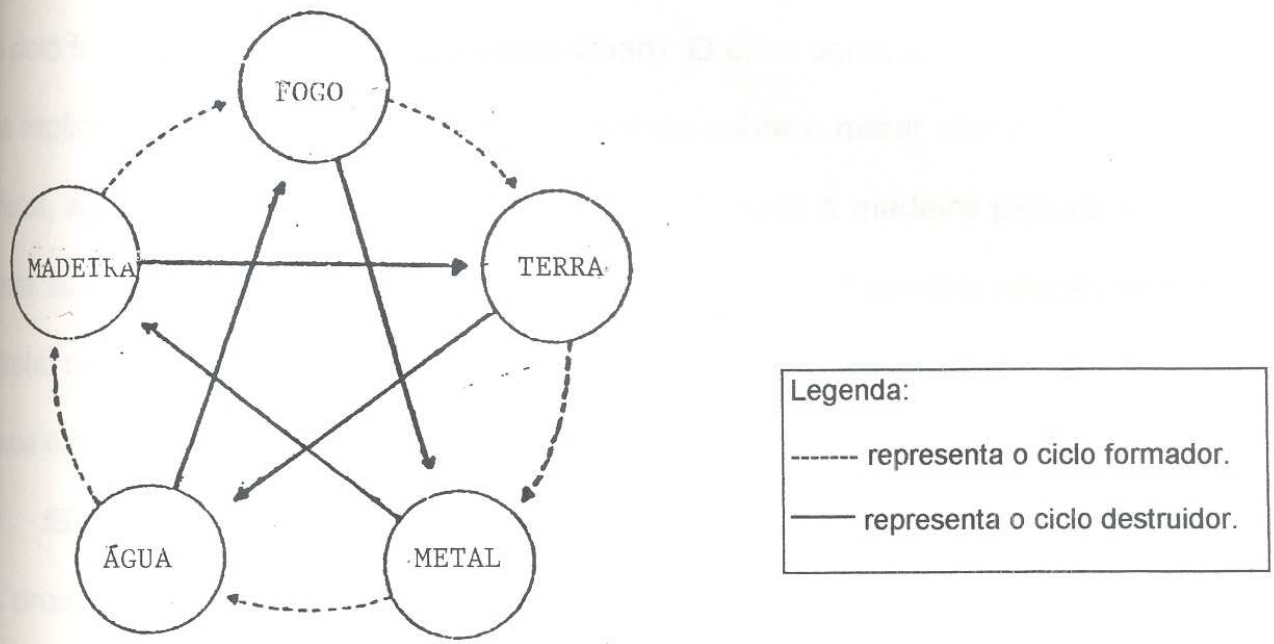
Indispensável à compreensão das teorias orientais e, principalmente, à da forma da ação terapêutica da Acupuntura, se faz o entendimento da teoria dos cinco elementos.

Fogo, Terra, Metal, Água e Madeira constituem forças ou tendências, não devendo ser encaradas simplesmente como matéria, as quais regem o macro e o microcosmos.

A teoria surgiu a partir do estudo e da observação feita pelos orientais de que o número cinco era representativo das maiores tendências do universo; aos que, para eles (os ocidentais), são cinco as cores básicas, cinco são os pontos cardeais, são cinco os órgãos do corpo humano, assim como são cinco as vísceras.

A partir da compreensão da teoria dos cinco elementos, pode-se explicar a relação de formação e dominância dos elementos que constituem o universo e tudo que nele habita.

Figura 4: Pentagrama representando a base da Teoria dos Cinco Elementos.



Fonte : SUSSMANN, David. Acupuntura, Teoria y Practica. Buenos Aires, Kier, 1985. p. 99.

Na Figura 4, temos duas linhas estabelecendo ligação entre os elementos: uma, contínua, representa o ciclo Keo ou destruidor; outra, tracejada, representa o ciclo Chen ou formador. O ciclo destruidor é aquele que exerce a função de controle sobre o elemento de sua ligação, enquanto o ciclo formador é o ciclo que alimenta e dá origem ao elemento seguinte da sua ligação.

Dessa forma, temos que, a partir do elemento fogo (princípio de tudo), ocorrerá a formação do elemento terra, que tem o metal no seu interior e, portanto, é seu formador. O metal, quando derretido, torna-se líquido - a água; esta irá nutrir as plantas, formando a madeira que, por sua vez, ao queimar, produzirá o fogo (esse é o ciclo formador ou do engendramento-Chen). O ciclo dominador, ou destrutor Keo, se explica da seguinte maneira: O fogo, agindo sobre o metal, derrete-o (destrói); o metal, agindo sobre a madeira, a destrói, cortando-a; a madeira perfura a terra; a terra absorve a água, a qual, por sua vez, apaga o fogo. Essa é a relação simples e direta; no entanto, tal relação deve ser aplicada a tudo que existe no universo, pois cada elemento representado na Figura 4 traz consigo incansáveis correlações.

ELEMENTO FOGO - estação verão, representa o coração, o intestino delgado, a circulação e a sexualidade, o triplo aquecedor; governa as emoções e é característica marcante desse elemento a alegria.

ELEMENTO TERRA - quinta estação, representa o estômago, o baço-pâncreas; governa a reflexão. A característica marcante desse elemento é a reflexão.

ELEMENTO METAL - estação outono, representa o pulmão, o intestino grosso; governa os movimentos de interiorização. A característica marcante desse elemento é a tristeza.

ELEMENTO ÁGUA - estação inverno, representa o rim, a bexiga; governa a vontade de sobrevivência da espécie. A característica marcante desse elemento é o medo.

ELEMENTO MADEIRA - estação primavera, representa o fígado, a vesícula biliar; governa os movimentos psíquicos de exteriorização. A característica marcante desse elemento é a cólera.

Na representação do ciclo de dominância e formação da Figura 4, devemos compreender que, ao se apresentar uma disfunção no meridiano do pulmão, por exemplo, devemos procurar a solução ou a causa não diretamente sobre o meridiano do pulmão, senão sobre o meridiano do seu elemento formador baço-pâncreas, ou sobre seu elemento dominador, o coração, ou seja: uma energia alta no meridiano do coração poderá ser a causa da disfunção no meridiano do pulmão por meio do ciclo Keo ou dominante; portanto, é preciso sedar o coração antes de querer tonificar o pulmão; ou, ainda, pode ser que o problema seja o meridiano do baço-pâncreas que não esteja alimentando o pulmão. Esse é o raciocínio básico que deverá ser seguido para interpretação de qualquer dos demais elementos do pentagrama.

Se fizermos um paralelo dessa concepção com a ocidental, poderá parecer, inicialmente, um absurdo. No entanto, sabendo da íntima relação que existe entre o coração (fogo) e o pulmão (metal), não é difícil compreender que as alterações no coração poderão sobrecarregar a função pulmonar. A relação entre os demais elementos do pentagrama já não são tão claras para se estabelecer correlações com a ciência ocidental.

No caso da abordagem da saúde, baseada na teoria dos cinco elementos, os orientais costumam detectar, por meio do exame do pulso e da anamnese cuidadosa, qual a constituição energética do indivíduo. A classificação se faz de

acordo com a predominância energética de cada indivíduo: fogo, terra, água, metal ou madeira.

São várias as classificações utilizadas; no entanto, adotaremos, para fins deste trabalho, a classificação "classicamente mais utilizada" pelos autores de Acupuntura que, inclusive, cita Requena (20), já era usada na medicina grega de Hipócrates, e que divide o temperamento do indivíduo em quatro tipos: sangüíneo, colérico, melancólico e fleugmático.

SANGUÍNEO (excesso do elemento ar-pulmão e falta do elemento terra-fígado).

a) Excesso do elemento ar (hiperenergia do pulmão) - são pessoas com a mente muito ativa e controlada; na falta do elemento fogo e terra para motivá-los tendem a ser superficiais consigo mesmas. Geralmente agem sem uma reflexão prévia e, em casos extremos, poderá haver desordens psicológicas. Apresentam grande senso de imaginação, muitas vezes fora da realidade. Com disciplina mental, esses indivíduos poderão se tornar inovadores no mundo do pensamento. Apresentam habilidades para coordenar atividades com diversos tipos de pessoas.

Fisicamente, o corpo não acompanha a mente; são extremamente ativas, esgotando suas energias facilmente. Necessitam de repouso para reorganizar seu sistema nervoso e não caírem na exaustão psíquica; precisam de mudanças de cenário, fugindo do habitual cotidiano para se refazerem.

b) Falta do elemento terra (hipoenergia do fígado) - são pessoas que não se prendem ao mundo físico e material; costumam ser aéreas, tendem a fugir das reais responsabilidades, não conseguem progresso em seus empreendimentos materiais

por não os considerarem importantes. Têm dificuldades para encontrarem um trabalho que as satisfaçam e de se adaptarem a um grupo da estrutura social; dedicam-se ao mundo da imaginação, ao mundo espiritual e quando aprendem a valorizar as necessidades básicas da vida terrestre, poderão apresentar bons resultados com sua imaginação aguçada. Não valorizam as necessidades físicas do corpo, aparentando estarem doentes, descorados; precisam aprender a respeitar as limitações do mundo físico para alcançarem sucesso.

COLÉRICO (excesso de elemento fogo-coração e falta de elemento água-rim).

a) Excesso do elemento fogo (hiperenergia do coração e estômago) - são indivíduos com grande fé em si mesmos, entusiastas, honestos e decididos; gostam de se expressar e garantem com insistência seu espaço; são simples e, por sua vontade constante de expressão, podem ser considerados demasiadamente infantis para os mais cautelosos; geralmente não se percebe essa tendência de excesso de fogo até que seja tarde demais; são ativos, faladores, impulsivos, com desejo incontrolado de ação e, por isso podem ser mal interpretados, tidos como grosseiros, sob aflição tornam-se violentos, turbulentos, extravagantes, exagerados, apaixonados, intranqüilos, demasiado confiantes, auto-indulgentes, exaltados, convencidos, dinâmicos, auto-motivados, ativos, agitados, nervosos, explosivos, impacientes; não toleram injustiças, não guardam raiva, sendo idealistas, dedicados e corajosos.

b) Falta do elemento água (hipoenergia do rim) - podem manifestar vários problemas psicológicos, emocionais e físicos; mostram-se pessoas frias, sem sentimento, não gozam de simpatia e dificilmente apresentam um relacionamento

emocional com os outros. Tendem a desprezar os sentimentos dos outros, são solitários e infelizes.

MELANCÓLICO (excesso de elemento terra-fígado e falta de elemento ar-pulmão).

a) Excesso do elemento terra (hiperenergia do fígado) - são indivíduos que se relacionam com o mundo prático, material; embora pacientes e auto-disciplinados, podem apresentar uma acentuada falta de imaginação, confiando naquilo que podem ver; dão ênfase ao material em detrimento dos princípios teóricos e éticos; demonstram força e eficiência e se concentram no trabalho; são comuns o cinismo e o ceticismo.

b) Falta do elemento ar (hipoenergia do pulmão) - na obsessão pelo material, deixa de refletir sobre seu próprio eu; muito envolvidos por suas ações sociais, são insatisfeitos nos seus relacionamentos íntimos.

FLEUGMÁTICO (excesso de elemento água-rim e falta de elemento fogo-coração - estômago).

a) Excesso de elemento água (hiperenergia do rim) - são indivíduos que estão em comunicação com seus próprios sentimentos; dominam o reino das emoções, abarcando paixões profundas ou medos extraordinários; sentem-se como um barco à deriva, sem rumo, sem bússola; são influenciáveis, sensíveis, não controlam suas emoções; podem apresentar características de fugir dos desafios da vida, bem como sentimentos e emoções contraditórias; relacionando-se com o espiritual e o

oculto, seu auto-sacrifício é mascarado pelo desejo de preenchimento de seu próprio vazio.

b) Falta do elemento fogo (hipoenergia do coração e do estômago) - com digestão fraca, não confiam na própria vida; são indivíduos sem ânimo próprio.

Uma vez detectada a característica energética do indivíduo, se sanguíneo, colérico, melancólico ou fleugmático, poderemos compreender seu comportamento predominante, bem como detectar seu órgão de choque.

Dessa forma, pode ser procedido o equilíbrio por meio das agulhas, de acordo com as várias técnicas de aplicação delas, bem como pelo complemento com outras formas de terapias alternativas, inclusive pela adequação de hábitos de vida mais saudáveis.

Várias são as causas que podem afetar nossa saúde e equilíbrio homeostático. Diz Requena que: "além dos ferimentos, traumatismos, e fora das causas hereditárias e epidemiais, existem três grandes causas que podem afetar a saúde: as causas cósmicas, as causas alimentares e as causas psíquicas" (21).

As causas cósmicas produzem um desequilíbrio do sistema eletrônico dos meridianos, como a relação das crises de infarto com as erupções solares, ou da lua cheia com os desequilíbrios mentais (donde a denominação, para essas pessoas, de lunáticos).

As causas alimentares são bem conhecidas por nós, ocidentais; sabemos que a má nutrição ou a desnutrição são causadoras de muitas doenças, quer direta ou indiretamente.

As causas psíquicas são, há muito tempo, tema de estudo de grandes nomes na Psicologia e na Psiquiatria, que demonstraram os distúrbios psíquicos

produzirem desequilíbrios emocionais com repercussões físicas muitas vezes importantes.

8. Fundamentos da Acupuntura paralelamente à ciência biológica ocidental.

Quando aceitamos que a Acupuntura exerce sobre o corpo um poder curativo, podemos considerar que tal fato se justifica, como já comentado anteriormente, por meio do equilíbrio energético do organismo e das forças que atuam sobre o mesmo. São considerações cosmológicas, nem sempre facilmente e completamente aceitas, pois se trata da compreensão de fatos da maior complexidade, como a da explicação do surgimento da própria vida.

Ao deparamos com questões tão complexas, como o surgimento da própria vida, acreditar na Teoria Divina e/ou na da Evolução constitui-se numa opção nem sempre precedida de justificativas totalmente aceitas e comprováveis. No entanto, cada um de nós traz dentro de si essa ou aquela crença.

Ao optarmos pelos princípios fisioenergéticos (Orientais) ou anátomo-patológico (Ocidentais) para a explicação dos fenômenos que regem o estado de saúde ou doença, estamos, também, em condições de aceitarmos fatos nem sempre totalmente explicados e demonstráveis pelas ciências biológicas atualmente, como é o caso do desafio de explicarmos, pelos métodos convencionais, os nossos sentimentos, a nossa alma, que Hipócrates definia como humores e paixões.

Portanto, aceitar os princípios de cura pela Acupuntura seria aceitar e compreender as explicações dos conceitos orientais antigos sobre a existência do ser e do mundo; é aceitar a existência dos princípios terapêuticos da energia, dos

meridianos e dos pontos. As teorias que regem a Acupuntura datam de 3, 4, 5 mil anos, numa época muito nebulosa, cheia de tabus sagrados da existência do ser e do universo.

Nos dias atuais, aqueles que acreditam nos efeitos curativos e preventivos da Acupuntura, buscam justificativas adaptadas à nossa realidade, ao nosso tempo, além de crerem nas teorias básicas da Acupuntura trazidas pelos livros sagrados do Imperador Amarelo, o I-Ching.

Na seqüência desse relato, abordaremos algumas tentativas de serem justificados os efeitos da Acupuntura paralelamente à ciência biológica Ocidental.

Uma dessa tentativas relaciona-se com os conhecimentos de embriologia humana, justificando-se que, quando da formação embriológica do ser, a ectoderma, que é responsável pela formação da pele, irá, posteriormente, formar também o sistema nervoso (promovendo uma íntima ligação entre estes), enquanto a endoderma formará as vísceras. Sabendo-se que existe uma íntima relação entre os dois folhetos, podemos concluir que, ao tocarmos um determinado ponto cutâneo (como pelo estímulo produzido por uma agulha de Acupuntura colocada na pele), poderemos estar mandando estímulos-reguladores a um órgão interno diretamente ou ao sistema nervoso, que promoverá, sua ação reguladora sobre os órgãos internos referentes a área tocada (22).

Uma outra justificativa aborda o sistema nervoso, afirmando que na simplicidade de serem resumidas as integrações do sistema nervoso a um arco-reflexo simples, desconsideramos a existência de conexões horizontais e verticais desse sistema, tão importante para explicar algumas respostas do

organismo frente a determinadas situações (sabe-se que na atualidade, já se concebem outras ligações mais complexas).

W. Cheidt, citado por Sussmann, em considerações teóricas sobre a funcionalidade conclui: "Todo o sistema nervoso, segundo Stöhr, representa um sincício neuroplasmático que quer dizer uma rede fechada de filetes nervosos com células nervosas interpostas" (23).

A natureza sincicial de uma estrutura determina compreender que as células que a compõe funcionam em íntima relação, em muitos momentos como se fossem uma única célula.

Se concordarmos com essa hipótese, aceitaremos as infinitas correlações existentes ao nível do sistema nervoso que, a partir de um estímulo qualquer agindo sobre o corpo, inclusive sobre um determinado ponto na pele, produzirá uma reação imediata local e outras à distância que, de maior, igual ou menor intensidade, poderão ser percebidas ou despercebidas no momento. Ou, dependendo da quantidade de pequenos estímulos, poderão ser percebidas somente mais tarde (porque não pela manifestação de uma doença?).

> Durante sua vida, todo o sistema nervoso do organismo animal possui uma estrutura fechada de anilhas de neurofibrilas, unidas umas as outras por um fenômeno semelhante à indução elétrica. Esse sistema de anilhas de neurofibrila se designam com o nome de Synneurona e sua estrutura muda continuamente. A cada instante da vida do organismo, a Synneurona é a representante material de todas as tensões elétricas que se produz no organismo inteiro, provocando diferenças de potencial nos tecidos (24).

Para o normal funcionamento de um órgão ou tecido, é necessário um perfeito enlace com a medula espinhal através dos gânglios simpáticos e parassimpáticos-enlace synneurico. O mesmo poderá estar decomposto no estado de doença, e o

segmento da coluna correspondente chama-se ***segmento perturbador***. A perturbação synneurica poderá ser produzida por qualquer disfunção, local ou à distância, de origem psíquica ou funcional.

Toda a cura entende a transposição de uma perturbação synneurica que, por meio da criação de um enlace normal põe o organismo em condições de conseguir a cura. Nos casos desfavoráveis, a transposição da perturbação synneurica cria uma campo compensador em outro lugar, agravando o órgão primitivamente enfermo e formando campos compensadores que podem indicar lesões irreversíveis.

A Acupuntura, com seus estímulos de pequena intensidade (não lesionais) no segmento synneuricamente perturbado, abre uma passagem artificial para deixar passar a perturbação synneurica.

Segundo Walter Lang, citado por Sussmann, "A Acupuntura deve ser explicada por mecanismos neurofisiológicos; os pontos e os meridianos constituem projeções sobre a pele de processos que ocorrem na profundidade do sistema nervoso" (25).

Speransky, também citado por Sussmann, afirma: "Toda patologia reconhece como causa uma irritação mecânica, infecciosa ou psíquica do sistema nervoso, irritação que é elaborada na profundidade de sua estrutura durante um lapso de encubação, ao final do qual a resposta do sistema nervoso é a enfermidade" (26).

O médico Russo W. G. Wogralik (27), dedicado estudioso da Acupuntura, enumera como efeitos da referida técnica terapêutica:

1) Fortalecimento do sistema nervoso com equilíbrio de suas atividades básicas;

2) Atuação sobre a formação reticular, provocando normalização de suas funções;

3) Função reguladora sobre o sistema vegetativo, agindo sobre a musculatura lisa das estruturas, melhorando o afluxo sangüíneo e nervoso;

4) Atuação sobre o hipotálamo, hipófise e supra-renal, melhorando a defesa do organismo;

5) Quebra do ciclo vicioso, mediado pelo sistema nervoso nas disfunções orgânicas;

6) Apresentação de ação reflexa sobre os órgãos internos e suas funções;

7) Ação nos transtornos musculares e nervosos periféricos pela melhora da recuperação e condução elétrica.

No relato de Capra referente às considerações sobre a saúde e sistemas assistenciais, é afirmado: "Qualquer sistema de assistência à saúde, incluindo a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto, ambiental e cultural" (28).

Tudo isso implica compreender que determinados modelos de saúde de uma determinada população poderão ser extremamente limitados para serem aplicados a uma outra população que apresente culturas e costumes diferentes.

Os conceitos de saúde no mundo, perpassando pela história da humanidade, variam do reducionismo cartesiano ao holismo, de acordo com a cultura de cada povo. Dessa forma, percorreremos desde o chamanismo, que é praticado entre os povos menos desenvolvidos do mundo, a qual atribui à doença a seguinte característica: "a crença de que os seres humanos são partes integrantes de um sistema ordenado em que toda a doença é conseqüência de alguma desarmonia em relação a ordem cósmica" (29).

Atribuem ainda a doença aos espíritos, um castigo imposto pelo erro social. É uma crença que envolve ***cultos de magia*** como processo de cura. Nessas culturas, as causas físicas e psíquicas são menos importantes que as causas sociais em justificar uma doença. É um sistema que deixa um ponto muito importante de ligação para o holismo, que seria o de abordar o tratamento não só o aspecto físico como também em outras variáveis que o cercam.

A ciência médica ocidental remonta a 2 mil anos a.C., com Asclépio, que fora considerado o Deus da cura, até os nossos tempos, com ***a avançadíssima ciência cartesiana***.

Nos primórdios da formação das ciências biológicas e da saúde, Hipócrates, considerado o pai da Medicina moderna, defendia a idéia que:

> "A medicina deveria ser exercida como uma disciplina científica, baseada nas ciências naturais, abrangendo tanto a prevenção da doença como seu diagnóstico e terapia... embora os sucessores de Hipócrates não tenham atingido a amplitude de visão e profundidade filosófica manifesta em seus escritos" (30).

Isso implica compreender que os seguidores de Hipócrates não conseguiram conservar a essência dos seus ensinamentos rumo à ascensão cartesiana.

A saúde, no conceito de Hipócrates:

> Requer um estado de equilíbrio entre as influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Esses componentes são descritos em termos de humores e paixões que têm de estar em equilíbrio. A doutrina hipocrática dos humores pode ser renunciada em termos de equilíbrio químico e hormonal, referindo-se à importância das paixões, à interdependência da mente e do corpo (31).

As descrições hipocráticas eram enfáticas na afirmação de que a força curativa é ***inerente ao organismo***, cabendo-nos a função de ajudar as forças naturais do organismo a encontrarem o poder curativo. Os conceitos hipocráticos de saúde vão de encontro à Filosofia Oriental, a qual dá importância fundamental ao modelo sincrônico e correlativo.

Conforme comentado anteriormente, a ciência chinesa busca explicações para os fatos na ordem cósmica do universo (macrocosmo), estabelecendo um lugar definido para o homem (microcosmo); sendo assim, tudo é formado a partir das duas forças opostas, porém não antagônicas, INN e IANG. Esse é o princípio, a origem. "O indivíduo saudável e a sociedade saudável são partes integrantes de uma grande ordem padronizada, e a doença é a desarmonia no nível individual ou social" (32).

Nessa afirmação das teorias chinesas poderíamos focar perfeitamente Hipócrates, que considera a saúde diretamente relacionada e interdependente das forças que a cercam, sejam estas emocionais, ambientais, alimentares, psíquicas, políticas, econômicas.

A preocupação dos povos orientais, no aspecto da funcionalidade e interrelação, predomina sempre de maneira marcante sobre a exatidão anatômica, de maneira a deixar claro a correlação e interdependência entre os componentes orgânicos, que são indivisíveis.

No conceito oriental, a saúde e a doença são condições transitórias, cíclicas e, portanto, necessárias à vida, cabendo a nós, profissionais da saúde, promover as condições para a adaptação do indivíduo ao seu meio; cabe ao indivíduo, por sua vez, cultivar sua condição de saúde, mantendo a higidez de seu corpo e a pureza

a sua alma. O bom profissional cuida da saúde de seu cliente, pouco ajuda e, muitas vezes, nada adianta tratar a doença. Prevenção é fundamental. "Administrar remédios para doenças que já se desenvolveram é comparável ao comportamento daquelas pessoas que começam a cavar o poço, muito depois de terem ficado com sede" (33).

Há uma grande diferença entre os conceitos orientais e os modernos conceitos ocidentais. Nós, ocidentais, reconhecemos como competente aquele profissional especialista, que fragmenta o indivíduo a minúsculos pedaços, os quais conhece com a maior propriedade possível. No entanto, desconhece o indivíduo, o ser humano dono daqueles ***pedaços***; a descaracterização do indivíduo chega a tal ponto de nem mesmo o nome do paciente ser importante para o profissional. Não é incomum, na linguagem hospitalar principalmente, o profissional referir-se ao paciente como o tumor do 405, a apendicite do 804, o câncer do 1004.

A cultura oriental, ao contrário, valoriza o profissional sábio que, apresentando uma ampla e abrangente experiência, caracteriza o indivíduo não como uma doença, senão como um estado de desequilíbrio, observando os aspectos físicos e psíquicos e sua relação com o meio.

Os povos orientais, ao contrário do que acontece conosco, valorizam muito todos os dados subjetivos de uma situação, mesmo que pareçam sem importância num dado momento, tudo isso feito de maneira natural e sem o risco de serem taxados de anti-científicos. Dessa forma, os orientais desenvolveram um cuidadoso e complexo sistema de avaliação, o qual dá a importância devida a todas as situações que envolvem um estado de desequilíbrio energético. O exame dos pulsos, a anamnese cuidadosa por uma metodologia de livre seqüência não conduz

ou induz a simples perguntas e respostas, de acordo com o conhecimento prévio de quem a realiza, senão a uma história real da situação. Dessa forma, ao final da avaliação, poderemos apresentar uma visão holista do cliente não só da relação dos seus vários sistemas integrados, como também do indivíduo com o meio que o cerca.

Esta abordagem sobre Acupuntura deixa evidente sua importância como terapia alternativa, bem como justifica a proposta apresentada no capítulo que segue.

NOTAS DE REFERÊNCIA

1) MARINS, Atílio. Elementos de Acupuntura. São Paulo, Global. 1979. p. 17.

2) Segundo MANN, Félix. Acupuntura: A Antiga Arte de Curar. São Paulo, Hemus, 1971. p. 18.

3) MORANT, Soulié de. Acupuntura. Panamericana, 1990. p. 40.

4) Ibid., p. 42.

5) MARINS, Atílio. Op. cit., p. 11.

6) Ibid., p. 13.

7) Ibid., p. 12.

8) Ibid., p. 14.

9) Ibid., p. 16.

10) Segundo REQUENA, Yves. Acupuntura e Psicologia. São Paulo, Andrei, 1990. p. 15.

11) LANDMANN, Jaime. As Medicinas Alternativas - Mito, Embuste ou Ciência? Rio de Janeiro, Guanabara, 1988. p. 20.

12) Ibid., p. 21.

13) Baseado em SUSSMANN, David. Acupuntura: Teoria y Practica. Buenos Aires, Kier, 1985. p. 21.

14) Ibid., p. 26.

15) Ibid., p. 31.

16) Ibid., p. 23-4.

17) Ibid., p. 86.

18) Ibid., p. 86.

19) Ibid., p. 86.

20) LEE, Eu Won. Acupuntura Constitucional Neo-Hipocrática - Apostila do "I Congresso Brasileiro de Acupuntura". São Paulo, p. 4-7.

21) REQUENA, Yves. Op. cit., p.64.

22) SUSSMANN, David. Op. cit., p. 107.

23) Ibid., p.108.

24) Ibid., p.108.

25) Ibid., p. 110.

26) Ibid., p. 112.

27) Ibid., p. 112.

28) CAPRA, Fritjof. Ponto de Mutação. São Paulo, Cultrix, 1982. p. 299.

29) Ibid., p. 300.

30) Ibid., p. 304-5.

31) Ibid., p. 305.

32) Ibid., p. 306.

33) Ibid., p. 309.

CAPÍTULO V

Sendo a Fisioterapia uma das profissões liberais dentre as que compõe a equipe multiprofissional da saúde e constituindo-se como objetivo final de sua atuação profissional promover as condições físicas e funcionais ao restabelecimento bio-psico-social do homem, lança mão, para alcançar tal objetivo, dos recursos naturais disponíveis como a água, a luz, a eletricidade e outros. Esses recursos transformados e até industrializados, como é o caso da energia elétrica, outros na sua forma natural, como a água, a luz e o movimento, constituem-se nas fontes necessárias ao surgimento dos recursos terapêuticos eletroterápicos, hidroterápicos, cinesioterápicos, termoterápicos, sonidoterápicos e outros, necessários à execução dos procedimentos terapêuticos a que se propõe a Fisioterapia.

As vantagens do uso dos recursos fisioterápicos como forma de tratamento, no entendimento desse pesquisador, é assegurado, principalmente, por meio dos recursos cinesioterápicos.

> A cinesioterapia inclui em seu arsenal uma gama de recursos que se estendem desde a imposição pura e simples do agente cinético, como é o caso da massagem, passando pelos processos neurofisiológicos de reabilitação motora, até os movimentos da mais alta complexidade, como são os incluídos nos exercícios terapêuticos, nas manipulações da coluna vertebral e na terapia ocupacional (1).

O uso dos movimentos sob a forma de exercícios terapêuticos, quer pela cinesioterapia convencional ou pelos vários métodos (Bobath, Kabath e outros) que a compõe bem como pelo uso da massoterapia nas suas nuances principais de massagem clássica e massagem reflexa, constitui-se em recursos de baixo custo que, altamente disponíveis para o terapeuta, não necessitam ser encarecidos pelos intermediários da saúde industrializada.

Esse é o ponto fundamental, em nossa opinião, que diferencia o profissional fisioterapeuta de outros, de vez que lhe é possível promover e restabelecer a saúde e o bem-estar do homem tão somente pelo o uso de suas mãos.

No entanto, a realidade do profissional de Fisioterapia, hoje, é a de caminhar paulatinamente rumo à especialização, que se constituirá num caminho a seguir, num "mal necessário", ou seja, a especialização possibilitará um melhor entendimento e crescimento da Fisioterapia na medida em que permite quantificar e controlar os fenômenos trabalhados. Porém, não deve se constituir no único caminho a ser seguido, de vez que o ser humano não pode ser analisado como sendo uma máquina (como pregava a Teoria Cartesiana) que, podendo ser desmontada, tem suas diversas peças componentes restauradas ou, quando não, trocadas por outras novas e de melhor qualidade, voltando, ao final, a ser montada funcionando igual ou melhor que antes .

Não obstante, recorreremos, mais uma vez, à evolucão da Medicina como exemplo referencial para toda a Área da Saúde, de vez que as demais ciências que integram essa área são ou mais novas ou insipientes.

Senão, vejamos: o desenvolvimento das Ciências Biológicas e da Saúde, no Brasil e no mundo, vem sofrendo uma profunda transformação, principalmente

nesse último século. No caso da Medicina, passou-se de uma fase de assistência rural feita em condições precárias, praticadas pelos chamados "médicos de família" para o da súde hodiernamente. Na primeira, a do médico de família, a assistência ao doente era extremamente personalizada, exigindo do terapeuta uma grande capacidade artesanal de manuseio e profundo conhecimento dos recursos naturais, como os herbários, largamente utilizados naquela época.

Com o advento da industrialização, modificou-se a forma de relacionamento da Medicina com as sociedades e iniciou-se a formação do mercado da saúde, que passou a ser comercializado como um produto. Em função de tal fato, nasceu a necessidade de se manter boas aparências na elaboração desse produto que, então, deveria apresentar um ar mais científico e polido (2).

Daí esta afirmação: "Nada era mais importante do que a palavra ciência, em oposição às anteriores eras românticas e obscurístas (...) O método científico era o único caminho para a verdade"(3).

A partir de então, troca-se a figura do médico de família, que atuava de maneira direta com a população e apresentava uma visão mais primária de assistência à saúde, pela figura dos hospitais e centros de saúde que, dominados por uma visão capitalista e consumista, entraram na era de se super-equiparem. Daí aos nossos dias, passou-se por avaliar a qualidade de um serviço em função da alta tecnologia utilizada.

Também os profissionais da saúde foram sendo moldados nessa nova tendência de consumo e de assistência à saúde; a idéia de saúde primária foi sendo substituída, paulatinamente, pelo atendimento especializado, monitorado pelas indústrias de equipamentos médico-hospitalares e químicos.

Com o referido desenvolvimento tecnológico, os trabalhadores, em geral, também passaram a ser encarados como peças de uma máquina, e a compra ou aluguel do serviço passou a fazer parte dos contratos entre as partes. Inseridos nesse contexto, os trabalhadores da saúde passaram a ser vistos como uma engrenagem de uma máquina, a do sistema da saúde, sofrendo, portanto, a influência massificadora decorrente desse princípio. Diante dos fatos, o paciente passou, também, a ser visto como um produto, uma máquina com defeito, que apresentava certa urgência de reparos técnicos, cada vez mais especializados; o lado social, econômico, político e mental de um doente ficou relegado a um segundo plano, em prol do reducionismo de Descartes, o qual acreditava poder resolver qualquer problema se partíssemos do princípio de poder reduzi-lo a uma menor parte compreensível.

> O homem doente era um relógio defeituoso. A máquina humana era governada pelas leis da física e, do mesmo modo que qualquer máquina, poderia ser montada, desmontada, reconstruída, desde que suas partes e funções fossem bem entendidas (...). As doenças eram causadas por defeito das peças da máquina humana, que deveriam ser reparadas à base do conhecimento dos distúrbios existentes (4).

O ser humano é uno e indivisível, portanto nem tudo pode ser percebido e explicado pela divisão infinitezimal de suas partes. Quando mergulhamos tão profundamente num objetivo específico, obssecamo-nos e deixamos de ter uma visão global dos fatos que cercam e permeiam tais objetivos. "Portanto, é muito provável que a Biologia e a Medicina passem por uma nova transformação, juntas, quandos os pesquisadores biomédicos reconhecerem a necessidade de suplantar o

paradigma cartesiano, a fim de realizarem novos avanços na compreensão da saúde e da doença"(5).

Não queremos negar a importância do desenvolvimento científico cartesiano. O aperfeiçoamento do microscópio por Louis Pasteur, revelou o conhecimento celular, criando uma nova dimensão , a do conhecimento estrutural do ser. Trazendo ao mundo a variedade do conhecimento daquilo que é " pequeno", como, por exemplo, o conhecimento do papel das bactérias em certos processos químicos e a correlação entre germes e doenças, que numa interpretação reducionista e simplista de pesquisadores da área biológica e da saúde, em considerarem as bactérias como causa única das doenças, criou uma expectativa frustrada, o da criação de comprimidos mágicos que, matando aquelas bactérias, matariam as doenças, promovendo a saúde.

Já no séc. XX, com a formulação da teoria molecular, foi possibilitada a redução do gen ao ADN e a crença de que seria possível explicar todas as funções biológicas em termos de estruturas e mecanismos moleculares. Produziu-se, assim, um entrave no desenvolvimento das ciências humanas e, mesmo biológicas, nas quais, até hoje, muitos fatos, como a especialização funcional das células do corpo humano, não são conhecidos, uma vez que se acredita possuírem todas elas a mesma informação genética.

Cumpre lembrar que, no início do séc. XIX, as estruturas do corpo humano já eram conhecidas profundamente na instigante abordagem reducionista. Com a contribuição de Rudolf Wirchov, em postular que todas as doenças envolviam mudanças estruturais ao nível celular, e de Pasteur, no estudo intensivo dos microrganismos, encontrou-se um número crescente de adeptos, cientistas nas

áreas biológica e da saúde. A Biologia aprofundou-se muito no conhecimento reducionista cartesiano e não se desenvolveu na elaboração de novas teorias, que permitissem conhecer melhor o ser humano e o mundo biológico em geral.

O próprio Pasteur reconhece que as doenças resultam de uma interação complexa entre o hospedeiro, micróbios e o meio ambiente. E admite que uma terapia bem sucedida dependeria da habilidade em se restabelecer as condições fisiológicas favoráveis à resistência natural. Antes de Pasteur, Cloud Bernard fez a primeira tentativa de fugir do paradigma essencialmente mecanicista, ao admitir que o corpo humano é regido por fenômenos físico-químicos e de falar sobre o " meio ambiente interno do indivíduo "pois desta maneira a saúde poderia ser mantida constante, independentemente da flutuação, temporária, do equilíbrio do meio externo.

Seria prematuro alguma afirmação conclusiva sobre o que deveria ser feito, e se deveria ser feito, para mudar o comportamento reducionista de maneira radical .A humanidade pôde observar, até o momento, o desenvolvimento científico e tecnológico por que passam todas ou quase todas as áreas do saber. Como já foi mencionado, não podemos negar a importância tecnológica especializada na área de saúde, que ao descobrir o microscópio, e com ele o conhecimento das unidades funcionais biológicas e a existência dos microorganismos, possibilitou e estimulou o descobrimento das drogas anestésicas, antibióticas, antissépticas, as vacinas e a cura de doenças como a poliomielite, tuberculose e outras.

Por ironia, deparamo-nos, ao mesmo tempo, com as doenças do século, tais como o infarto agudo do miocárdio, a hipertensão primária, as neuroses, a desnutrição e outras que preferimos definir como "psicossomáticas". E porque não

citar a própria AIDS, os suicídios, os homicídios, o uso das drogas e o vírus ebola, que mata em poucos dias.

Voltando à Fisioterapia, tema deste trabalho, percebemos estar experimentando o pioneirismo da nossa profissão no Brasil, caracterizada pela falta de condições de trabalho, equipamentos ultrapassados e muitos, pouco confiáveis. Apesar disso, observamos uma importante diferença quando comparada a outras profissões: já conhecemos a realidade da Fisioterapia industrializada dos países desenvolvidos, como é o caso dos USA. Tal fato nos permite defender a opinião de que devemos valorizar, cada vez mais, os recursos naturais usados na Fisioterapia, a exemplo da cinesioterapia e da massoterapia, que não necessitam de nenhum acessório especial para sua aplicação, trazendo, inclusive, resultados surpreendentes quando bem indicadas e aplicadas.

Assim como as técnicas dos recursos naturais utilizadas em Fisioterapia, existem muitas outras, a exemplo de Acupuntura, Do-in, Shiatzu, que também encontram uma fundamentação nos recursos naturais.

A Acupuntura, base principal para nossa proposta de associação dos conhecimentos das ciências biológicas orientais com os ocidentais, fundamentada, como exposto no Capítulo IV desta Dissertação, nos princípios básicos de respeito à natureza e à vida, promovem as condições necessárias ao fortalecimento do organismo para combater e enfrentar as doenças, inclusive evitando-as. Os estudos da Acupuntura sobre a existência de pontos espalhados pelo corpo que, de acordo com a técnica utilizada, traz resultados distintos, pode fornecer subsídios para uma melhor compreensão de alguns resultados obtidos na Fisioterapia, como o uso do calor, do frio e da massagem. Sussman (6) cita a relação dos pontos excitomotores

utilizados, inclusive, na eletroestimulação feita em Fisioterapia, com os pontos de Acupuntura. Alguns equipamentos elétricos usados em Acupuntura são muito semelhantes àqueles usados na Fisioterapia como as correntes: farádica, galvânica e o laser, muitos dos quais empregados com fins analgésicos.

Do exposto, podemos perceber que existe afinidades entre a Acupuntura e a Fisioterapia e que, em função da primeira ter sido reconhecida, oficialmente, como um recurso terapêutico a ser usado pelo fisioterapeuta conforme Resolução COFFITO-60, de 21 e 22 de junho de 1985, deverá existir aproximação entre ambas e complementação de seus estudos e aplicação de suas técnicas, conforme pode ser verificado naquela Resolução.

> No exercício de suas atividades profissionais, o Fisioterapeuta pode aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da Acupuntura desde que apresente, ao respectivo CREFIT O, título, diploma, ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por entidade de acupuntura de reconhecida idoneidade científica, ou por universidade (7).

Acreditamos que o reconhecimento, "de direito", da Acupuntura pelo COFFITO, constitui-se num importante passo para que os fisioterapeutas também a reconheçam "de fato", passando a lançar mão de seus recursos como técnica auxiliar à prática da Fisioterapia, pois percebemos que muitos profissionais ainda não os utilizam. Tal fato poderia ser explicado a partir de algumas considerações que passaremos a tratar.

No Capítulo II dessa Dissertação, pudemos constatar, por intermédio do instrumento de pesquisa por nós utilizado, que dos 65 respondentes, 56 (equivalendo a 86% da amostra) assinalaram conhecer algum tipo de terapia alternativa, sendo que 24 (representando 29% da amostra), responderam conhecer

a Acupuntura e apenas 23 respondentes (equivalendo a 36% da amostra) assinalaram que utilizam algum tipo de terapia alternativa em sua prática profissional; porém, dentre aqueles que responderam usar as referidas técnicas, todos foram unânimes em conferir grau de eficiência entre "muito eficaz" e "eficaz" aos resultados terapêuticos obtidos.

Portanto, se dos 65 respondentes apenas 23 assinalaram utilizar algum tipo de terapia alternativa e, se desse grupo, apenas cinco assinalaram usar a Acupuntura especificamente, concluímos que a falta de interesse pela prática da Acupuntura, deve-se:

- ao fato de a Acupuntura, apesar de ser reconhecida de direito pela Fisioterapia, não o é de fato;
- ao não reconhecimento de fato da Acupuntura pode ser explicado, em parte, pela pouca divulgação do reconhecimento dela pelo COFFITO, pois dos 64 que responderam a essa questão, apenas 28 (equivalendo a 44% da amostra) responderam conhecê-la;
- a que os órgãos representativos de classe e, inclusive, as universidades não demonstram preocupação na divulgação da Acupuntura pelos meios apropriados - cursos de especialização e aperfeiçoamento - de vez que apenas 10% dos respondentes assinalaram terem adquirido conhecimento de terapias alternativas por aqueles meios;
- a que as formas de obtenção dos conhecimentos em terapias alternativas, deram-se, geralmente, por auto-didatismo (27%) e por outras formas (29%) .Esse é um valor considerado alto para a amostra, podendo justificar a insegurança da

aplicação das referidas técnicas, em função da falta de um mecanismo apropriado de divulgação e formação de profissionais.

Os currículos plenos praticados nas IES do Estado Paraná, estudados no Capítulo III, mostram coerência de adequação ao Currículo Mínimo aprovado pelo CFE, no tocante à carga horária. No entanto, pelos resultados do nosso estudo, pudemos perceber que o Currículo Pleno praticado naquelas instituições, nem sempre estão acrescidos por disciplinas complementares de forma adequada, ou seja: para elaborarmos o curriculo pleno do Curso de Fisioterapia da PUC-PR, o ideal seria, acrescentar ao Currículo Mínimo sugestões provenientes da comunidade em geral e , principalmente, dos egressos das IES, os quais chamados a manifestar suas opiniões sobre as dificuldades profissionais por que passam, constituir-se-iam em fontes de informações importantes para uma efetiva adequação curricular. Assim, não estaríamos limitando o Currículo Pleno a ser complementado por disciplinas que visassem a preservar as características próprias das Instituições de Ensino Superior que mantem o Curso de Fisioterapia, mas também por outras que atendessem às reais necessidades dos Fisioterapeutas por elas formados.

Na sequência, limitar-nos-emos a tratar do currículo do Curso de Fisioterapia da PUC-PR pelo fato de ser ele objeto desse estudo e pela fidedignidade das informações que podemos prestar.

Senão vejamos: os diversos ciclos que compõe o Curso de Fisioterapia da PUC-PR apresentam-se distribuídos de maneira adequada com relação à carga horária mínima exigida, inclusive ultrapassando-a, como já mostramos no Capítulo III. No entanto, o percentual proporcional com relação à carga horária total (Currículo Pleno), em nosso entendimento, não apresenta uma distribuição racional

entre os ciclos que o compõe. Se a carga horária mínima exigida pelo então Conselho Federal de Educação, é de 3.240 h, e a praticada pela PUC-PR é de 3.855 h, defendemos uma tese: a de uma distribuição que contemple, proporcionalmente, todos os ciclos. Assim, as 615 h de diferença entre a carga horária total da PUC-PR e a proposta pelo Conselho Federal de Educação, deveriam ser distribuídas da seguinte forma:

- Ciclos I e II: 123 h;
- Ciclo III: 123 h;
- Ciclo IV e Estágio Supervisionado: 369 h.

No entanto, no currículo em vigor temos a seguinte distribuição das 615 h acima referendadas:

- Ciclos I e II: 432 h;
- Ciclo III: 162 h;
- Ciclo IV e Estágio Supervisionado: 21 h.

Percebemos, portanto, que não existe uma preocupação de distribuição proporcional por ciclos, inclusive no estágio supervisionado que embora se constitua no momento fundamental da formação dos acadêmicos, tem uma carga horária muito próxima da mínima exigida, o que não permite acréscimos inovadores.

Por outro lado, é de todo pertinente examinarmos os objetivos referentes à ação pedagógica em cada ciclo, de acordo com o preconizado pelo Conselho Federal de Educação.

Ciclo I - Fornecer ao aluno os conhecimentos fundamentais sobre a constituição, a estrutura e o funcionamento do organismo humano, assim como as alterações que nele podem processar-se, dando-se ênfase especial àqueles aspectos que irão encontrar em sua futura prática profissional, relacionados aos sistemas músculo-esquelético, cárdio-respiratório, endócrino e metabólico.
Ciclo II - Visa a dar uma melhor comprensão do ser humano, desenvolvendo as atividades fundamentais para o exercício profissional, tanto na saúde como na doença, além de orientar na metodologia científica.
Ciclo III - Preparar o aluno para o ciclo profissionalizante, desenvolvendo habilidades para analisar o movimento humano, para quantificar e qualificar os componentes das funções neuro-psico-motoras, aprofundando o conhecimento e a utilização das técnicas terapêuticas da Fisioterapia.
Ciclo IV - Desenvolver no aluno, em nível de complexidade progressiva, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias ao exercício da profissão" (8).

Percebemos, no exposto, que esses objetivos delineiam as etapas referentes à formação do fisioterapeuta, a saber:

- aquisição de noções fundamentais de saúde e doença (trabalhadas no Ciclo I);
- compreensão do homem no contexto que ele vive, sua história e o reconhecimento dos direitos e deveres compatíveis com a profissão (trabalhados no Ciclo II);
- desenvolvimento das habilidades para analisar o movimento humano e aprofundar conhecimentos na utilização das técnicas fisioterápicas (trabalhadas no Ciclo III);
- aprimoramento profissional para avaliar e tratar o paciente bem como para se comportar como um futuro profissional (trabalhados no Ciclo IV).

Esse delineamento demonstra a preocupação, com a formação de um bom profissional, defendido pelo órgão responsável pela elaboração do Currículo Mínimo vigente. Para o currículo complementar, acreditamos, que deveria existir maior preocupação com aquelas linhas de trabalho acadêmico, fundamentais à

profissionalização, adicionando a cada ciclo, de maneira proporcional, a carga horária a ser trabalhada. Somos de opinião, pois, que as referidas cargas horárias deveriam demonstrar essa preocupação, que seus conteúdos fossem propostos a partir de estudos junto aos egressos e à comunidade e não, simplesmente, em decorrência dos pontos de vista dos elaboradores do currículo do Curso de Fisioterapia. "Sabemos, por exemplo, que em termos de ensino, que os currículos organizados pelas disciplinas tradicionais conduzem o aluno apenas a um acúmulo de informações que pouco ou nada valerão na sua vida profissional" (9).

No livro Fisioterapia no Brasil, Rebelatto aborda a maneira incorreta com que se estabelecem as regras gerais para a elaboração dos currículos, os quais se voltam para o conhecimento a ser adquirido e para a proposição dos caminhos que possam levar ao resultado final,ou seja, a formação do profissional: são os currículos elaborados por um grupo de "especialístas no assunto", os quais não conseguem estabelecer uma correlação lógica entre o que se pretende ensinar e o que seria realmente relevante de ser ensinado, a partir da leitura e da interpretação das reais necessidades, sem demonstrar preocupação com a absorção do profissional no mercado de trabalho, apto a interagir com esse meio, alimentando e retroalimentando o processo de uma contínua educação (10).

Um currículo com tais características só pode ser imaginado e concebido se formos conscientes e coerentes com tais propostas.

> O planejamento do currículo escolar cabe aos especialístas em Educação, más estes já não trabalham em torre de marfim. As autoridades em educação responsáveis pelos currículos escolares atualmente, procuram avaliar os currículos existentes conhecendo a opinião pública sobre as escolas. A participação do leigo em assuntos educacionais é obtido através de levantamento da opinião dos pais, chefes de empresas (11).

E é com esse propósito, de ser um agente ativo (entendido como egresso desta Universidade e, agora, professor), que assumimos a postura de propor a inclusão de Noções de Acupuntura, e quem sabe de outras Terapias Alternativas a partir da comprovação de sua necessidade, como parte importante do Currículo Pleno do Curso de Fisioterapia da PUC-PR. É nossa proposta que seja uma disciplina semestral, com carga horária entre 30 a 60 h, a ser ministrada no Ciclo III, pois que é neste ciclo que são trabalhadas as Técnicas Fisioterápicas. Acresce a isso o fato de ser a Acupuntura um recurso que pode ser usado complementarmente na prática fisioterápica.

A viabilização da proposta que ora apresentamos proporcionará ao acadêmico de Fisioterapia os conhecimentos necessários a um posterior aprofundamento, possivelmente em Cursos de Especialização, de acordo com as exigências dos órgãos competentes.

A referida proposta, de inclusão de Noções de Acupuntura no currículo pleno do Curso de Fisioterapia da PUC-PR, é defendida em função:

- Das informações quanto à expectativa que demonstraram os egressos da PUC-PR, consultados na pesquisa explanada no Capítulo II, em que a Acupuntura fosse ensinada na Universidade;
- Do precedente reconhecimento da Acupuntura pelo COFFITO, desde 1985.

Ao concluirmos esta proposta e levando em conta que é papel da Universidade interagir com a sociedade, bem como é fundamental para elaboração de um bom currículo a opinião dos egressos, entre outros, acreditamos estar contribuindo para a formação de uma universidade moderna e inovadora, adaptada aos desafios da atualidade e apta a formar profissionais que os saibam enfrentar.

RECOMENDAÇÕES

O trabalho de pesquisa apresentado permite que façamos algumas recomendações no sentido de:

1) Promover-se reformas periódicas dos conteúdos programáticos que atendam à aceleração científica do mundo moderno;
2) Redefinir princípios epistemológicos das matérias de todos os ciclos do Curso de Fisioterapia;
3) Permitir que outras terapias alternativas tenham a oportunidade de comprovação de seus resultados, podendo, inclusive, contribuir para novas propostas de enriquecimento curricular;
4) Criar cursos de extensão e ou aperfeiçoamento, que permitam qualificar o profissional interessado em desenvolver-se no campo das terapias alternativas; Incluir, nos veículos de divulgação da Fisioterapia, artigos que tratem do tema desta Dissertação, bem como das outras terapias alternativas;
5) Interagir-se com outros profissionais da área da Saúde, a fim de que a Acupuntura possa ser objeto de estudos, de discussão de experiências e resultados e, conseqüente estímulo para a pesquisa e publicações na área;
6) Prever uma sistemática de divulgação no informativo "vida universitária" desta Universidade bem como, em outros jornais locais da possibilidade de tratamento pela Acupuntura, por profissionais formados em nível superior; Estimular a criação de um núcleo da ABA (Associação Brasileira de Acupuntura), em Curitiba, quebrando-se o monopólio atual Rio - São Paulo, a fim de otimizar a

proposta do item 5 e eliminar barreiras profissionais, promovendo cursos em parceria com outras associações de classe da área de saúde;

Oferecer para a comunidade, possibilidade de tratamento por meio da Acupuntura, através dos Serviços de Fisioterapia mantidos pela PUC-PR.

Essas recomendações são o início de toda uma caminhada voltada não penas para a inclusão da disciplina Noções de Acupuntura no Currículo do Curso e Fisioterapia, mas também para divulgar as técnicas da Acupuntura no meio niversitário e junto à comunidade científica desta Universidade, àquela de Curitiba, i contidos todos os que queiram se valer dos recursos da Acupuntura.

NOTAS DE REFERÊNCIA

1) LEITÃO, Araújo. Fisiatria Clínica. Rio de Janeiro, 1979. p. 241.

2) Baseado em LANDMANN, Jaime. As Medicinas Alternativas: Mito, Embuste ou Ciência. Rio de Janeiro, Guanabara, 1989. p. 18-9

3) Ibid., p. 14.

4) Ibid., p. 21.

5) CAPRA, Fritjof. Ponto de Mutação. São Paulo, Cultrix, 1982. p. 99.

6) SUSMANN, David. Acupuntura: Teoria y Practica. Buenos Aires, Kier, 1985. p. 88.

7) Segundo Resolução COFFITO - 60 de 22 de abril de 1988.

8) BRASIL. Parecer nº 622/82 de 3 de dezembro de 1982 do Conselho Federal de Educação. p. 184, 185.

FAZENDA, Ivani. Praticas Interdisciplinares na Escola. São Paulo, Cortez, 1991. p. 20.

) REBELATO, José Rubens. Fisioterapia no Brasil. São Paulo, Manole, 1987. p. 1952.

) Ibid., p. 50.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

RESOLUÇÃO COFFITO -80

Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.

O Presidente do CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no exercício de suas atribuições e cumprindo deliberação do Plenário, em sua 49ª reunião ordinária, realizada em 09 de maio de 1987, na conformidade com a competência prevista no inciso II, do artigo 5º, da Lei nº 6.316, de 17.12.75,

- Considerando que a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função;

- Considerando que como processo terapêutico, lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-social, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida;

- Considerando que utiliza, para alcançar os fins e objetivos propostos nas suas metodologias, a ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonidoterápicas e aeroterápicas, bem como, agentes cinésio-mecano-terápicos, e outros, decorrentes da evolução e produção científica nesta área.

- Considerando que por sua formação acadêmico-profissional, pode o Fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à Saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas;

- Considerando que métodos e técnicas fisioterápicas são atos privativos de profissional Fisioterapeuta, e que métodos compreendem um conjunto sistemático de procedimentos orientados para os fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos, e que técnicas, são todas as atividades específicas apropriadas aos princípios gerais delineados na metodologia, compreendendo ainda, avaliação físico-funcional, prescrição fisioterapêutica, programação e uso dos recursos terapêuticos, reavaliação, e alta fisioterápica;

- Considerando que Reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo, onde a cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício profissional;

- Considerando que o Decreto nº 20.931, de 11.01.1932, em relação à área da Fisioterapia está devidamente revogado pelo artigo 25, da Lei nº 6.316, de 17.12.75, conforme princípio jurídico que a Lei mais nova revoga a anterior, no que couber;

- Considerando o que preceitua o Decreto-Lei nº 938/69, o Decreto nº 90.640/84, a Lei nº 7.439/85, a Resolução nº 04/83 (Parecer nº 622/82, do Conselho Federal de Educação), e demais dispositivos legais;

RESOLVE:

Artigo 1º - É competência do FISIOTERAPEUTA elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade da continuidade destas práticas terapêuticas.

Artigo 2º - O FISIOTERAPEUTA deve reavaliar sistematicamente o paciente, para fins de reajustes ou alterações das condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as à evolução dinâmica da metodologia adotada.

Artigo 3º - O FISIOTERAPEUTA é profissional competente para buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da Equipe de Saúde, através da solicitação de laudos técnicos especializados, com os resultados dos exames complementares, a eles inerentes.

Artigo 4º - Ao profissional FISIOTERAPEUTA é vedado, em atividade profissional nos Serviços de Fisioterapia, atribuir ou delegar funções de sua exclusividade e competência para profissionais não habilitados ao exercício profissional da Fisioterapia.

Artigo 5º - Somente poderão usar a expressão FISIOTERAPIA as empresas registradas no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO - da jurisdição, na conformidade com o preceituado no § único do artigo12, da Lei nº 6.316, de 17.12.75.

Artigo 6º - O uso da expressão FISIOTERAPIA por qualquer estabelecimento, sob qualquer objetivo, caracteriza prestação de serviços nesta área, sendo, desta forma, campo de abrangência fiscalizadora desta Autarquia.

Artigo 7º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Plenário deste Egrégio Conselho Federal.

Artigo 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 09 de maio de 1987.

CÉLIA RODRIGUES CUNHA
DIRETORA-SECRETÁRIA

RUY GALLART DE MENEZES
PRESIDENTE

Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

RESOLUÇÃO Nº 139, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1992

Dispõe sobre as atribuições do Exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências.

O Presidente do CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no exercício de suas atribuições e cumprindo deliberação do Plenário em sua 61ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 17 e 18 de novembro de 1992, na conformidade com a competência prevista no inciso II do art. 5º, da Lei nº 6.316 de 17/12/75,

CONSIDERANDO que entre outras atribuições privativas nos campos da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, compete ao Fisioterapeuta e/ou ao Terapeuta Ocupacional, conforme o tipo de assistência, dirigir ou assessorar técnicamente serviços próprios destes tipos de assistência, em instituições públicas ou privadas, de qualquer natureza, sob qualquer título;

CONSIDERANDO que o exercício da responsabilidade técnica exigida para os serviços de Fisioterapia e/ou de Terapia Ocupacional, isolados ou alocados em clínicas, hospitais ou instituições outras, devem garantir que as práticas terapêuticas oferecidas a terceiros o sejam dentro de critérios éticos e científicos válidos.

CONSIDERANDO que o responsável técnico tem obrigação de garantir a clientela, em seu respectivo campo de intervenção ético e científico, uma prática assistencial de validade científica comprovada, coerente com cada caso apresentado.

CONSIDERANDO o preceituado no código de ética profissional, é proibido ao Fisioterapeuta e ao Terapeuta Ocupacional, em suas respectivas áreas de intervenção, permitir o uso de seu nome por consultórios, clínicas, hospitais ou instituições outras, sem que neles compareça, exercendo com plena autonomia e responsabilidade, as atividades próprias da Fisioterapia e/ou da Terapia Ocupacional, conforme o disposto nas Resoluções COFFITO-8, COFFITO-80 e COFFITO-81, ficando o infrator sujeito as penalidades cabíveis inclusive, sob a ótica ético-disciplinar,

CONSIDERANDO que a ausência do profissional, durante os horários de atendimento, violenta o sentido da responsabilidade assumida perante a clientela, é o mesmo passível de punibilidade pecuniária por desídia, omissão ou conivência, independente do aspecto ético-disciplinar.

CONSIDERANDO ser o responsável técnico, o legitimador ético e legal necessário para que consultórios, clínicas, hospitais e instituições outras, possam oferecer a comunidade, as práticas assistenciais da Fisioterapia e/ou da Terapia Ocupacional assim como, obter o necessário registro no Conselho Regional da jurisdição (CREFITO), resolve:

Art. 1º - A responsabilidade técnica pelas atividades profissionais, próprias da Fisioterapia e/ou da Terapia Ocupacional, desempenhadas em todos os seus graus de complexidade, em consultórios, clínicas, casas de saúde, hospitais, empresas e outras entidades, constituída ou que venha a ser constituída, no todo ou em parte, individualmente, em sociedade ou em condomínio, independente ou sob qualquer designação ou razão social, com finalidade lucrativa ou não, privada ou governamental, que ofereçam a população assistência terapêutica que inclua em seus serviços diagnose fisioterapêutica e/ou terapêutica ocupacional, prescrição, programação e indução dos métodos e/ou das técnicas próprias daquelas assistências, só poderá ser exercida, com exclusividade e autonomia, por profissional Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional, de acordo com o tipo de assistência oferecida, com registro no Conselho Regional da Jurisdição, em que esteja localizada a prestadora dos serviços.

PARÁGRAFO ÚNICO - A responsabilidade técnica somente poderá ser exercida por Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional em no máximo 2 (dois) serviços, devendo o CREFITO da jurisdição manter controle próprio, através de livro, ficha ou sistema informatizado.

Art. 2º - O responsável técnico

II - Exercício ilegal da profissão de Fisioterapeuta ou da profissão de Terapeuta Ocupacional.
III - Não acatamento as disposições desta, de outras resoluções do COFFITO bem como, às leis e outras normas emanadas dos CREFITOS.

Art. 3º - É atribuição do responsável técnico, garantir que durante os horários de atendimento à clientela, estejam em atividades no serviço, profissionais fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais, em número compatível com a natureza da atenção à ser prestada.

Art. 4º - A responsabilidade técnica cessa pelo cancelamento, o qual é processado pelo CREFITO, quando:

I - Solicitado, por escrito, pelo profissional ou pela empresa; ou
II - Cancelada a inscrição do profissional ou registro da empresa; ou
III - Ocorrido o impedimento do profissional para o exercício da profissão; ou
IV - Transferida a residência do profissional, com ânimo definitivo, para local que, a juízo do CREFITO, impossibilite ao mesmo o exercício da função; ou
V - Deixar o profissional de cumprir, no prazo devido sua obrigação pecuniária junto ao CREFITO.

Art. 5º - A empresa, órgão, entidade ou instituição, deverá substituir o responsável técnico, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados à partir da cessação da responsabilidade técnica anterior, estando impedida de oferecer estas práticas assistenciais se, no período não contar com a presença do Fisioterapeuta e/ou do Terapeuta Ocupacional, de acordo com a assistência proposta.

Art. 6º - Ao profissional responsável técnico, que por desídia, omissão ou conivência, descumprir o preceituado no Art. 1º, Art. 2º e seus incisos, Art. 3º e Art. 7º e seus incisos desta resolução, será aplicada uma multa no valor correspondente a 2 (duas) anuidades vigentes, na data da emissão da notificação para recolhimento de multa.

PARÁGRAFO ÚNICO - Na reincidência, a multa será em dobro, ficando o profissional impedido de assumir responsabilidade técnica, independente de instauração de processo ético-disciplinar.

Art. 7º - É atribuição do profissional responsável técnico, observar que os estágios curriculares, sempre que oferecidos, o sejam de acordo com a Lei nº 6.494/77, seguindo os seguintes critérios:

I - Só poderá ser realizado, com a interveniência, obrigatória, da Instituição de Ensino Superior.
II - Só poderá ocorrer a partir do 6º período da graduação, por ser parte do ciclo de matérias profissionalizantes, consoante com a Resolução CFE nº 04/83.
III - Só poderá alcançar uma relação máxima de 1 (um) preceptor para 3 (três) acadêmicos.
IV - A preceptoria de estágio curricular, nos campos assistenciais da Fisioterapia e/ou da Terapia Ocupacional, só poderá ser exercida, com exclusividade, por profissional Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional, conforme a área em que o mesmo ocorra.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogada a Resolução COFFITO-127 de 26.11.1991 (D.O.U de 10.12.91) e demais disposições em contrário.

ROY GALLART DE MENEZES

Supremo Tribunal Federal

DIÁRIO DA JUSTIÇA 12711 SEXTA-FEIRA, 26 AGO 1983

Publicação de Acórdãos

Vigésima-quinta (25a.) Publicação de Acórdãos, realizada nos termos do art. 95 do Regimento Interno.

SÃO PUBLICADOS OS ACÓRDÃOS DOS SEGUINTES PROCESSOS:

Rp 1.056-2 - DF - Rel., Ministro Decio Miranda. Repte.: Procurador-Geral da República. Assistentes.: Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação(SBMFR) (Adv.: Hugo Mósca), e Conselho Federal de Medicina(Adv.: A.B. Cotrim Neto). Repdos.: Congresso Nacional e Sr. Presidente da República. Asssistente.: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional(Adv.: Guido Ivan Marques de Carvalho).

Decisão: Pediu vista o Ministro Néri da Silveira, após os votos dos Ministros Relator e Oscar Corrêa julgando improcedente a Representação. Falaram pelos Assistentes do Representante os Drs. Hugo Mósca e A.B. Cotrim Neto, e, pelos Assistentes do Representado o Dr. Guido Ivan M. de Carvalho. Impedido o Sr. Ministro Alfredo Buzaid. Plenário, 5.5.82.

Decisão: Pediu vista o Ministro Rafael Mayer, após os votos dos Ministros Relator, Oscar Corrêa e Néri da Silveira, julgando improcedente a Representação. Impedidos os Srs. Ministros Alfredo Buzaid e Firmino Paz. Plenário, 9.6.82.

Decisão: Pediu vista o Ministro Soares Muñoz, depois dos votos dos Ministros Relator, Oscar Corrêa, Néri da Silveira e Rafael Mayer, julgando improcedente a Representação. Impedido o Sr. Min. Alfredo Buzaid. Ausente, justificadamente, o Sr. Min. Cordeiro Guerra. Plenário, 8.9.82.

Decisão: Pediu vista o Ministro Moreira Alves, depois dos votos dos Ministros Relator, Oscar Corrêa, Néri da Silveira, Rafael Mayer e Soares Muñoz, julgando improcedente a Representação. Plenário, 23.2.83.

Decisão: Unanimemente, julgou-se improcedente a Representação para declarar constitucional o artº 12, parágrafo único da Lei nº 6316 de 17 de dezembro de 1975, bem assim, os artºs 3º e 4º do Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, sendo quanto a estes dois dispositivos com a interpretação constante do voto do Ministro Moreira Alves. Os Ministros Relator e Néri da Silveira julgavam também constitucionais os artºs 3º e 4º da Lei 938 de 13.10.69, sem qualquer ressalva. Votou o Presidente. Impedido o Ministro Alfredo Buzaid. Não tomaram parte no julgamento os Srs. Ministros Francisco Rezek e Aldir Passarinho. Plenário, 4.5.83.

E M E N T A : - CONSTITUCIONAL. Regulamentação profissional. 1) Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Privatividade profissional para a execução de métodos e técnicas fisioterápicos, quanto aos primeiros, e métodos e técnicas terapêuticos e recreacionais, quanto aos segundos (arts. 3º e 4º do Decreto-lei nº 938, de 13.10.69), ressalvada a atuação, nos respectivos campos operacionais, de Médicos Fisioterapeutas e Médicos Fisiatras. 2) Obrigatoriedade, na forma de regulamento a ser baixado, de registro, nos Conselhos Regionais de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, das empresas ligadas a essas práticas (art. 12 da Lei nº 6.316, de 17.12.75). 3) Improcedência da argüição de inconstitucionalidade dos preceitos legais correspondentes aos itens acima.

ANEXO 2

Prezado colega

Em função da elaboração da dissertação de Mestrado em Educação,área de concentração Pedagogia niversitária,que estamos realizando nessa Universidade sob título "Qual a importância da inclusão das rapias alternativas no curriculo de formação do Fisioterapeuta da PUC-PR ?",solicitamos sua valiosa laboração no sentido de prestar informações que irão contribuir,sem dúvida,para o direcionamento de ssa pesquisa.

Portanto,tomamos a liberdade de enviar-lhe o questionário em anexo,na busca de informações que nos ssibilitem saber até que ponto as terapias alternativas estão sendo objeto de estudos e aplicação rapêutica,por parte dos profissionais Fisioterapeutas egressos da PUC-PR;bem como da necessidade,ou io,da inclusão de disciplina que forneça esclarecimentos sobre a existência e aplicabilidade das terapias ternativas pelo profissional Fisioterapeuta,durante o Curso de Graduação.

Contando com sua colaboração,subscrevemo-nos atenciosamente.

_____

Prof. Pedro Cezar Beraldo

(Chefe do Departamneto de Fisioterapia da PUC-PR)

Curso de formação.....Ano de conclusão.....

Nome.....Fone.....

1) Vovê trabalha como Fisioterapeuta? ( ) Sim ( ) Não

2) Se trabalha como Fisioterapeuta,em que área você atua?

( ) Traumato-ortopedia.
( ) Cárdio-vascular.
( ) Reumatologia.
( ) Ginecologia.
( ) Pediatria.
( ) Desportiva.
( ) Queimados.
( ) Preventiva (em escolas,indústrias etc).
( ) Estética.
( ) Neurologia.
( ) Pneumologia.
( ) Oncologia.
( ) Dermatologia.
( ) Gerontologia.
( ) Transplante de medula.
( ) Outra. Qual ?.....

3) Qual o local de sua atuação profissional?

( ) Hospital.
( ) Consultório.
( ) Atendimento domiciliar.
( ) Clubes desportivos.
( ) Clínicas de repouso.
( ) Clínica .
( ) Ambulatório.
( ) Entidades assistenciais.
( ) Indústria.
( ) Outro. Qual ?.....

4) A sua clientela é atendida predominantemente

( ) por meio de convênio;
( ) pelo Sistema Estadual de Saúde (IPE);
( ) particular (remuneração feita pelo paciente);
( ) pelo sistema municipal de saúde

5) Você conhece algum tipo de terapia alternativa? ( ) Sim. ( ) Não.

6) Se você conhece algum tipo de terapia alternativa,responda como você obteve esse conhecimento.

( ) Curso de extensão(duração de 12 a 50 hs).

Nome da terapia alternativa cursada .....

( ) Curso de aperfeiçoamento (duração de 50 a 250 hs).

Nome da terapia alternativa cursada.....

( ) Curso de especialização (Duração superior a 360 hs).

Nome da terapia alternativa cursada.....

( ) Por auto-didatísmo.

Nome da terapia alternativa estudada.....

( ) De outra forma. Qual? .....

Nome da terapia alternativa estudada.....

7) Se você conhece algum tipo de terapia alternativa,você a utiliza em sua prática profissional?

( ) Sim. ( ) Não.

8) Assinale com um X as terapias alternativas que você conhece e utiliza em sua prática profissional,indicando o grau de eficácia que você atribui ao resultado obtido com as mesmas.

	muito eficaz	eficaz	pouco eficaz	nada eficaz
a) Acupuntura	( )	( )	( )	( ).
b) Do-in	( )	( )	( )	( ).
c) Moxabustão	( )	( )	( )	( ).
d) Harmonizacão	( )	( )	( )	( ).
e) RPG*	( )	( )	( )	( ).
f) Outra.	Qual?.....			
grau de eficiência	( )	( )	( )	( ).

9) Na sua opinião as terapias alternativas devem ser incluidas no curso de graduação em Fisioterapia. ( ) Sim. ( ) Não.

10) Você foi informado que a Acupuntura é reconhecida como recurso terapêutico pelo COFFITO desde 1988? ( ) Sim. ( ).Não.

*A sigla RPG usada na questão oito,refere-se a Reeducação Postural Global.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO
RUA MARECHAL DEODORO, 2413 - SOBRE LOJA - 80.050-010 - FONE (041) 264-7081 - FONE/FAX (041) 264-8097 - CURITIBA - PR
CREFITO-8

OF. Crefito-8/nº 2018/94 Curitiba, 06 de dezembro de 1994

Prezado Senhor

Em resposta a seu ofício 296/94, encontra-se cadastradas em nosso sistema 94 Clínicas Particulares, 48 Consultórios, 14 Entidades Filantrópicas e Órgãos Públicos (Centro de Reabilitação), situados nesta Capital.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

Gildásio José dos Santos
Inspetor de Fiscalização

A.D.F.P. Assoc. dos Defic. Físicos do PR
A/C: Prof. Pedro Cezar Beraldo

ANEXO 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO

ADE MANTENEDORA E PARANAENSE DE CULTURA	UF PR

ecimento do curso de Fisioterapia, ministrado pela Univer-
Católica do Paraná.

SR. CONS. Heitor Gurgulino de Souza

R N.º 604/83	CÂMARA OU COMISSÃO CESU, 1º Grupo	APROVADO EM 14/12/83
		PROCESSO 1423001.000409/83-2

TÓRIO

A Sociedade Paranaense de Cultura é uma entidade fi
ópica, fundada em 1950 e constituída em 16 de outubro de
tem seu Estatuto registrado sob nº 21, do livro A-1, de 29
rio de Registro de Pessoas Jurídicas da Comarca de Curitiba;
ela sua instalação efetivada pela Assembléia Geral de 14 de
de 1959.

A Sociedade Paranaense de Cultura mereceu o reco-
imento de utilidade pública do Governo do Estado do Paraná,
vés da Lei Estadual nº 1.718/54 e do Governo Federal, atra-
lo Decreto nº 46.807, de 14 de setembro de 1959.

Regularidade Fiscal

A universidade e o Hospital Cajuru, mantidos pela
edade Paranaense de Cultura, encontram-se em situação de re
ridade quanto aos tributos e taxas fiscais que compreendem:
ontribuições previdenciárias, trabalhistas, sindicais, secu
rias e de fundos patrimoniais de seus servidores.

Balanços Financeiros

A Sociedade Paranaense de Cultura, em seus últimos
cessos de reconhecimento, já teve analisados, pelo Conselho
eral de Educação, os seus balanços até o exercício de 1978,

-CFE

CESU, 1º GRUPO
CONFERE C/ ORIGINAL
28 DO 83
RUBRICA DATA

. De 1979 a 1981, foram os seguintes os resultados de seu ba financeiro, em CR$1.000:

	1979	1980	1981
esa	200.879	379.490	882.335
eita	178.635	375.742	871.878
icit	22.244	3.747	10.456

Os déficits verificados nos exercícios, de ordem finan-, foram sendo cobertos nos exercícios seguintes e se acham jus-ados por contingências de endividamento para coberturas de des-decorrentes e para financiamento da aquisição do Hospital Caju 1977. No exercício de 1982, o orçamento estima uma receita de 931.644.000,00 para igual despesa.

alanços Patrimoniais

Nos exercícios de 1979 a 1981, observa-se a seguinte ução patrimonial, extraída dos respectivos balanços patrimoniais, stos de aquisição, em CR$1.000:

Espécie	1979	1980	1981
Imóveis	114.462	165.449	254.715
Móveis	28.997	48.249	74.931
Totais	143.459	213.698	329.646

Houve evolução patrimonial, decorrente do término de ias construções, inclusive o lançamento, à conta do patrimônio, do or do imóvel (Hospital Cajuru), adquirido por financiamento da Caj Econômica Federal/FAS.

. Estatutos da Universidade Católica do Paraná

Desde a sua instalação, em 1959, diversas alterações tatutárias foram efetuadas pela Universidade Católica do Paraná. Em 78, foram reformados os Estatutos, com a atual redação, aprovada lo CFE pelo Parecer nº 1.573/78.

1. Regimento Geral

O primeiro Regimento Geral que regulamentou os Estatu-s de 1973, foi aprovado pelo Parecer nº 812/76 do CFE. Sofreu alte-

CESU, 1º GRUPO
CONFERE C/ ORIGINAL
Brasília, 21/12/83

rações decorrentes da mudança verificada nos Estatutos em 1978 e alterações do Regimento Geral foram aprovadas pelo Parecer do CFE de nº 167/80.

Os Pareceres nºs 231/81 e 836/81 versaram sobre a adaptação do Regimento à reforma da Legislação Estudantil.

2.2. Comissão Verificadora

Foram designados para integrar a Comissão Verificadora do curso de Fisioterapia, mantido pela Universidade Católica do Paraná, os professores: Ana Fátima V.Badaró, da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul , e José Américo da Silva, da PUC de Campinas, São Paulo. Do relatório da Comissão e dos dados do processo, o Relator extraiu os seguintes elementos:

2.3. Recursos Materiais - Espaços

A Universidade Católica do Paraná se localiza no Prado Velho, bairro do Sul de Curitiba. Seu campus tem a área de aproximadamente 270.000 m^2.

Possui também no bairro do Cajuru, o Hospital Cajuru, adquirido em 1977 e incorporado em 1980.

A construção do campus será a longo prazo, achando-se em obras a 3a etapa do Centro de Ciências Biomédicas e, no Setor Desportivo, em junho de 1982, foi iniciada a construção do Parque Aquático.

2.3.1. Edifícios - Construções

Distribuição da Área Construída

Tipo de Ocupação	Área Construída (m^2)
Reitoria	593,40
Biblioteca	356,46
Odontologia	1.609,25
Centro de Tecnologia e Ciências Humanas	6.827,77
Centro de Ciências Exatas	9.672,70
Centro de Ciências Biomédicas	5.137,74
Clínica Psicológica	414,70
Clínica de Fonoaudiologia	170,00
C.A.M.I	65,98
Sub-Total	24.848,00

CESU, 1º GRUPO

(Cont.)

Tipo de Ocupação		Área Construída (m^2)
Centro Esportivo	Canchas	10.500,00
	Ginásio	4.159,48
	Pista-Atletismo	12.165,93
Sub-Total		26.825,41
Total		51.673,41

O acréscimo da área construída, no exercício, foi de 170 m^2, correspondendo à Clínica de Fonoaudiologia. No final do ano, teve início a construção da 2a. etapa do Centro de Ciências Biomédicas, com aproximadamente, 4.603,12 m^2.

Além do CAMPUS, a instituição conta com o Hospital e Pronto Socorro Cajuru, adquirido em 1977 pela Sociedade Paranaense de Cultura e que passou a integrar a estrutura da UCP, como órgão suplementar, para ser transformado, gradativamente, em Hospital-Escola.

Localizado na Avenida São José nº 738, o hospital dispõe de uma área física de 26.486 m^2, dos quais 3.442 m^2 ocupados pelo prédio de três pavimentos, totalizando 6.342,92 m^2 de área construída.

2.3.2. Laboratórios da Universidade

A UCP conta, atualmente, com os seguintes laboratórios:

- No prédio de Ciências Exatas: Laboratório de Topografia, Física I, Física II, Física III, Materiais de Construção, Química Analítica Qualitativa, Química Analítica Quantitativa, Química Geral, Química Orgânica, Bioquímica, Físico-Química, Citologia e Histologia, Micologia, Microbiologia, Genética, Mineralogia e Geologia Edafologia, Botânica, Zoologia, Fotografia, Desenho I, Desenho II, Desenho III, Desenho IV, Mecânica do Solo e Museu.

- No prédio de Odontologia: Laboratório de Material Dentário e Manequins, bem como as Clínicas do curso de Odontologia.

- No prédio de Ciências Humanas: Laboratório de Comunicação Social.
- No prédio de C.Biomédicas : Laboratório de Patologia,Farmacologia e Biofísica,Parasitologia,Anatomia,Fisiologia,Psicologia Experimental,Psicologia Educacional e Enfermagem.

Em termos de equipamentos, um dos setores privilegiados, o decorrer do ano, foi o Ginásio de Esportes, em especial a Sala de om e a de Fisioterapia, conforme se discrimina abaixo:

- Sala de Fisioterapia:

. 1 Barra Paralela
. 1 Bota D' Lorne
. 5 Fornos de Bier
. 1 Mesa p/tração lombar
. 1 Ondas Curtas
. 1 Recipiente p/parafina
. 1 Turbilhão
. 1 Bicicleta p/membros inferiores
. 2 Barras de Ling
. 1 Mesa Canavel
. 1 Mesa de Boonet
. 6 Mesas com estofamento
. 1 Roda de ombro
. 1 Ultrassom

2.3.3. Instalações e Equipamentos Especiais

O curso utiliza laboratórios e instalações comuns do Centro de Ciências Biomédicas.São específicas do curso um laboratório de Fisioterapia e um de Fisiologia devidamente equipados, como constatou a Comissão Verificadora.

2.3.4 Biblioteca

Os estudantes do curso de Fisioterapia utilizam,principalmente, a biblioteca do Centro de Ciências Biomédicas, além das outras da universidade, enquanto não se constrói a biblioteca central.

O acervo de livros existentes nas bibliotecas da universidade, das disciplinas do currículo do curso de Fisioterapia soma: Títulos: 6.287; Volumes: 11.106

São recebidos 344 periódicos em intercâmbio e 13 são os de assinaturas,sendo 4 específicos de Fisioterapia.

- A organização e administração das bibliotecas é efetuada por bibliotecárias diplomadas.

3.1. Concursos Vestibulares

O curso de Fisioterapia foi incluído no Concurso Vestibular Unificado da Universidade Católica do Paraná, a partir do ano de 1980, com 120 vagas; as provas são sempre iniciadas na última se-

mana de janeiro de cada ano, tendo-se verificado o seguinte resultado:

Ano	Inscritos	Classificados	Matrículas
1980	563	120	119
1981	529	120	120
1982	425	120	120

3.2. Número de Alunos:

Foi a seguinte a evolução de matrículas desde o início do funcionamento do curso:

Ano	Vestibular	Outros	Total	3º/4º	5º	TOTAL
1980	119	-	119	-	-	119
1981	120	-	120	111	-	231
1982	120	9	129	117	98	344

A Universidade ainda oferecerá 120 vagas no vestibular de 1984 e, após estudo da Comissão Especial de Avaliação do Ensino da área Médica, reverá para 1985 a oferta de vagas.

3.3 Corpo Docente

O curso de Fisioterapia conta, para as disciplinas profissionalizantes, principalmente com professores diplomados em Fisioterapia. Para as demais, utiliza docentes do curso de Medicina e de outros cursos das diversas áreas da universidade. Todos atendem ao que prescreve a Resolução nº 20/77 do CFE. A relação do Anexo I, contém os nomes dos professores e das disciplinas para as quais foram aprovados.

3.4. Estrutura Curricular

O curso de Fisioterapia da UCP obedece ao currículo mínimo prescrito na Portaria Ministerial nº 511/64 e Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação. As suas matérias foram distribuídas, a maior parte delas de caráter anual.

A organização curricular consta do anexo II.

3.5. Considerações Finais

A Comissão Verificadora faz observações quanto à carga horária de algumas disciplinas do currículo pleno que foram atendi-

das pela universidade. Já a partir de 1984 será implantado o novo currículo mínimo aprovado pelo Conselho Federal de Educação.

II - VOTO DO RELATOR

Tendo em vista o exposto, é o Relator de parecer que pode ser concedido o reconhecimento do curso de Fisioterapia, ministrado pela Universidade Católica do Paraná, em Curitiba, Paraná.

III - CONCLUSÃO DA CÂMARA

A Câmara de Ensino Superior, 1º Grupo, aprova o voto do Relator.

Sala das Sessões, em 13 de dezembro de 1983.

(aa) Dom Serafim Fernandes de Araújo-Presidente, Heitor Gurgulino de Souza-Relator, Afrânio dos Santos Coutinho, Virgínio Cândido Tosta de Souza, Nilson Paulo.

IV - DECISÃO DO PLENÁRIO

O Plenário do Conselho Federal de Educação aprovou, por unanimidade, a Conclusão da Câmara.

Sala Barretto Filho, em 14 de dezembro de 1983.

CESU, 1º GRUPO
CONFERE C/ ORIGINAL
SECRETÁRIO DATA

ANEXO 4

Ministério do Trabalho

RESOLUÇÃO-COFFITO-60

Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências.

A Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no uso de suas atribuições e cumprindo deliberação do Plenário, em sua 42ª Reunião Ordinária, realizada em 21 e 22 de junho de 1985,

R E S O L V E:

Art. 1º - No exercício de suas atividades profissionais, o Fisioterapeuta poderá aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da acupuntura desde que apresente, ao respectivo CREFITO, título, diploma ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por entidade de acupuntura de reconhecida idoneidade científica, ou por universidade.

§ 1º - A idoneidade científica da entidade de acupuntura será demonstrada pelo interessado através de atos, fatos, documentos e outros elementos admitidos no meio científico e profissional.

§ 2º - Depois de aceito e registrado no COFFITO o diploma ou certificado de curso ministrado por entidade de acupuntura, o CREFITO expedirá documento comprobatório que habilita o Fisioterapeuta a aplicar os métodos e técnicas da acupuntura nas suas atividades profissionais.

Art. 2º - O CREFITO manterá registro dos Fisioterapeutas habilitados à prática acupunturista.

§ 1º - O CREFITO poderá, segundo normas baixadas pelo COFFITO, solicitar que o Fisioterapeuta nas condições do § 2º do Art. 1º demonstre, periodicamente, a atualidade científica dos conhecimentos obtidos na área de acupuntura.

§ 2º - Somente depois de efetuado o registro da qualificação em acupuntura, poderá o Fisioterapeuta anunciar, pelos meios eticamente permitidos, o conhecimento da prática acupunturista.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Artigo Único - Ao Fisioterapeuta que já tenha habilitação na área de acupuntura fica concedido o prazo de cento e oitenta (180) dias para regularizá-la no CREFITO, nos termos desta Resolução.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ADIMIRO RIBEIRO DE OLIVEIRA
Diretor-Secretário

SONIA CUSMAN
Presidente

RESOLUÇÃO Nº 97, DE 22 DE ABRIL DE 1988

Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-60, que dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta, e dá outras providências.

O Presidente do CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no exercício de suas atribuições e cumprindo deliberação do Plenário, em sua 51ª reunião ordinária, realizada em 21 e 22 de abril de 1988;

- Considerando que a Resolução COFFITO-60, que dispõe sobre a prática da acupuntura pelo FISIOTERAPEUTA, determina que no exercício de suas atividades profissionais, o FISIOTERAPEUTA poderá aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da acupuntura desde que apresente, ao respectivo COFFITO, título, ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por entidade de acupuntura de reconhecida idoneidade científica, ou por universidade;

- Considerando que a idoneidade científica da entidade será demonstrada pelo interessado, ou mesmo pela própria entidade ministradora do curso, através de atos, fatos, documentos e outros elementos admitidos no meio educacional, científico e profissional;

- Considerando que, por não existir currículo mínimo fixado para curso de acupuntura, por parte das entidades oficiais reconhecidas e disciplinadoras da área acadêmica;

- Considerando que as entidades no país de reconhecida idoneidade científica e educacional, ministram cursos de acupuntura com carga horária mínima de seiscentas (600) horas, sendo 1/3 (um terço) de atividades teóricas, e o restante de atividades práticas, num mínimo de 2 (dois) anos;

- Considerando que, para reconhecer o certificado específico por entidade de reconhecida idoneidade científica e educacional que ministra curso de acupuntura, o COFFITO, para fins do registro previsto na Resolução COFFITO-60, precisa determinar a carga horária mínima do curso;

- Considerando que a Justiça Federal reconheceu que a acupuntura é atividade profissional vinculada à Saúde Pública e que mantém estreita afinidade com as atividades dos FISIOTERAPEUTAS, exigindo para seu exercício a devida habilitação e que o registro no COFFITO para o exercício da atividade é feito com a chancela do Poder Público, podendo gerar penalidades de toda ordem, inclusive as disciplinares previstas em Lei ou Regimentos dos Órgãos criados para o controle e fiscalização do exercício profissional e que a inscrição no COFFITO e consequente expedição de documento autorizando o exercício da atividade de acupuntura, importa no reconhecimento do Poder Público de que o inscrito é pessoa capacitada e pressupõe que o Órgão fiscalizador tenha examinado os títulos de habilitação correspondente (Juízo da 5ª VARA FEDERAL/RJ - Sentença em Mandado de Segurança nº 7681470/86);

- Considerando que o Egrégio TRIBUNAL FEDERAL DE RECURSOS reconheceu a legitimidade do FISIOTERAPEUTA para exercer complementarmente em suas atividades profissionais a acupuntura, na concordância com o preceituado na Resolução COFFITO-60 (Acórdão 1ª Turma - Registro AMS 113058/RJ - Sessão de 16.06.1987);

- Considerando que ao reconhecer a legitimidade do FISIOTERAPEUTA inscrito no COFFITO e com registro no COFFITO para exercer complementarmente em suas atividades profissionais a acupuntura, na concordância com a Resolução COFFITO-60, o TRIBUNAL FEDERAL DE RECURSOS - TFR, assegura ao profissional o direito de inscrição em Concurso Público, ou sob qualquer outra forma, destinado à admissão de profissional ao exercício da acupuntura;

- Considerando que nenhum curso que ministre acupuntura em razão mesmo do Acórdão do TRIBUNAL FEDERAL DE RECURSOS - TFR, poderá impedir o FISIOTERAPEUTA de matricular-se para obtenção do respectivo certificado da entidade patrocinadora, para fins de prova perante o COFFITO, na conformidade com a Resolução COFFITO-60, RESOLVE:

Art. 1º - Para os efeitos previstos na Resolução COFFITO-60, o certificado de conclusão de curso de acupuntura, somente será aceito e registrado no COFFITO, se o curso for ministrado por entidade de reconhecida idoneidade científica e educacional, com prover carga horária mínima de seiscentas (600) horas, sendo 1/3 (um terço) de atividades teóricas e com duração mínima de 2 (dois) anos.

Parágrafo único - O mestre do Corpo Docente dos Cursos de Acupuntura deve ter registro no COFFITO, nos termos desta Resolução, quando Fisioterapeuta.

Art. 2º - Após registrado no COFFITO o certificado, na forma do caput do Art. 1º, o COFFITO promoverá a inscrição do documento, em livro próprio, habilitando o FISIOTERAPEUTA a aplicar, complementarmente, os métodos e técnicas da acupuntura nas suas atividades profissionais.

Parágrafo único - O COFFITO anotará na Carteira de Identidade Profissional do FISIOTERAPEUTA (modelo livro), os elementos relativos ao registro e inscrição da habilitação na Autarquia.

Art. 3º - Somente depois de efetuado o registro de qualificação em acupuntura, poderá o FISIOTERAPEUTA, exercer a prática profissional e anunciar, pelos meios eticamente permitidos, o conhecimento científico-profissional da acupuntura.

Parágrafo único - O profissional FISIOTERAPEUTA habilitado para o exercício da acupuntura, fica, para os efeitos de direito, sujeito às normas previstas no Código de Ética e no Código de Processo Disciplinar do FISIOTERAPEUTA, considerando que a atividade da acupuntura é complementar e não autônoma.

Art. 4º - Para os fins previstos neste ato normativo, não comprovando o FISIOTERAPEUTA a carga horária mínima fixada no caput do Art. 1º, deverá complementá-la, para obtenção do registro de qualificação para a prática da acupuntura, perante o COFFITO.

Art. 5º - Fica assegurado, na conformidade com o Acórdão do TRIBUNAL FEDERAL DE RECURSOS - TFR, que reconheceu legitimidade ao FISIOTERAPEUTA de aplicar, complementarmente, os métodos e técnicas da acupuntura nas suas atividades profissionais, na forma da Resolução COFFITO-60, o direito de inscrição em Concurso Público, ou sob qualquer outra forma, destinado à admissão de profissional ao exercício da acupuntura.

Art. 6º - Nenhum curso que ministre acupuntura, na forma prevista no caput do Art. 1º desta Resolução, em razão, inclusive, do Acórdão do TRIBUNAL FEDERAL DE RECURSOS - TFR, poderá negar ao FISIOTERAPEUTA, o direito de matricular-se para obtenção do respectivo certificado de conclusão de curso, para os fins de prova perante o COFFITO, na conformidade com o previsto na Resolução COFFITO-60.

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo ato complementar da Resolução COFFITO-60, revogadas as disposições em contrário.

(Of. nº 56/88)

RUY GALLART DE MENEZES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) ACHARAN, Manuel Lezaeta. Medicina Natural. São Paulo, Hemus, 1979. 468 p. ilust.

2) ARMELIN, Gisele. Las Medicinas Naturales. Barcelona, A.T.E. 1978. 219 p.

3) AUCKETT, Amelia D. Massagem Para Bebê. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1983. 75 p. ilust.

4) BEAU, Georges. A Medicina Chinesa. Rio de Janeiro, Interciência, 1982. 191 p. ilust.

5) —. Acupuntura. Barcelona, Martinez Roca, 1983, 190 p. ilust.

6) BACCOLINI, Fernando. Tratamento Fisiátrico. São Paulo, Savier, 1986. 118 p.

7) BONTEMPO, Marcio. Medicina Natural. São Paulo, Nova Cultura, 1994. 584 p. ilust.

8) BRUNING, Jaime. A Saúde Brota da Natureza. Curitiba, EDUCA, 1989. 446 p. ilust.

9) ——. A Saúde Brota da Natureza. Curitiba, Champagnat, 1993. 446 p. ilust.

10) CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. Medicina Popular. São Paulo, Almed, 1985. 130 p.

11) CANCADO, Juracy. Do-in para Crianças. São Paulo, Ground, 1987. 179 p. ilust.

12) CHAITOW, Leon. Osteopatia. São Paulo, Summus, 1982. 111 p. ilust.

13) CHAN, Pedro. Do-in. Rio de Janeiro, Record, 1975 91 p. ilust.

14) —. Do-in Aricular: A antiga arte chinesa de curar doenças e dores com pressão dos pontos sensíveis das orelhas. Rio de Janeiro, Record, 1977. 116 p.

15) CHANDU, Jack F. Cura Pelas Mãos. São Paulo, Hemus, 1983. 78 p.

16) CHAITOW, Leon. O Tratamento da Dor pela Acupuntura. São Paulo, Manole, 1984. 184 p.

17) CHARRIÉRE, L. La Kinesioterapia en el Tratamento de las Algias Vertebrales. Barcelona. Toray-Masson, 1974. 256 p. ilust.

18) CHO, Ta Hung. Exercícios Chineses Para a Saúde. São Paulo, Pensamento, 1985. 184 p. ilust.

19) CINTRACT, Maurice. Ensenãnza Acelerada de la Acupuntura. Buenos Aires, Panamericana, 1976.

20) —. Curso Rápido de Acupuntura. São Paulo, Andrei, 1982. 285 p. ilust..

21) CORDEIRO, Ary T. Acupuntura. São Paulo. Reducópias, 1985.

22) COTTA, Horst. Tratado de Rehabilitacion. Barcelona, Labor, 1974. 786 p.

23) DOWIE, Patrícia A.. Fisioterapia nas Enfermidades Cardíacas, Torácicas e Vasculares. São Paulo, Panamericana, 1987. 364 p. ilust.

24) DOWIE, Patrícia A.. Cash, Fisioterapia em Ortopedia e Reumatologia. São Paulo, Panamericana, 1987. 450 p. ilust.

25) DUKE, Marc. Acupuntura. Rio de Janeiro, Artenova, 1972. 202 p. ilust.

26) GARDNER, M. Dena. Manual de Ejercícios de Rehabilitacion. Barcelona, Jims, 1968. 326 p. ilust.

27) GENOT, C. Cinesioterapia. São Paulo, Panamericana, 1978. 4v.

28) GUTMANN, A. Zauner. Fisioterapia Actual. Barcelona, Jims, 1980. 335 p. ilust.

29) HENKE, Leonardo. Saúde e Longevidade pela Alimentação. [s.l.], Horizonte, 1981. 102 p.

30) HOWARD, Judy. Os Remédios Florais do Dr. Bach Passo a Passo. São Paulo, Pensamento, 1990. 90 p. ilust.

31) ISRAEL, Vera Lúcia. Caracterização da Atuação Profissional de um Grupo de Fisioterapeutas da Cidade de Curitiba. Dissertação de Mestrado em Educação Especial apresentada à Universidade Federal de São Carlos, 1993.

32) KARL, Hainaut. Introducion a la Biomedica. Barcelona, Editorial Jims, 1982. 210 p. ilust.

33) KENYON, Keith. Acupuntura sem Agulhas. São Paulo, Pensamento, 1974. 125 p. ilust.

34) KISNER, Carolun. Exercícios Terapêuticos. São Paulo, Manole, 1987. 699 p. ilust.

35) KOVACS, Rene J.H. Medicina Auricular na Clínica Diária. São Paulo, Andrei, 1985, 186 p. ilust.

36) KUNZ, Kevin. Reflexologia. São Paulo, Pensamento, 1984. 234 p. ilust.

37) KURLAND, Howard. Alívio Rápido para a Dor de Cabeça sem Remédio. Rio de Janeiro, Record, 1977. 191 p.

38) LANÈRE, Jacques de. Do-in.. São Paulo, Ground, 1982. 267 p.

39) LAW, Donald. Guia de Medicina Alternativa. São Paulo, Brasiliense, 1981. 176 p. ilust.

40) LEE, Eu Won. Auriculo Acupuntura. São Paulo, Ground, 1989. 121 p. ilust.

41) LEITÃO, Araujo. Fisiatria Clínica. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.

42) LOYOLA, Maria Andrea. Médicos e Curandeiros. São Paulo, Difel, 1984. 198 p.

43) LOW, Royston. Atlas de Acupuntura. Málaga, Sírio, 1990. 56 p.

44) MAITLAND, G. D. Manipulacion Vertebral. Barcelona, El Ateneo, 1981. 244 p. ilust.

45) MANN, Félix. Acupuntura. São Paulo, Hemus, 1982. 208 p. ilust.

46) MARINS, Atílio. Elementos de Acupuntura. São Paulo, Global, 1979. 365 p.

47) MASSON, Robert. Regenerando sua Saúde pela Alimentação. São Paulo, Agora, 1982. 142 p.

48) MASUNAGA, Shizutto. Zen-shiatsu. São Paulo, Pensamento, 1977. 176 p. ilust.

49) MEI, Ching. O Livro de Ouro da Medicina Chinesa. Rio de Janeiro, Objetiva, [s.d.]. 165 p. ilust.

50) NAMIKOSHI, Torus. Shiatsu e Alongamento. São Paulo, Summus, 1987. 143 p. ilust.

51) OKADA, Mokiti. A Outra Face da Doença. São Paulo, Mokiti Okada, 1986. 202 p.

52) RISCH, Hubert. Noções Básicas de Acupuntura. São Paulo, Andrei Editora S.A, 1978. 295 p. ilust.

53) RUSK, Roward. Tratado Fisiátrico. São Paulo, Savier, 1986.

54) REQUENA, Yves. Acupuntura e Psicologia; São Paulo, Andrei, 1990. 246 p.

55) ROUVIÉRE, André. A Saúde pelos Óleos Essenciais. Lisboa, Litexa Portugal, 1985. 187 p. ilust.

56) SEABRA, M. A.. Como Curar pela Água e pela Homeopatia. Rio de Janeiro, Eco, 177 p.

57) SOUCHARD, Philippe-Emmanuel. Reeducação Postural Global. São Paulo, Ícone, 1987. 104 p. ilust.

58) —. Ginástica Postural Global. São Paulo, M. Fontes, 1985. 229 p. ilust.

59) STAENLE, Jacques. Elimine suas Dores Naturalmente Através da Estimulação de seus Pontos Energéticos. São Paulo. M. Fontes, 1981. 138 p.

60) TAKAONO, Wakasari. Do-in Aliviando a Dor com a Pressão dos Dedos. Porto Alegre, Rigel, 1989. 171 p.

61) VAN STEEN, Louis. O Reflexo Vertebral. São Paulo, Andrei, 1983. 156 p. ilust.

62) VIBES, Jean. Tudo sobre Acupuntura. Mem Martins, Europa-América, [s.d.]. 128 p.

63) WANDER, Walter S. Como Acabar com a Dor nas Costas. Rio de Janeiro, Tecnoprint, 1980. 98 p.

64) WEN, Tom Sintan. Acupuntura Clássica Chinesa. São Paulo, Cultrix, 1985. 226 p.

65) WHEELER, Ruth Hook. Educacion Fisica para la Recuperacion. Barcelona, Jims, 1971. 413 p. ilust.