

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM LETRAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM LINGUAGEM E SOCIEDADE

JORDANA GARGIONI SALMÓRIA

**A INTERDISCIPLINARIDADE E O DIALOGISMO NAS MANIFESTAÇÕES
DISCURSIVAS DOS FISIOTERAPEUTAS**

Cascavel
2007

JORDANA GARGIONI SALMÓRIA

**A INTERDISCIPLINARIDADE E O DIALOGISMO NAS MANIFESTAÇÕES
DISCURSIVAS DOS FISIOTERAPEUTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* de Mestrado em Letras – Área de Concentração em Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Letras.

Orientador: Prof. Dr. Wander Amaral Camargo.

Cascavel

2007

Ficha catalográfica
Elaborada pela Biblioteca Central do Campus de Cascavel - Unioeste

S168i Salmória, Jordana Gargioni
A interdisciplinaridade e o dialogismo nas manifestações discursivas
dos fisioterapeutas. / Jordana Gargioni Salmória — Cascavel, PR:
UNIOESTE, 2007.
155 f. ; 30 cm

Orientador: Prof. Dr. Wander Amaral Camargo
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Bibliografia.

1. Análise do discurso. 2. Interdisciplinaridade. 3. Fisioterapia. I.
Camargo, Wander Amaral. II. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
III. Título.

CDD 21ed. 401.41

Bibliotecária responsável: Jeanine Barros CRB-9/1362

JORDANA GARGIONI SALMÓRIA

A INTERDISCIPLINARIDADE E O DIALOGISMO NAS MANIFESTAÇÕES
DISCURSIVAS DOS FISIOTERAPEUTAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* de Mestrado em Letras – Área de Concentração em Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Letras.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Wander Amaral Camargo
Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em
Letras – UNIOESTE

1.º Titular: Profª. Dra. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – UEL

2.º Titular: Profª. Dra. Roselene de Fátima Coito
Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em
Letras – UNIOESTE

1.º Suplente: Profª. Dra. Clarice Nadir Von Borstel
Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em
Letras – UNIOESTE

2.º Suplente: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – UEL

Cascavel, 13 de fevereiro de 2007.

Dedico este trabalho à Fisioterapia, como área carente de pesquisas e de pesquisadores. Que esta contribuição dissemine uma visão crítica acerca da Ciência e um discurso mais humano para com todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço àqueles que estiveram ao meu lado durante a concretização deste trabalho, pela paciência durante as ausências e por todo o incentivo. São eles: *Adriano Rossini de Carvalho Visioli e família; Vani Maria Salmória; Olimar Salmória; aos colegas de mestrado, especialmente Sueli e Alzira; ao orientador Prof. Dr. Wander Amaral Camargo.*

Impreciso agora, mas preciso, tão preciso amanhã!
Caetano Veloso (1976)

RESUMO

Esta dissertação de mestrado busca, através da interdisciplinaridade das áreas de Ciências Humanas, Ciências Sociais e Saúde, analisar o discurso verbal de fisioterapeutas que atuam em Saúde Coletiva, área na qual o profissional de saúde desenvolve seus trabalhos técnicos pautados em aspectos humanos e sociais para a intervenção com um indivíduo ou coletividade. A pesquisa desenvolve-se em três capítulos, o primeiro refere-se à linguagem e à ideologia, com a explicitação dos conceitos de signo, dialogismo, interação social e verbal. O segundo capítulo trata dos discursos sociais da área da Saúde, da trajetória do fisioterapeuta na área da Saúde Coletiva, que tem como sub-área as Ciências Sociais. Desse modo, esse capítulo aborda os aspectos sociais e humanos da Fisioterapia, além da presença de seus profissionais na equipe de Saúde. A análise do discurso dos cinco fisioterapeutas entrevistados compõe o último capítulo, que vislumbra uma possibilidade de ampliar o reconhecimento desse profissional pela sociedade, por meio dos discursos verbais por ele exteriorizados na práxis da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: discurso, interdisciplinaridade, Fisioterapia.

ABSTRACT

This Master's degree dissertation seeks through the relationship of the areas of Humanities, Social Sciences and Health, to analyze the physiotherapist's verbal speech that work in Collective Health, area where the professional of health develops his ruled technical works in social and human aspects for the intervention with one individual or the collectivity. The research develops in three chapters, the first refers to the ideology and language with the explanation of the sign concepts, dialog, verbal and social interaction. The second chapter refers about the social speeches of the Health Area, the physiotherapist's path in the Collective Health that has with sub-areas the Social Sciences. This way, that chapter approaches the human and social aspects about the Physiotherapy, besides the presence of your professionals in the team of Health. The speech analyses of the five interviewed physiotherapists make up the last chapter that glimpses a possibility to increase the professional's recognition by the society through the verbal speeches for him uttered in the Collective Health.

Key-words: speech, relationship, Physiotherapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 NA TRILHA DA LINGUAGEM E DA IDEOLOGIA.....	15
1.1 A dialética dos signos e da Ideologia em Mikhail Bakhtin	16
1.2 Outras considerações acerca da Ideologia.....	24
1.3 Interação verbal e dialogismo: conceitos-chave no estudo da linguagem.....	32
2 OS DISCURSOS SOCIAIS SOBRE A FISIOTERAPIA E A ÁREA DA SAÚDE	39
2.1 Aspectos sociais e humanos na prática da Fisioterapia.....	44
2.2 Diferenças entre Saúde Pública e Saúde Coletiva	52
2.3 A equipe de saúde e o fisioterapeuta	56
3 ANÁLISE DIALÓGICA DO DISCURSO DOS FISIOTERAPEUTAS	63
3.1 Caminho metodológico da pesquisa.....	63
3.2 Referencial teórico-metodológico da pesquisa	64
3.3 A práxis dos fisioterapeutas na Saúde Coletiva.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
APÊNDICE A) Termo de consentimento livre e esclarecido.....	107
APÊNDICE B) Roteiro de entrevista teste-piloto 1	108
APÊNDICE C) Entrevista teste-piloto 1	109
APÊNDICE D) Roteiro de entrevistas oficial.....	113
APÊNDICE E) Entrevista 1	115
APÊNDICE F) Entrevista 2.....	123
APÊNDICE G) Entrevista 3.....	129
APÊNDICE H) Entrevista 4	135
APÊNDICE I) Entrevista 5.....	142
ANEXO a) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE	150
ANEXO b) Entrevista teste piloto 2	151

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é fruto de uma caminhada científica que escolhi após cursar a graduação em Fisioterapia e uma posterior especialização *lato sensu* em Saúde Pública. Tive então a oportunidade de ministrar aulas para o curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, na disciplina de Saúde Coletiva/Pública, que me possibilitou a ampliação da percepção acerca do homem e de suas relações sociais como determinantes de um estado de saúde ou doença no ser humano.

Em uma direção contrária a maior parte das pesquisas na área da Saúde, com metodologias positivistas, optei por desenvolver minhas pesquisas durante a docência do ensino superior pautadas no materialismo histórico e dialético. Ao estudar a Saúde tendo como referencial o materialismo, considero-a contida em uma problemática social ampla. A maneira de abordá-la implica em abrir-se à sociedade, às contradições, aos conflitos, às relações sociais, às desigualdades e às diferenças, impondo no plano das intervenções em Saúde a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade.

Contudo, mesmo imersa na totalidade social, a área da Saúde comporta suas singularidades. A Fisioterapia pode ser citada neste momento como profissão que se desenvolve, em grande parte, por realização de técnicas manuais, elétricas, térmicas, exercícios físicos, entre outras, com o enfoque no movimento do corpo humano. Essa forma de atendimento, direcionada à cura do doente, desconsidera os aspectos sociais e humanos que ocasionam o mal-estar físico do indivíduo.

A minha inquietação, que incitou a necessidade desta pesquisa, considera a Fisioterapia como profissão para além de um trabalho estritamente técnico entre terapeuta e paciente, possibilitando, assim, o estabelecimento de uma relação dialógica de interação social com aquele ou aqueles que são tratados ou orientados quanto ao movimento corporal.

Dessa maneira, a interdisciplinaridade entre as Ciências Humanas, Sociais e a Saúde, por meio da Fisioterapia em Saúde Coletiva, permite desenvolver um estudo que prima pela análise do discurso dos profissionais desta área última, em consonância com os estudos da área de linguagem, e, ainda, apontar para a sua relação com a sociedade.

A linguagem é considerada como possibilidade de apresentar aspectos da realidade para os fatos materiais sócio-históricos, dando sentido ao concreto. Assim, em busca de verificar os discursos sociais dos fisioterapeutas e, ao mesmo tempo, promover um estudo interdisciplinar, fez-se necessário trilhar os caminhos da Linguagem, da Ideologia e da Saúde. A dissertação encontra-se composta por três capítulos, sendo que, no primeiro, abordo as concepções teóricas acerca da linguagem e da ideologia, dos conceitos de interação verbal, dialogismo e signo, a partir de autores como Mikhail Bakhtin, Marilena Chauí, Eni Orlandi, Helena Brandão, José Luiz Fiorin, John Thompson, que fomentarão a arquitetura teórica para a análise da pesquisa em capítulo posterior. Os suportes teóricos que ancoram este capítulo são o método dialético da teoria bakhtiniana e a Análise do Discurso (AD), pois no trabalho dos profissionais de/em Saúde estão presentes os discursos, determinados socialmente e ideologicamente, para que o resultado seja a efetiva intervenção em Saúde.

Nos estudos do filósofo da linguagem Mikhail Bakhtin, a linguagem é concebida de um ponto de vista histórico, cultural e social que inclui, para efeito de compreensão e análise, a interação efetiva e os sujeitos e os discursos nela envolvidos. Com a teoria enunciativo-discursiva da linguagem, Bakhtin (2002) reflete acerca dos elementos constitutivos desse processo. Um desses elementos, a ideologia, que nela (na linguagem) está presente como um dos instrumentos da dominação e da luta de classes, não se restringe à consciência de um sujeito individual, e não se explica apenas pelo ser humano, mas enquanto universo social dos signos do homem. Em meio à comunicação dos indivíduos organizados em uma sociedade, ou seja, na interação social, a consciência individual torna-se fato sócio-ideológico.

Devido à profissão médica ser a mais antiga da área da Saúde e constar um amplo acervo de pesquisas sobre os seus discursos, estes aparecem permeados pelo caráter científico, orientado pelas regras metodológicas da pesquisa biomédica e confinado ao sentido literal das palavras. Os discursos recebem também um tratamento deontológico (fundamentado na ética médica tradicional ou hipocrática), pautado nos deveres do médico, definindo como e quando este profissional deve se comunicar com os pacientes, seus familiares e os próprios colegas.

Vogt (1980, p. 86) relata a necessidade do intercâmbio verbal, ou seja, a inter-relação entre emissor-receptor, para que o enunciado se realize e signifique:

Todo enunciado tem a sua significação mediada sempre pelas vozes que já o povoaram e pela orientação discursiva que estabelece no momento mesmo que é proferido. É o enunciado como um todo que constitui a verdadeira unidade de significação lingüística. Como totalidade ele só se realiza no fluxo do intercâmbio verbal.

Vastas são as pesquisas disponíveis na literatura acerca da relação médico-paciente, cujas explicitações seriam válidas ao pensarmos em um enunciado concreto na Medicina. Contudo, a prioridade nesta dissertação é a relação estabelecida entre os fisioterapeutas e seus enunciados à sua área, de atuação concebendo-a como unidade de comunicação e de significação necessariamente contextualizada. No intercâmbio verbal interprofissional, a comunicação ideológica e a interação semiótica desse grupo social trazem à luz a consciência, o que coincide com Bakhtin (2002), pois para ele, “a consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais” (p. 35).

Para compreender como os saberes, as representações e os discursos fazem sentido para a ação, é conveniente reportá-los às necessidades cotidianas da vida das pessoas e às características de suas relações sociais. Para Fiorin (2003), que parte da perspectiva de que não há individualidade do homem, já que ele é ser social determinado por relações ideológicas, o discurso materializa a ideologia.

Partindo desse pressuposto, de que o discurso materializa o contato entre o ideológico e o lingüístico, pois representa no interior da língua os efeitos das contradições ideológicas, analiso o processo da formação discursiva de fisioterapeutas, verificando se o discurso surge como elemento revelador de uma ideologia predominante na área.

Como contribuintes à ideologia da Saúde, posso citar os Códigos de Ética profissionais e os Conselhos Federal e Regionais, que normatizam quando e como os profissionais devem se comunicar com colegas e pacientes. Porém, é na linguagem das relações interpessoais em Saúde que os fenômenos ideológicos manifestam-se de forma intensa. É onde aparece de maneira clara o aspecto semiótico e o papel contínuo da comunicação social. “A palavra é o fenômeno ideológico por excelência”, estando presente em todos os atos de interpretação e compreensão, não comportando nada que não esteja ligado a essa função, nada que não tenha sido gerado por ela, sendo o modo mais puro e sensível de relação social (BAKHTIN, 2002, p. 36).

Uma vez que a linguagem, como lugar de confronto ideológico não pode ser estudada fora da sociedade, busquei, por meio de entrevistas com fisioterapeutas, profissionais da área da Saúde, revelar em análise da comunicação verbal, a significação e as considerações sócio-históricas da produção de seus discursos.

Descortinar a palavra, que para Bakhtin (2002) aparece sempre carregada de um conteúdo, de um sentido ideológico ou vivencial, é objetivo de minha análise com esses profissionais, cujo encontro por vezes caracterizou-se como conflito, resultante de divergência de perspectivas e de interesses. A linguagem não existe desvinculada da vida social, pois como fenômeno extremamente complexo, a linguagem é, para Fiorin (2003), ao mesmo tempo individual e social, física, fisiológica e psíquica. Nesse sentido, Bakhtin (2002, p. 14) faz referência aos conflitos da língua como sendo uma característica e um reflexo dos conflitos de classe:

A comunicação verbal, inseparável das outras formas de comunicação, implica conflitos, relações de dominação e de resistência, adaptação ou resistência à hierarquia, utilização da língua pela classe dominante para reforçar seu poder, etc.

Após percorridos os conceitos de linguagem, ideologia e suas interfaces, o segundo capítulo, por sua vez, explicita os discursos sociais da área da Saúde, a interação verbal entre seus profissionais e a trajetória da profissão dos fisioterapeutas. Há uma consideração sobre a inserção da Fisioterapia no campo de conhecimento da Saúde Coletiva, em suas primeiras atuações e produção de saberes, e o possível reconhecimento da profissão mediante aspectos humanos e sociais inseridos em suas práticas. Assim, as especificações das Ciências Sociais e Humanas relacionadas à Saúde Coletiva identificam os aspectos sociais que permeiam a realidade apresentada e uma possibilidade de interpretação do homem, o sujeito de todo estudo e prática da Fisioterapia. O capítulo prossegue referindo-se ao fisioterapeuta como membro da equipe de saúde e da organização de um espaço de atuação composto por vários profissionais para a intervenção em Saúde. O contexto social possibilitado ao fisioterapeuta que trabalha com a saúde da coletividade enaltece o reconhecimento do profissional, e permite, inclusive, através de discursos verbais, superar a ideologia dominante estabelecida para a área da Saúde e aos seus profissionais.

Dando seqüência ao referencial teórico da pesquisa, continuamente amparado no caráter interdisciplinar do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* de Mestrado em Letras, o terceiro e último capítulo faz referência ao método da pesquisa e ao referencial teórico-metodológico, para então revelar as análises dos discursos dos fisioterapeutas entrevistados. A amostra contou com cinco profissionais que atuam vinculados ao Sistema Público de Saúde de municípios da região oeste do estado do Paraná, e que trabalham na Saúde Coletiva em equipes multidisciplinares e interdisciplinares. As entrevistas foram agendadas previamente por mim (entrevistadora), e compostas de um roteiro de perguntas semi-estruturado, respondido pelos entrevistados e gravado para transcrição na íntegra, com vistas à análise dos discursos.

Em relação ao referencial teórico-metodológico, para me afastar de buscas científicas que se limitam à descrição dos fatos observados e experimentados, como é o caso das pesquisas de cunho positivista da área da Saúde, percebi a necessidade de realizar uma pesquisa condizente com o materialismo histórico e dialético, baseado na teoria marxiana.

A teoria marxiana almeja a razão não apenas como instrumento de apreensão da realidade, mas de construção de uma sociedade mais justa, apta a possibilitar a realização de todo o potencial dos indivíduos. Esse referencial, sob a ótica dialética aplicada aos fenômenos historicamente produzidos, aponta as contradições constitutivas da vida social que resultam na negação de uma determinada ordem, como a experimentada pela abstenção do caráter humano e social nas práticas em Saúde.

Ao utilizar o materialismo histórico e dialético como corrente teórico-metodológica para a elaboração da pesquisa, abre-se um espaço para a constituição de um saber dos fenômenos histórico-sociais, que a própria evolução da Ciência permitiu, e que deu luz a uma preocupação humanística cujo objetivo fundamental é libertar o homem, tanto das alienações ideológicas ou das sujeições e opressões políticas.

O mesmo capítulo versa sobre o reconhecimento do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares e interdisciplinares em Saúde como signo ideológico-linguístico, sobretudo no que tange às ações possíveis do profissional fisioterapeuta. A partir da análise das entrevistas, busquei uma hipótese sobre a atuação dos fisioterapeutas na área da Saúde Coletiva, procurando observar nos discursos

desses profissionais o que diz respeito aos pontos de vista sobre a atuação e a ideologia que os perpassa, com relação ao reconhecimento e engajamento do profissional nas equipes interdisciplinares da região oeste do Paraná.

Desse modo, o objetivo geral da dissertação foi analisar como os fisioterapeutas que trabalham com Saúde Coletiva utilizam a comunicação verbal em suas práticas profissionais e verificar os elementos que as caracterizam. Os objetivos específicos da pesquisa estiveram em proporcionar uma contribuição efetiva para a Fisioterapia na área de Saúde Coletiva, com a consideração do campo de conhecimento para a atuação com equipes interdisciplinares e a utilização dos estudos da linguagem. A pesquisa de campo justifica-se por ser um instrumento através do qual torna-se possível verificar qual o conhecimento dos fisioterapeutas sobre Saúde Coletiva e observar a intencionalidade desses profissionais quanto à utilização, em suas práticas, dos aspectos humanos e sociais.

Os resultados esperados com a pesquisa foram: fornecer subsídios para uma maior inserção do fisioterapeuta na Saúde Coletiva, compreender a constituição dos fisioterapeutas enquanto sujeitos e suas produções de sentido que são ideologicamente determinados ou não, e produzir um estudo que aponte os elementos presentes em serviços que possuem equipes de Saúde, servindo de referencial para o estabelecimento das possibilidades de relação interprofissionais.

1 NA TRILHA DA LINGUAGEM E DA IDEOLOGIA

A língua, enquanto fenômeno social da interação verbal, é o ponto-chave para entender o que Bakhtin¹ chama de “a verdadeira substância da língua” (2002, p. 123). Ao adotar uma postura como esta, portadora de um sentido de interação verbal e social, há de se levar em consideração que a enunciação não pressupõe um ato individual (monológico) da expressão, mas sim, a existência de um locutor que se dirige a outrem, em um processo dialógico.

A respeito da concepção de linguagem em Bakhtin, Robert Stam (1992, p. 12), afirma que o autor não vê a linguagem como um sistema abstrato e acabado, mas sim fruto de uma criação coletiva, de um diálogo cumulativo entre o “eu” e o “outro”, entre muitos “eus” e muitos “outros”, ou seja, um processo contínuo de vir a ser.

Nesta perspectiva, cada língua é um conjunto de linguagens e cada sujeito falante abre-se para uma multiplicidade de linguagens, uma vez que todos são “multilíngues”, isto é, falamos uma linguagem com os amigos e outra com os inimigos, uma linguagem infantil com as crianças e outra com os adultos, enfim, o falante orienta a linguagem de acordo com a situação social na qual está inserido.

De acordo com Stam (1992, p. 17), a idéia base do dialogismo em Bakhtin consiste no fato de que cada ser ocupa um lugar e um tempo específico no mundo, e que cada um é responsável por suas atividades. Essas atividades, por sua vez, ocorrem nas fronteiras entre o eu e o outro e, portanto, a comunicação entre as pessoas é algo imprescindível, pois o eu precisa da colaboração de outros para poder definir-se e ser “autor” de si mesmo. O diálogo pode ser entendido, assim, como uma auto-compreensão através da alteridade e dos valores do outro, uma vez que o eu constrói-se em um processo de colaboração.

Para Stam (1992, p. 33), “a forma semiótica da consciência é o discurso interno, e esse discurso interno, uma vez traduzido para o discurso externo, atua sobre o mundo”. De qualquer maneira, o signo permeia as relações sociais e em todas as situações é sempre o aspecto exterior e contextual que determina o

¹ Mikhail Bakhtin é um nome recorrente para referenciar qualquer estudo sobre a linguagem, por ser um teórico fundamental da língua e da literatura. Conforme salienta Robert Stam (1992), é possível observarmos a presença de vários “Bakhtins” (o formalista, o antiformalista, o fenomenólogo, o marxista, o pós-estruturalista), além do fato de que seus escritos englobam a lingüística, a crítica literária, a psicanálise e a cultura popular na Idade Média e no Renascimento.

discurso. Fora de sua objetivação ou materialização, a consciência não existe. Enquanto expressão material, ela é fruto de relações interindividuais, e como tal, é pensada e organizada em função do interlocutor.

Robert Stam (1992, p. 30) reafirma a relevância do material semiótico no estudo da ideologia, dizendo que “qualquer signo ideológico não só é um reflexo, uma sombra da realidade, como também é, ele próprio, um segmento material dessa realidade”. Tal afirmação reforça a idéia de que a consciência só existe sob uma forma material semiótica, além do fato de apontar para a questão de que a consciência não é individual, mas social. É somente na interação verbal que a consciência torna-se consciência, pois ela impregna-se de conteúdo ideológico/semiótico.

A linguagem funciona como portadora de múltiplos significados, o elo que liga e religa as pessoas no centro das relações sociais e interindividuais. Ela é fundamental em qualquer estudo que envolva os confrontos ideológicos e não pode ser concebida fora de sua relação com a sociedade, uma vez que as motivações sociais interferem na linguagem, como esta interfere na sociedade, em um relacionamento dinâmico e dialético.

Percorrer as veredas da linguagem é encará-la enquanto algo complexo, que procede da vida individual e social, além de estar ligada aos elementos que dão suporte à formação ontológica do indivíduo e à identidade dos seres sociais. Para Bakhtin (2002), a linguagem é o elemento-chave para entender os valores ideológicos presentes na sociedade. Por isso, é impossível desvencilhar os mecanismos textuais dos processos sociais, uma vez que toda produção cultural, fundada na linguagem, engloba o textual e o contextual, o que torna a linguagem social e histórica. A expressão nunca é isolada, ela supõe e pressupõe um interlocutor inserido historicamente numa dada situação social e comunicativa.

1.1 A dialética dos signos e da Ideologia em Mikhail Bakhtin

Sendo o homem um ser social, está sujeito a uma série de fatos que se apresentam como maneiras de agir, de pensar e de sentir que são exteriores ao indivíduo, isto é, independentes de sua volição. Estes fatos recebem a qualificação de “sociais”, palavra esta que Durkheim (1978a, p. 03) define como sendo

“fenômenos que não se englobam em nenhuma das categorias de fatos já existentes, constituídas e nomeadas”. Assim,

O fato social é reconhecível pelo poder de coerção externa que exerce ou é suscetível de exercer sobre os indivíduos; e a presença deste poder é reconhecível, por sua vez, seja pela existência de alguma sanção determinada, seja pela resistência que o fato opõe a qualquer empreendimento individual que tenda a violentá-lo. Todavia, podemos defini-lo também pela difusão que apresenta no interior do grupo, (...), que ele existe independentemente das formas individuais que toma ao se difundir. (...), a coerção é fácil de constatar quando ela se traduz no exterior por qualquer reação direta, da moral, das crenças, dos usos e até das modas. (DURKHEIM, 1978a, p. 08).

As formas de controle social e de coerção são diversas, desde a violência física aos meios econômicos, do ridículo, da difamação às afirmações fraudulentas, assim como sanções de exclusão social e desprezo. Estar em sociedade é situar-se em relação a muitas forças coercitivas que compõem um quadro hierárquico de poder, prestígio ou privilégio. Estas “forças” externas ao indivíduo enquadraram-no em uma situação de ascendência ou declínio social, que podem manifestar-se tanto pela classe ou pela raça (ou linguagem).

Durkheim (1978a) assevera o caráter “*sui generis*” da sociedade, mas também destaca que os fatos sociais são “coisas”, com uma existência objetiva, ou seja, a sociedade manifesta-se como um fato objetivo externo a nós e, por isso mesmo, ela determina uma série de comportamentos, linguagens, costumes e papéis sociais (ou ideologias), ou, em outras palavras, ela determina, a formação da identidade social de cada indivíduo. A idéia é, realmente, de um processo de interação, no qual tanto a sociedade nos define quanto é por nós definida.

Na verdade, estabelece-se uma relação de conluio e colaboração, pois assim como a sociedade necessita do reconhecimento de muitos para existir, também os indivíduos necessitam do reconhecimento da sociedade para serem considerados “humanos” – socialmente constituídos como membros da sociedade em que estão inseridos.

Por isso, há que se concordar com Durkheim (1978b, p. 216), quando o autor aponta para a característica de que a sociedade é um fato objetivo, que coage e cria os indivíduos por meio de uma disciplina social, pois as representações coletivas “são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço,

mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e seu saber”. No entanto, os atos significativos do homem ajudam a sustentar a estrutura da sociedade ou, até mesmo, modificá-la e transformá-la.

Neste sentido é que se instaura a interação dos processos de compreensão da sociedade, pois se, Durkheim (1978b) aborda a questão da interação entre os atos e comportamentos humanos com a força social, ou seja, o homem atuando sobre a sociedade, mas também sofrendo sua interferência e sendo condicionado por ela, Bakhtin (2002), por outro lado, apresenta esta relação de forma dialética. Para este autor, a relação entre o homem e a sociedade aparece condicionada por valores ideológicos que passam pelo plano da linguagem, em que o signo lingüístico seria como uma “arena” onde se desenvolveria a luta de classes.

Marxismo e filosofia da linguagem (2002) é um livro de Bakhtin que trata das relações entre a linguagem e a sociedade, colocadas sob a ótica da dialética do signo, enquanto efeito das estruturas sociais. O fio condutor consiste na verificação da medida em que a linguagem determina a consciência ou a atividade mental, bem como a medida em que a ideologia determina a linguagem.

Para Bakhtin (2002), a fala é o motor das transformações lingüísticas e possui um caráter eminentemente social. A palavra, por sua vez, é a arena onde confrontam-se os valores sociais contraditórios, haja vista que os conflitos da língua refletem os conflitos da classe no interior do sistema. E, sendo assim, todo signo é ideológico, uma vez que a ideologia é reflexo das estruturas sociais, o que faz com que toda modificação da ideologia encadeie uma modificação da língua, ou seja, a variação é inerente à língua e espelha as variações sociais.

Segundo Bakhtin (2002, p. 16), só a dialética pode resolver a contradição aparente entre a unicidade e a pluralidade da significação, pois o signo é móvel, vivo e plurissignificativo. Os sistemas semióticos servem para exprimir a ideologia e são modelados por ela. A palavra é o signo ideológico por excelência; ela registra as menores variações das relações sociais, mas isso não vale somente para os sistemas ideológicos constituídos, já que a ideologia do cotidiano, que se exprime na vida corrente, é o cadinho onde se formam e se renovam as ideologias constituídas.

Neste sentido, em termos de organização social e constituição da ideologia, Bakhtin distingue dois tipos: aquela que se liga à atividade mental centrada na vida

cotidiana (ideologia do cotidiano) e aquela que se liga aos sistemas ideológicos constituídos, como moral, direito, arte (ideologia constituída). A ideologia do cotidiano apresenta-se enquanto um nível inferior e é representada pelas pessoas, uma vez que não chega a receber um registro. É um tipo de posicionamento reflexivo entre os indivíduos que pode vir a tornar-se uma ideologia socialmente constituída, dependendo do alcance que tais reflexões atingirem.

A ideologia do cotidiano parte de um nível crescente, que vai do inferior para o superior, como pode, também, extinguir-se antes que atinja o sistema ideológico constituído: “constitui o domínio da palavra interior e exterior desordenada e não fixada num sistema, que acompanha cada um dos nossos atos ou gestos e cada um dos nossos estados de consciência” (BAKHTIN, 2002, p. 118).

A ideologia constituída, por sua vez, é representada pelas instituições sociais que já possuem uma ideologia e fazem o papel de repassar esses conhecimentos; ela é cristalizada a partir da ideologia do cotidiano. Por isso, está em um nível superior, com raízes fixadas na sociedade. No entanto, esse sistema ideológico constituído não permanece igual, ele pode sofrer alterações ou mudanças radicais, ou seja, estão constituídos, mas não são eternos.

Será a ideologia do cotidiano que processará essa mudança, podendo esta assumir o lugar da antiga ideologia constituída. Bakhtin (2002, p. 119) destaca que, embora sejam produtos ideológicos constituídos, eles “conservam constantemente um elo orgânico vivo com a ideologia do cotidiano; alimentam-se de sua seiva, pois, fora dela, morrem, assim como morrem, por exemplo, a obra literária acabada ou a idéia cognitiva se não são submetidas a uma avaliação crítica viva”.

No dizer de Bakhtin (2002, p. 17), a palavra comporta, de maneira privilegiada, a ideologia; esta por sua vez, é um tipo de superestrutura na qual as transformações sociais de base refletem-se e, portanto, na língua que as veicula. As palavras servem como indicador das mudanças. No entanto, Bakhtin não afirma que a língua seja uma superestrutura, pois para o autor, a língua é expressão das relações e lutas sociais, ela conduz e sofre o efeito desta luta, servindo, ao mesmo tempo, como instrumento e material.

Bakhtin (2002, p. 31-32) salienta que as bases de uma teoria marxista da criação ideológica estão ligadas aos problemas da filosofia da linguagem, uma vez que uma produção ideológica reflete e refrata uma outra realidade que lhe é exterior. Tudo o que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si

mesmo. Tudo o que é ideológico é um signo e, sem signos, não existe ideologia. O signo pode distorcer a realidade, ser-lhe fiel, ou apreendê-la de um ponto de vista específico, já que todo signo está sujeito aos critérios de avaliação ideológica. Mais que isso, tudo o que é ideológico possui um valor semiótico, porque onde o signo está, estará também a ideologia que ele carrega.

Mas Bakhtin (2002, p. 95) destaca, ainda, que não são palavras o que se pronuncia ou escuta, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis. A palavra está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial. É assim que se compreende as palavras, pois cada indivíduo somente reage àquelas que despertam ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida. Para o autor,

o ideológico enquanto tal não pode ser explicado em termos de raízes supra ou infra-humanas. Seu verdadeiro lugar é o material social particular de signos criados pelo homem. Sua especificidade reside, precisamente, no fato de que ele se situa entre indivíduos organizados, sendo o meio de sua comunicação. Os signos só podem aparecer em um *terreno interindividual*. (...) não basta colocar face a face dois *homo sapiens* quaisquer para que os signos se constituam. É fundamental que esses dois indivíduos estejam socialmente organizados, que formem um grupo (uma unidade social): só assim um sistema de signos pode constituir-se. (BAKHTIN, 2002, p. 35, grifos do autor).

Dessa forma, a palavra é o modo mais puro e sensível da relação social, pois funciona como uma forma de representatividade do fenômeno ideológico. Nas palavras de Bakhtin (2002, p. 38, grifos do autor), toda “*refração ideológica do ser em processo de formação*, seja qual for a natureza de seu material significante, é *acompanhada de uma refração ideológica verbal*, como fenômeno obrigatoriamente concomitante”.

Sendo assim, toda palavra acompanha todos os atos de compreensão e de interpretação; ela está na base das relações de interação verbal, formação discursiva e formação ideológica e, como aponta Bakhtin, todas essas propriedades da palavra fazem dela um objeto fundamental para o estudo das ideologias.

Isso mostra que os instrumentos de produção podem se tornar símbolos ideológicos, adquirindo função e sentido e se convertendo em signos ideológicos. No caso do discurso dos profissionais de Saúde, por exemplo, as diretrizes vigentes nos Códigos de Ética ou nos Conselhos Federal e Regional, que normatizam “quando” e

“como” os profissionais devem comunicar-se com os colegas e os pacientes, podem se converter (ou convertem-se) em signos que comportam uma ideologia, que é refletida no discurso interpessoal, determinando comportamentos, pensamentos, preconceitos, formas de agir, identidade, bem como uma série de conotações que deram origem à determinada formação discursiva e ideológica.

Para Bakhtin (2002, p. 33), cada signo é um fragmento material da realidade e todo fenômeno que funciona como signo ideológico tem uma encarnação material, seja como som, massa, cor, movimento do corpo, ou outra coisa qualquer. A consciência só pode surgir e se afirmar como realidade mediante esta encarnação material em signos, pois estes só emergem do processo de interação entre uma consciência individual e uma outra. A consciência só se torna consciência quando se impregna de conteúdo ideológico (semiótico) e, conseqüentemente, no processo de interação social.

Assim, a consciência individual é um fato sócio-ideológico e a única definição objetiva possível da consciência é de ordem sociológica. A consciência não pode derivar da natureza, como tentou demonstrar o materialismo mecanicista. A ideologia não pode, todavia, derivar da consciência, como pretenderam o idealismo e o positivismo psicologista. A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais, pois os signos são o alimento da consciência individual, a matéria de seu desenvolvimento. Bakhtin afirma que a lógica da consciência é a lógica da comunicação ideológica, da interação semiótica de um grupo social – a imagem, a palavra, o gesto significativo constituem seu alicerce de sustentação (BAKHTIN, 2002, p. 35-36).

Desta forma, em consonância com a acepção bakhtiniana (2002, p. 36), é possível argumentar que as leis que regem a consciência individual e o pensamento ideológico são as leis da comunicação semiótica, determinadas pelo conjunto das leis sociais e econômicas, em virtude de que os signos ideológicos representariam uma espécie de edifício social (superestrutura), ao passo que a consciência individual poderia ser simbolizada em termos de “inquilinos” deste edifício (infra-estrutura).

Assim, os fenômenos ideológicos não estão ligados à consciência individual, mas às condições e às forças da comunicação social, fazendo do signo a materialização dessa comunicação. Portanto, é na palavra que melhor se revelam as formas ideológicas básicas e gerais da comunicação semiótica. O signo torna-se

inseparável da função ideológica, pois a palavra constitui um “campo neutro” em relação a qualquer ideologia específica, uma vez que ela pode ser preenchida de acordo com determinada ideologia (científica, moral, religiosa, política, etc.).

Entretanto, ao dizer que a palavra é “neutra”, não se pretende dizer que ela é isenta de ideologia, pelo contrário, pois é na palavra que melhor se constata a presença dos signos ideológicos. O sentido da neutralidade reside no fato de que a palavra pode ser “moldada” por diversas ideologias; ela se adapta a qualquer função ideológica específica: a palavra é o material privilegiado da comunicação na vida cotidiana; é o objeto fundamental do estudo da ideologia, como também é no domínio da palavra e da conversação que as formas discursivas se situam (BAKHTIN, 2002, p. 37).

As palavras são tecidas a partir de uma multiplicidade de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. A palavra constitui o indicador mais sensível de todas as transformações que ocorrem na sociedade; ela é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais (BAKHTIN, 2002, p. 41).

No dizer de Bakhtin (2002, p. 44, 46), as formas dos signos são condicionadas tanto pela organização social dos indivíduos quanto pelas condições em que a interação acontece. Por isso, uma modificação destas formas ocasiona uma modificação do signo, pois o tema e a forma do signo estão indissoluvelmente ligados: eles crescem juntos e constituem no fundo as duas faces de uma só e mesma coisa. O autor afirma, ainda, que temas e formas se tornam mais observáveis no plano da palavra, já que ela reflete sutilmente as mais imperceptíveis alterações da existência social.

Segundo Bakhtin (2002, p. 57), o signo ideológico é o território comum, tanto do psiquismo quanto da ideologia; é um território concreto, sociológico e significativo. Neste território é que deve operar a delimitação das fronteiras entre a psicologia e a ideologia. Todo signo ideológico exterior banha-se nos signos interiores, ou seja, na consciência. Ele nasce deste oceano de signos interiores e aí continua a viver.

Bakhtin (2002, p. 58, 59) assevera que o conteúdo do psiquismo individual é tão social quanto o ideológico, uma vez que todo signo é social por natureza, tanto o exterior quanto o interior, o que faz com que as manifestações ideológicas sejam simultaneamente individuais e psíquicas. Todo produto da ideologia leva consigo o selo da individualidade do seu ou dos seus criadores, mas este próprio selo é tão

social quanto todas as outras particularidades e signos, haja vista que todo signo, inclusive o da individualidade, é social.

Desta afirmação pode surgir a dúvida de qual a diferença entre o signo interior e o signo exterior, ou entre o psíquico e o ideológico. Bakhtin (2002, p. 62) esclarece que todo pensamento de caráter cognitivo materializa-se na consciência, no psiquismo individual, apoiando-se no sistema ideológico de conhecimento que lhe for apropriado. Este pensamento, desde o início, pertence ao sistema ideológico e é subordinado às suas leis e também ao sistema do psiquismo do indivíduo. A compreensão de cada signo (interno ou externo) efetua-se em ligação estreita com a situação em que ele toma forma, ou seja, a situação social. O signo e a situação social não podem ser separados do sistema social sem que sua natureza semiótica seja alterada.

Neste sentido, entre a atividade psíquica e o signo ideológico ocorre um processo de interação dialética indissolúvel, em que o psiquismo apaga-se para tornar-se ideologia e a ideologia se apaga para tornar-se psiquismo (BAKHTIN, 2002, p. 65). Em toda enunciação, renova-se, sem cessar, essa síntese dialética viva entre o psíquico e o ideológico, entre a vida interior e a exterior. Isso porque a delimitação entre o psiquismo e a ideologia é uma areia movediça que se movimenta de forma dialética, uma vez que o território do signo ideológico “tem vida na medida em que ele se realiza no psiquismo e, reciprocamente, a realização psíquica vive do suporte ideológico” (BAKHTIN, 2002, p. 64).

Para Bakhtin (2002, p. 66), cada palavra se apresenta como uma arena em miniatura onde se entrecruzam e lutam os valores sociais. No momento de sua expressão, revela-se como produtos da interação verbal e social e, psiquismo e ideologia impregnam-se mutuamente no processo das relações em sociedade. Dessa forma, toda vez que se usa a linguagem, é como se abrisse uma cortina, na qual se deixa entrever uma (ou várias) ideologia(s), uma vez que o signo, materializado no discurso ou enunciação concreta, traz consigo uma carga ideológica, expressando as diversas relações que permeiam a sociedade.

1.2 Outras considerações acerca da Ideologia

De acordo com Marilena Chauí (2004), um dos traços fundamentais da ideologia consiste no fato de que se concebe as idéias como independentes da realidade histórica e social, de tal modo que tais idéias expliquem aquela realidade, quando, na verdade, é esta realidade que torna possível a compreensão das idéias elaboradas.

No domínio da ideologia, a realidade é constituída por idéias, das quais as coisas seriam uma espécie de receptáculo ou de encarnação provisória. O real não é visto como um dado sensível (empirismo), nem como um dado intelectual (idealista), mas é um processo, um movimento temporal de constituição dos seres e de suas significações. Esse processo depende do modo como os homens se relacionam entre si e com a natureza, ou seja, das relações sociais produzidas pelo próprio homem (CHAUÍ, 2004).

Ainda segundo Chauí (2004), as relações sociais são importantes para compreender o que, como e por que os homens agem e pensam de maneiras determinadas, sendo capazes de atribuir sentido a tais relações, de conservá-las ou transformá-las. Por isso, é preciso compreender a própria origem das relações sociais e a História para que se compreenda como se dá este processo ideológico que permeia a sociedade. Ao se buscar os fatos históricos, pode-se chegar ao modo como os homens criam os meios e as formas de sua existência social, pois a História é o “real” enquanto movimento incessante pelo qual os homens instauram um modo de sociabilizar e procuram fixá-lo em instituições determinadas, tais como a família, a política, a religião, etc.

No caso dos médicos e fisioterapeutas, por exemplo, basta que busquemos os dados históricos e sociais da relação entre os dois profissionais de Saúde para que cheguemos a uma determinada hipótese sobre o processo de “submissão” a que os fisioterapeutas foram relegados em relação aos médicos, ainda no início de sua instituição, quando a Fisioterapia era uma espécie de “sub-divisão” da Medicina, bem como a luta que se travou para que a Fisioterapia fosse legalmente reconhecida. A realidade histórica e social permite uma melhor elucidação dos fenômenos sociais, entre eles, a camuflada presença da ideologia.

Apesar da distância histórica, desde o reconhecimento do curso de Fisioterapia (1963) aos dias atuais, é possível verificar uma série de resquícios

ideológicos advindos desta tensa relação entre os dois profissionais, o que demonstra, mais uma vez, que a ideologia está presente em diversas camadas da sociedade, infiltrada nas mais diversas relações sociais, inclusive, na relação profissional de Saúde e paciente.

Para Chauí (2004), a ideologia acontece de maneira camuflada, por meio de um ocultamento da realidade social. E é por intermédio da ideologia que os homens legitimam as condições sociais de exploração e dominação, fazendo com que tais relações pareçam verdadeiras e justas.

Pode-se dizer, a partir disso, que o aspecto histórico serve para entender a ideologia e a luta de classes, uma vez que permite uma aproximação com o método materialista marxiano. Para Marx, seria impossível compreender a origem e a função da ideologia sem, antes, compreender a luta de classes, uma vez que a ideologia é um instrumento da dominação de classe e uma das formas da luta de classe, ou seja, ela é um dos meios para se exercer a dominação pelos dominantes, fazendo com que ela não seja percebida pelos dominados.

Nesta perspectiva marxiana, a função da ideologia consiste em conter a revolta dos dominados, fazendo com que o “legal” apareça revestido de uma auréola de legitimidade, como se fosse algo justo e bom para todos. Assim, a ideologia pode ser entendida como o processo pelo qual as idéias da classe dominante tornam-se idéias de todas as classes sociais. Ocorreria o que Chauí (2004) aborda quanto à transformação das idéias particulares da classe dominante em idéias universais de todos e para todos os membros da sociedade. Em síntese, a ideologia funciona como um “mascaramento da realidade social” que permite a legitimação da exploração e da dominação. É por meio da ideologia que os indivíduos passam a tomar o injusto por justo ou o falso pelo verdadeiro.

Em se tratando ainda da linguagem, Fiorin (2003) a considera como um fenômeno complexo, que pode ser estudado sob múltiplos pontos de vista, uma vez que pertence a diferentes domínios. Além disso, a linguagem pode ser ao mesmo tempo, individual e social, física, fisiológica e psíquica. Estas suas várias facetas permitem dizer que a linguagem não pode ser considerada fora da vida social, mas há que se tomar o cuidado de não a considerar apenas sob sua especificidade ideológica.

Fiorin (2003, p. 21) salienta, ainda, que a semântica discursiva possibilita uma análise das coerções ideológicas, mas não se pode restringir apenas a este aspecto,

pois é no nível superficial, ou melhor, “na concretização dos elementos semânticos da estrutura profunda, que se revelam, com plenitude, as determinações ideológicas”. A análise dos componentes materiais do discurso garante maior segurança do conteúdo ideológico, já que pode ser que vários discursos trabalhem com os mesmos elementos semânticos e revelem visões de mundo completamente diferentes, porque o falante pode atribuir valores distintos aos elementos semânticos que utiliza.

Na perspectiva de Fiorin (2003), em uma formação social é possível distinguir dois níveis de realidade: um de essência e um de aparência, ou seja, um profundo e um superficial, um não-visível e outro fenomênico. No nível de superfície (essência), as relações entre as classes sociais estão claras, sendo possível perceber as diferenças. No nível fenomênico (aparência), a realidade põe-se de maneira invertida: as relações de exploração, por exemplo, aparecem como relações de igualdade, a sujeição como liberdade, etc. O nível da aparência apresenta-se como a totalidade da realidade e, com isso, a aparência torna-se a inversão do nível da essência. É a partir do nível fenomênico da realidade que se constrói as idéias dominantes em uma dada formação social:

Essas idéias são racionalizações que explicam e justificam a realidade. Na sociedade capitalista, a partir do nível aparente, constroem-se os conceitos de individualidade, de liberdade como algo individual etc. Aparecem as idéias de desigualdade natural dos homens, uma vez que uns são mais inteligentes ou mais espertos que os outros. Daí se deduz que as desigualdades sociais são naturais. Outras idéias pias, presas às formas fenomênicas da realidade, vão construindo-se: a riqueza é fruto do trabalho (só se omite que é fruto do trabalho dos outros); pobres e ricos vão sempre existir; a pobreza é uma benção, pois a riqueza só traz preocupações (FIORIN, 2003, p. 28).

A este conjunto de idéias ou a estas representações que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida do homem, Fiorin classifica de ideologia. Sendo assim, a ideologia é constituída a partir das formas fenomênicas da realidade que ocultam a essência da ordem social, formando uma “falsa consciência”.

Fiorin (2003, p. 29-30) esclarece, ainda, que a ideologia não pode ser reduzida à consciência, uma vez que ela está contida no social, já que ela existe independentemente da consciência dos agentes sociais. A ideologia é uma “forma

fenomênica da realidade, que oculta as relações mais profundas e expressa-se de um modo invertido. A inversão da “realidade é a ideologia”. Ou ainda, a “ideologia é constituída pela realidade e constituinte da realidade. Não é um conjunto de idéias que surge do nada ou da mente privilegiada de alguns pensadores”.

De acordo com Brandão (2004, p. 19), o termo ideologia aparece, ainda hoje, matizado por nuances significativas que geram uma confusa e controversa noção. Vários foram os teóricos que conceituaram Ideologia, mas o primeiro a criar o termo foi o filósofo Destutt de Tracy, em 1810. O conceito de ideologia nasceu como sinônimo da atividade científica que procurava analisar a faculdade de pensar, no qual as idéias eram tratadas enquanto fenômenos naturais, que exprimiam a relação do corpo humano. Já com Napoleão, o termo perde esse significado original e passa a ter um sentido pejorativo, que qualifica os ideólogos franceses de “abstratos, nebulosos, idealistas perigosos”. A partir deste ponto de vista, a ideologia passa a ser vista como uma doutrina irrealista e sectária, sem fundamento objetivo e, portanto, perigosa para a ordem social.

Com Marx e Engels, o termo ideologia também aparece impregnado de uma carga negativa, uma vez que, à semelhança de Napoleão, Marx e Engels condenam a forma abstrata e ideológica dos filósofos alemães, que não buscavam a relação existente entre a Filosofia e a realidade. Assim, Brandão (2004) afirma que Marx e Engels identificam a ideologia como a separação que se faz entre a produção de idéias e as condições sociais e históricas em que as mesmas são produzidas. Na concepção marxiana, a ideologia é um instrumento de dominação de classe porque a classe dominante faz com que suas idéias tornem-se idéias de todos. A ideologia é, pois, uma espécie de ilusão ou abstração e inversão da realidade – um mascaramento da realidade social.

Ao analisar o conceito de ideologia em Althusser – discípulo de Marx – Brandão (2004) afirma que, para manter a dominação, a classe dominante gera mecanismos de perpetuação ou de reprodução das condições materiais, ideológicas e políticas de exploração, fazendo com que o Estado, por meio de seus aparelhos repressores e ideológicos, intervenha, ou pela repressão ou pela ideologia, forçando a classe dominada a submeter-se às condições de exploração.

Posteriormente, Althusser retoma as indagações sobre o conceito de ideologia e, conforme assegura Brandão (2004, p. 24-25), não mais centra o enfoque sobre a problemática dos aparelhos ideológicos de Estado, mas sim, em um

conceito mais geral, que se pauta sobre três aspectos: a) “a ideologia representa a relação imaginária de indivíduos com suas reais condições de existência”; b) “a ideologia tem uma existência porque existe sempre num aparelho e na sua prática ou suas práticas”; c) “a ideologia interpela indivíduos como sujeitos”.

No primeiro caso, a ideologia é a maneira pela qual os homens vivem a sua relação com as condições reais de existência, relação esta que é necessariamente imaginária e que acentua o caráter produtivo de ideologia e supõe um distanciamento da realidade. No segundo, por sua vez, as idéias deixam de ter um caráter espiritual, ganhando materialidade na sua existência concreta dentro de um aparelho ideológico, ou seja, a ideologia requer uma materialização dos atos concretos, como se a prática só obtivesse existência “numa ideologia e através de uma ideologia”. Por fim, no terceiro aspecto, a ideologia tem por função constituir indivíduos concretos em sujeitos. O reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito ocorre mediante sua inserção em práticas reguladas pelos aparelhos ideológicos, uma vez que “será somente através do sujeito e no sujeito que a existência da ideologia será possível” (BRANDÃO, 2004, p. 25-26).

Segundo Brandão (2004, p. 30), ao se fazer um balanço das colocações sobre ideologia é possível verificar que as definições e conceituações oscilam em torno de dois pólos que determinam maneiras diversificadas de abordar a relação linguagem-ideologia. De um lado, há a concepção marxiana, que emprega o fenômeno ideologia de maneira mais restrita e particular, sobretudo no que tange ao mecanismo que leva ao escamoteamento da realidade social e apaga as contradições que lhe são inerentes. De outro lado, tem-se uma noção mais ampla de ideologia, cuja base consiste na visão ou concepção de mundo de uma determinada comunidade social em determinada circunstância histórica. Essa compreensão acarreta uma abordagem dos fenômenos linguagem e ideologia como se não existisse apenas um discurso ideológico, mas como se todos os discursos fossem ideológicos. Nesta concepção, a ideologia passa a ser vista como algo inerente ao signo, e não simplesmente dissimulação, mascaramento ou “falsa consciência”.

No entanto, essas duas concepções não se excluem, desde que se conceba a ideologia como concepção de mundo que se apresenta como uma forma legítima e verdadeira de pensar esse mundo:

Essa incompatibilidade pode ser vivida de maneira inconsciente. É nesse sentido que Ricouer diz ser a ideologia operatória e não-temática, porque “operando atrás de nós” é a partir dela que pensamos e agimos sem, muitas vezes, tematizá-la, trazê-la ao nível da consciência. Ela, entretanto, pode ser produzida intencionalmente. É nesse ponto que as duas concepções de ideologia se cruzam. Isso pode ocorrer especificamente em determinados discursos como o político, o religioso, o da propaganda, enfim, os marcadamente institucionalizados. (...) Selecionado, dessa maneira, os elementos da realidade e mudando as formas de articulação do espaço da realidade, a ideologia escamoteia o modo de ser do mundo. E esse modo de ser do mundo, veiculado por esses discursos, é o recorte que uma determinada instituição ou classe social (dominante) num dado sistema (por exemplo, o capitalista) faz da realidade, retratando assim, ainda que de forma enviesada, uma visão de mundo (BRANDÃO, 2004, p. 31-32).

Uma noção mais ampla de ideologia permite, assim, chegar a uma visão de mundo determinada por um tempo e um espaço específicos. O resultado será uma compreensão dos fenômenos da linguagem e ideologia como vinculadas e mutuamente necessárias, bem como cessa a idéia de que não há discurso ideológico, passando a perceber a ideologia como algo inerente ao signo em geral.

Miotello (2005) observa que é importante frisar, a respeito da perspectiva de ideologia, que Bakhtin e seus companheiros do Círculo não trabalham a questão da ideologia como algo pronto e já dado, ou que vive apenas na consciência individual do homem, mas a insere no conjunto de todas as outras discussões filosóficas, que eles tratam de forma concreta e dialética. Miotello (2005, p. 168) afirma que Bakhtin constrói o conceito de ideologia no movimento, entre a instabilidade e a estabilidade, e não “na estabilização que vem da aceitação da primazia do sistema e da estrutura; vai construir o conceito na concretude do acontecimento, e não na perspectiva idealista”.

É por isso que, segundo Miotello, Bakhtin parte do que já era aceito pelo marxismo oficial (a ideologia como “falsa consciência”), embora não concorde inteiramente com essa conceituação. Bakhtin faz o que Miotello classifica enquanto construção e reconstrução, colocando ao lado da ideologia oficial a ideologia do cotidiano:

A ideologia oficial é entendida como relativamente dominante, procurando implantar uma concepção única de produção de mundo. A ideologia do cotidiano é considerada como a que brota e é

constituída nos encontros casuais e fortuitos, no lugar do nascedouro dos sistemas de referência, na proximidade social com as condições de produção e reprodução da vida. Para Marx e Engels, o momento do surgimento da ideologia é o instante em que a divisão social do trabalho separa trabalho manual e trabalho intelectual (MIOTELLO, 2005, p. 168-169).

Para Miotello, Bakhtin estabelece, portanto, uma relação dialética para conceituar a ideologia, uma vez que, de um lado, está a ideologia oficial, como estrutura ou conteúdo relativamente estável e, de outro lado, a ideologia do cotidiano, como acontecimento relativamente instável, formando ambos, o contexto ideológico completo e único, em uma relação recíproca, mas sem perder de vista o processo global de produção e reprodução social.

O conjunto de signos de um determinado grupo social forma o que Bakhtin chama de universo de signos. Miotello (2005) destaca que todo signo, além dessa dupla materialidade (físico-material e sócio-histórica), ainda recebe um ponto de vista, uma vez que representa a realidade a partir de um lugar valorativo, revelando-se como verdadeira ou falsa, boa ou má, positiva ou negativa, o que faz com que o signo coincida com o domínio do ideológico, ou seja, o signo verbal não pode ter um único sentido, mas possui acentos ideológicos.

Da perspectiva bakhtiniana, a ideologia poderia ser caracterizada como a expressão, a organização e a regulação das relações histórico-materiais dos homens, já que a “ideologia é o sistema sempre atual de representação de sociedade e de mundo construído a partir das referências constituídas nas interações e nas trocas simbólicas desenvolvidas por determinados grupos sociais organizados” (MIOTELLO, 2005, p. 176).

Para John Thompson (1995), o conceito de ideologia, desde seu surgimento, passou por muitas transformações, e, um dos motivos de tantas acepções diferentes deve-se ao fato de ter percorrido um longo itinerário histórico. Seu interesse em estudar a ideologia encontra-se numa investigação das relações entre sentido e poder, mais precisamente, de como o sentido é mobilizado pelas formas simbólicas para estabelecer e sustentar relações de dominação.

A análise da ideologia, de acordo com a proposta de Thompson (1995), está primeiramente interessada no modo como as formas simbólicas se entrecruzam com relações de poder, isto é, como o sentido é movimentado e serve para reforçar as posições de poder ocupadas por determinadas pessoas ou grupos.

Neste sentido, a (re)formulação de ideologia, sugerida por Thompson (1995, p. 58, grifos do autor), aproxima-se da concepção latente de Marx, segundo a qual:

ideologia é um sistema de representações que servem para sustentar relações existentes de dominação de classes através da orientação das pessoas para o passado em vez de para o futuro, ou para imagens e idéias que escondem as relações de classe e desviam da busca coletiva de mudança social.

Na concepção crítica de Thompson (1995, p. 75), a ideologia é um fenômeno caracterizado como enganador, ilusório ou parcial, ao passo que na concepção neutra de ideologia, esses fenômenos são caracterizados sem implicar que eles sejam enganadores, ilusórios ou ligados a um grupo particular. Assim, Thompson apóia-se na concepção latente de Marx pelo fato de que esta considera a ideologia como um “sistema de representações que escondem, enganam, e que, ao fazer isso, servem para manter relações de dominação”.

Entretanto, em sua formulação alternativa do conceito de ideologia, Thompson (1995, p. 77) considera apenas um critério de negatividade (o de sustentação das relações de dominação) e “descarta” o critério das formas errôneas e ilusórias. Isso porque, nem sempre as formas simbólicas precisam ser errôneas ou ilusórias para serem ideológicas, pois não lhe interessa o falso ou verdadeiro das formas simbólicas, mas sim, como essas formas servem para sustentar ou estabelecer relações de poder e dominação.

A análise da ideologia thompsoniana perpassa as maneiras pelas quais as formas simbólicas – ações, falas, imagens e textos que são produzidos e reconhecidos como construtos significativos – se entrecruzam nas relações de poder e dominação. Nesta ótica, não só a linguagem, mas todas as outras manifestações das formas simbólicas no meio interindividual ajudam a explicar o fenômeno da ideologia, como se voltasse a uma definição materialista e marxiana da ideologia, porém, não só na questão do discurso ou do signo, mas de todas as manifestações significativas da vida social.

Nas palavras de Thompson, esta concepção de ideologia está inserida no terreno minado do sentido e do poder, da interpretação e da contra-interpretação, do signo e do símbolo:

O conceito de ideologia, de acordo com essa reformulação proposta aqui, chama nossa atenção para as maneiras como o sentido é mobilizado a serviço dos indivíduos e grupos dominantes, isto é, as maneiras como o sentido é construído e transmitido pelas formas simbólicas e serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações sociais estruturadas das quais alguns indivíduos e grupos se beneficiam mais que outros, e que alguns indivíduos ou grupos têm interesse em preservar, enquanto outros procuram contestar (THOMPSON, 1995, p. 96)

Sendo assim, as formas simbólicas são o veículo da ideologia e, através delas, a dominação e o poder instauram-se no meio social, privilegiando grupos ou indivíduos em detrimento de outros. A dominação ocorre quando grupos particulares possuem determinado poder que não é acessível a outros grupos, valendo-se desse poder para dominar, sustentar, produzir ou transmitir uma determinada ideologia.

A contribuição de Thompson na compreensão da ideologia é significativa, pois o autor estabelece elos entre a cultura, ideologia e comunicação de massa, numa análise prática das formas simbólicas, ou seja, a investigação da ideologia em um mundo moderno perpassado por sinais simbólicos. A comunicação de massa, neste universo ideológico, ajuda a perpetuar determinada ideologia ou inserir novas, afetando a maneira como os indivíduos agem e interagem entre si.

1.3 Interação verbal e dialogismo: conceitos-chave no estudo da linguagem

Conforme afirma Bakhtin (2002, p. 35), “os signos só podem aparecer em um terreno interindividual”, ou seja, entre indivíduos socialmente organizados, do contrário, o sistema de signos não poderia constituir-se. A consciência só pode adquirir forma dentro desse grupo organizado de indivíduos. Os signos, por sua vez, “são o alimento da consciência individual, a matéria de seu desenvolvimento”.

Se a consciência individual é lingüística e regida por leis sociológicas, a consciência só pode existir sob uma forma semiótica material, o que faz da consciência um fato objetivo e, ao mesmo tempo, uma força social. Para Bakhtin (2002), a palavra acompanha e comenta toda criação ideológica, independente de ser discurso interior, imagem, texto, gesto, música, pintura, etc.

A palavra é a expressão da comunicação verbal e da interação social e, neste sentido, toda palavra comporta duas faces: procede de alguém e se dirige para alguém: “A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros. Se ela se apóia sobre mim numa extremidade, na outra apóia-se sobre o meu interlocutor” (BAKHTIN, 2002, p. 113). Desse modo, ela é orientada em função do interlocutor, fazendo com que não exista atividade mental sem expressão semiótica.

A partir do momento em que a enunciação assume um caráter dialógico, uma série de fatores externos passam a orientar a interação entre o locutor e o interlocutor. São esses fatores externos, como a situação social mais imediata e o horizonte social, que designam a adequação da linguagem de acordo com o auditório social a quem é dirigida a enunciação. O locutor passará a expressar seu discurso interior tendo em vista o interlocutor (situação social mais imediata) e a representação social que tem do mesmo (horizonte social). A estrutura de qualquer enunciação será sempre determinada pelas relações sociais do indivíduo e de seu auditório.

Bakhtin (2002) chama atenção ao fato de que é a situação social a grande responsável pela forma e o estilo da expressão exterior, bem como da atividade mental, uma vez que tanto o conteúdo interno quanto sua objetivação externa situam-se em “territórios sociais” e são dependentes do conteúdo social, ou seja, a comunicação verbal sofre um processo de “adaptação”, de acordo com os interlocutores concretos.

Um exemplo clássico do que se afirma é a relação profissional de Saúde-paciente. Da mesma forma que, na condição de profissional, este se valerá de uma linguagem técnica, o paciente, enquanto tal, se sentirá desconfortável diante daquele, seja porque este se encontra em uma relação hierárquica “socialmente superior” ou porque não compreende a linguagem técnica utilizada pelo profissional de Saúde. O que Bakhtin salienta é que para haver uma compreensão interindividual (diálogo), o profissional precisa saber adequar a linguagem técnica de acordo com seu auditório social, ou seja, quando conversa com seus pares, ele poderá falar utilizando-se dos nomes científicos, mas, quando em conversa com o paciente, é necessário saber dosar a linguagem para que a compreensão e o diálogo aconteçam. Da mesma forma, o paciente terá que adequar a linguagem de acordo com o contexto e a situação social imediata, ou seja, ele não falará dos sintomas que sente da mesma forma que falaria a um amigo, a um parente, a um vizinho, etc.

Isso mostra que a verdadeira natureza da língua não é nem os atos individuais isolados, nem as características abstratas; sua natureza é dialógica. E, diálogo nessa concepção, não é, necessariamente, a comunicação em voz alta entre dois indivíduos, mas qualquer tipo de expressão ou comunicação que esteja ocorrendo em uma interação verbal. Diante disso, pode-se dizer que tanto o lingüístico quanto o não-lingüístico são formas de expressão e de leitura da realidade social e, em todas elas, a situação social concreta está fortemente vinculada à comunicação verbal. Ou seja, não se pode entender a comunicação verbal fora de seu contexto e situação social. Por esta razão, antes de analisar a língua, é preciso observar alguns aspectos pertinentes à estrutura sociológica da enunciação. Primeiramente, é preciso ressaltar quais são os tipos e as formas de interação e em quais condições concretas a enunciação foi dita. Em seguida, analisar as formas das distintas enunciações, isto é, o que foi dito ligado aos atos da fala de cada tipo e forma. Por fim, olhar para os aspectos lingüísticos, não em seu sentido habitual (objetivismo abstrato), mas na interpretação do lingüístico e do contexto social, procurando ligar a classificação lingüística ao contexto em que foi produzida.

Quando se passa a analisar os aspectos contextuais e textuais de forma interligada, há uma avaliação da língua em seu uso efetivo e concreto e não apenas em uma visão estruturalista. A análise interacionista e dialógica permite que se veja, para além da enunciação, a cultura e os valores ideológicos que estão camuflados no discurso e na fala das pessoas. Assim, dada a estrutura sociológica da enunciação, a língua só pode ser entendida em seu uso concreto, e não em suas formas abstratas e puramente lingüísticas.

É justamente pelo fato da língua ser dialógica que torna possível discorrer sobre a enunciação, o signo verbal e não-verbal e o discurso interior, e afirmar, de acordo com a concepção bakhtiniana (2002), que a língua não pode ser definida nem por leis psicológicas, nem por leis lingüísticas, mas sim, por leis sociológicas², uma vez que o que determina a língua é a interação verbal, isto é, a troca interindividual entre os sujeitos social e historicamente constituídos.

O dialogismo representa o princípio constitutivo da linguagem e a condição do sentido do discurso. No sistema da língua imprimem-se historicamente as marcas

² A estrutura sociológica proposta por Bakhtin (2002), contrapõe-se às duas orientações do pensamento filosófico da linguagem: o subjetivismo idealista e o objetivismo abstrato.

ideológicas do discurso, pois a língua não é neutra. Ao contrário, ela é complexa e possui o poder de instalar uma dialética interna, em que se atraem e, ao mesmo tempo, rejeitam-se elementos julgados inconciliáveis, o que faz com que o signo seja uma arena onde se desenvolve a luta de classes, como bem definiu Bakhtin (BARROS & FIORIN, 1999).

De acordo com Beth Brait (1999, p. 14), em “As vozes bakhtinianas e o diálogo inconcluso”, tudo o que é dito, tudo o que é expresso por um falante ou por um enunciador, não pertence só a ele. Em todo discurso são percebidas vozes, às vezes infinitamente distantes, anônimas, quase impessoais, quase imperceptíveis, assim como vozes próximas que ecoam simultaneamente no momento da fala.

Neste sentido, tanto as palavras quanto as idéias que vêm de outrem, como a condição discursiva, tecem o discurso individual de forma que as vozes – elaboradas, citadas, assimiladas ou simplesmente mascaradas – interpenetram-se de maneira a fazer-se ouvir ou ficar nas sombras autoritárias de um discurso monologizado (BRAIT, 1999, p. 15). Estas questões mostram que o “eu” constitui-se verbalmente sobre a base do “nós”, mas o discurso também nasce de uma situação extraverbal e pragmática, o que leva a crer que só o elemento lingüístico não é suficiente, precisa-se do extraverbal (espaço, situação, avaliação da situação, etc.).

Portanto, a interação verbal modifica as formas e os tipos de expressão, o que faz com que a língua tenha um caráter evolutivo constante. A evolução da língua está relacionada à interação verbal, e não à criatividade individual (subjetivismo idealista) ou aos “erros” (objetivismo abstrato). É devido a esta mudança que parte da infra-estrutura toma forma na superestrutura, e que em toda mudança das formas verbais haverá sempre um valor ideológico envolvido.

No entanto, a fala é um ato individual e não sofre determinação social, pois, segundo Fiorin (2003), ela representa apenas a exteriorização do discurso. É neste, por sua vez, que se encontram as relações sociais e a dinâmica da linguagem, haja vista ser, no nível do discurso, que se pode estudar as coerções sociais e rastrear a cultura e a ideologia de seus falantes.

É devido ao caráter dinâmico da língua, que o discurso pode ser entendido como um evento social, procedente da interação entre o falante, o ouvinte e o tópico do discurso. Entretanto, como afirma Fiorin (2003, p. 11), não se pode confundir fala com discurso, pois o sistema virtual (língua) difere-se de sua realização concreta (fala) na medida em que o sistema “é a rede de relações que se estabelece entre

um conjunto de elementos lingüísticos”, na qual é possível encontrar um conjunto de elementos detentores, uma organização interna e uma estrutura.

A língua, ou este sistema virtual, realiza-se nos atos de fala, mas é o discurso usado por estes falantes que permite pensar, falar e agir sobre o mundo:

O discurso são as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psico-físico-fisiológica do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso (FIORIN, 2003, p. 11).

Fiorin (2003, p. 18-19) destaca, ainda, que o discurso não é um amontoado de frases; ele “tem uma estrutura”, e no seu interior é possível diferenciar uma sintaxe e uma semântica. “A sintaxe discursiva é o campo da manipulação consciente”, pois o falante usa estratégias argumentativas para criar efeitos de sentido e convencer seu interlocutor. A sintaxe semântica, por outro lado, “é o campo da determinação ideológica”, e, portanto, é o campo das determinações inconscientes, pois os elementos semânticos utilizados (numa dada época) revelam a maneira de ver o mundo numa dada formação social. Neste caso, a semântica discursiva entra na relação de ideologias já constituídas e cristalizadas, as quais constituem a consciência e a maneira de ver o mundo.

Stam (1992) afirma que, para Bakhtin, a consciência só existe na medida em que se concretiza através de algum tipo de material semiótico, seja sob forma de “discurso interior”, seja no processo de interação verbal com os outros. A consciência individual é um fato sócio-ideológico, haja vista que sem conteúdo semiótico e ideológico ela não existe.

Para Eni Orlandi (2001), o discurso não pode ser entendido como mera transmissão de informação; ele transcende um processo serializado cujo emissor transmite uma mensagem (informação) ao receptor, mensagem esta formulada em um código, em referência a algum elemento da realidade (referente). Com isso, a autora objetiva mostrar que a Análise de Discurso não trata o processo discursivo apenas como transmissão linear de informação, uma vez que a língua não é só um código, em que a separação entre emissor e receptor ficam bem delineadas e seguem uma seqüência “irredutível”.

Orlandi salienta que os interlocutores realizam ao mesmo tempo o processo de significação e não podem ser entendidos de forma estanque, já que ao invés de mensagem, a proposta da Análise de Discurso, é pensar o discurso:

Desse modo, diremos que não se trata de transmissão de informação apenas, pois, no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade etc. Por outro lado, tampouco assentamos esse esquema na idéia de comunicação. A linguagem serve para comunicar e para não comunicar. As relações de linguagem são relações de sujeitos e sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados. Daí a definição de discurso: o discurso é efeito de sentidos entre locutores (ORLANDI, 2001, p. 21).

Assim como Fiorin (2003), Orlandi (2001, p. 22) alerta para o cuidado que se deve ter para não confundir discurso com fala, uma vez que o discurso não corresponde à noção de fala, haja vista estar fora da oposição que se faz em relação à língua/fala. No entanto, o discurso possui uma regularidade, tem seu funcionamento através do qual é possível apreender “se não opomos o social e o histórico, o sistema e a realização, o subjetivo ao objetivo, o processo ao produto”. Estas considerações visam ao relacionamento da língua e o discurso, uma vez que a língua impõe-se como possibilidade de realização do discurso.

Pode-se dizer, portanto, que o sujeito discursivo não realiza apenas atos de fala. Ao dizer, o sujeito se significa e faz significações sobre o mundo, fazendo com que a linguagem seja uma prática de sentidos, o lugar do discurso que se oferece como lugar de descobertas. Assim, ao analisar as formações discursivas, é possível compreender o processo de produção dos sentidos, já que as formações discursivas representam, no discurso, as formações ideológicas, o que leva à conclusão de que os sentidos são determinados ideologicamente.

Nas palavras de Orlandi (2001, p. 43), o discurso se constitui em seus sentidos devido ao fato de que

aquilo que o sujeito diz se inscreve em uma formação discursiva e não outra para ter um sentido e não outro. Por aí podemos perceber que as palavras não têm sentido nelas mesmas, elas derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem.

Para Orlandi (2001, p. 43), tudo o que se diz leva consigo um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos. A constatação destes traços ideológicos não se encontra na “essência das palavras”, mas em sua discursividade, ou seja, na maneira como, no discurso, a ideologia produz seus efeitos materializando-se nele: “O estudo do discurso explicita a maneira como linguagem e ideologia se articulam, se afetam em sua relação recíproca”. Por isso, toda palavra é parte de um discurso e todo discurso delinea-se na relação com outros discursos, sejam aqueles que se referem aos dizeres do presente ou aqueles que se alojam na memória discursiva.

Assim, um estudo que prima por analisar uma determinada ideologia ou determinados discursos não pode desconsiderar o estudo dos elementos lingüísticos, inseridos em um quadro que contempla o contextual e o social, sobretudo os aspectos da linguagem que explicam a relação entre o discurso e a ideologia, uma que vez que é no plano discursivo que melhor se observa a conduta das formações ideológicas ou a materialização das representações ideológicas.

Esclarecidos os conceitos que permeiam a Linguagem, inserida na área das Ciências Humanas, o capítulo seguinte refere-se aos discursos verbais da área da Saúde, exteriorizados por seus profissionais, a exemplo dos fisioterapeutas. O ofício destes será abordado por meio do campo de conhecimento e âmbito de práticas chamado Saúde Coletiva, e dos aspectos humanos e sociais que o permeiam. É possível lançar um olhar sobre o discurso social do fisioterapeuta na Saúde da coletividade, em busca da diferenciação do discurso médico-ideológico estabelecido para a área da Saúde, bem como o discurso de seus profissionais que se reconhecem como autoridade e dotados de poder. Por conseqüência, a Fisioterapia amplia seu reconhecimento enquanto profissão, na medida em que o discurso de seus profissionais torna-se social.

2 OS DISCURSOS SOCIAIS SOBRE A FISIOTERAPIA E A ÁREA DA SAÚDE

A Fisioterapia, como sub-divisão da Medicina e advinda das aplicações médicas no campo da reabilitação, surge com as guerras mundiais para o tratamento dos seqüelados, assim como outras categorias profissionais de Saúde. Porém, a submissão médica passa a existir junto à emergência da profissão, como descrito por Rebelatto e Botomé (1999), no reconhecimento dos cursos de Fisioterapia existentes (Parecer n. 388 de 1963), que definiram o fisioterapeuta como um auxiliar médico, cabendo-lhe tarefas de caráter terapêutico e realizadas sob a supervisão médica. O parecer afirma que o profissional é um técnico em Fisioterapia, mas que passaria a ter uma formação de nível superior. Mesmo sendo membro da equipe de reabilitação, ao fisioterapeuta não se atribui a incumbência do diagnóstico da doença ou da deficiência, podendo, naquele momento, atuar somente quando seus serviços forem solicitados por um médico.

Em 13 de outubro de 1969 foi emitido o Decreto-lei n. 938, que provê sobre a atividade profissional do Fisioterapeuta, como profissão de nível superior. A regulamentação profissional data de 1975. O exercício profissional médico no Brasil iniciou-se entre 1930 e 1955, período em que houve o movimento de transformação da Medicina liberal em tecnológica, fato que o profissional fisioterapeuta não participou devido aos poucos 36 anos de existência. Este e outros fatores, como a presença de profissionais fisioterapeutas jovens no mercado de trabalho, contribuíram para as dificuldades no estabelecimento da profissão, no que se refere ao (re)conhecimento desta pela população e pelos demais profissionais de Saúde.

Portanto, as características fundamentais da Fisioterapia, eram inicialmente, a formação técnica e a reabilitação do ser humano, utilizando-se do uso de meios físicos e atuando de forma segmentar à Medicina. A conduta fisioterapêutica dependia exclusivamente do diagnóstico e da prescrição médica, e juntamente com outros profissionais, o fisioterapeuta compunha a base de uma pirâmide hierárquica da Saúde, cujo ápice pertencia aos médicos.

Tendo por base um profissional de Saúde, evidencia-se o seu papel sobre este prisma, e não o da doença. Assim, como data o início da profissão, o papel reabilitador do fisioterapeuta exime-o de grande responsabilidade social, mérito de toda e qualquer profissão. A ausência de clareza do objeto de trabalho *Saúde*, pelos

profissionais da Fisioterapia, contribuem para uma desvalorização de suas atribuições na sociedade.

No Brasil, a Fisioterapia surge como possibilidade de cura ou reabilitação das vítimas de acidentes de trabalho, reintegrando-as ao sistema produtivo ou atenuando seu sofrimento quando isso não fosse possível. As categorias profissionais de técnico em Fisioterapia e fisioterapeuta, que se superaram, se implantaram e permaneceram como definição da atuação em Fisioterapia, somam-se às características da estrutura educacional e à tradição de pesquisa em Saúde no Brasil, que não se orientam pelas necessidades da população, na prevenção de doenças e promoção da saúde (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Segundo Ragasson (2003), o pouco destaque do fisioterapeuta na atenção primária à saúde decorre da priorização às ações curativas desenvolvidas pelos cursos de Fisioterapia existentes no Brasil. Um dos fatores é a pouca atenção dispensada, até pouco tempo atrás, aos assuntos relacionados à prevenção de doenças, tratados com ênfase no conhecimento sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – o sistema de Saúde Pública e gratuita vigente no país – que não eram efetivamente trabalhados no curso de graduação, dificultando, posteriormente, a inserção do fisioterapeuta no trabalho da Saúde Pública e Coletiva.

A priorização das ações curativas na Fisioterapia é uma herança da educação médica ocidental, em que os países capitalistas sofreram forte pressão econômica dos Estados Unidos, no final do século XIX e início do século XX, para fixar diretrizes no ensino da Medicina, substituindo o treinamento apoiado na observação empírica pelo rigor objetivo e técnico do método científico, adotando o “Relatório Flexner”. Esse relatório defendia um ensino em que o corpo humano era conceituado segundo sistemas e órgãos independentes, e a ênfase recaía na necessidade de permitir ao aluno o completo domínio da Ciência médica. Os principais impactos na Medicina decorrentes do emprego do relatório no seu ensino foram a pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial, a supervalorização da Medicina de caráter curativo e hospitalar centrada no indivíduo, a dissociação das preocupações sociais das práticas médicas (já que a Medicina é ciência biológica e não social), e a exclusão da análise da totalidade do organismo, resultado da fragmentação curricular e da criação das diversas especialidades médicas. A competência técnico-científica foi realçada, em detrimento da relação médico-paciente.

Desse modo, a formação biomédica no Ocidente uniformizou-se ao redor dos conceitos mecanicistas e dos interesses capitalistas que até os dias de hoje persistem na biologia e nas ciências da saúde (FONTES, 1999, p. 44).

A intensa transformação social dada pelo modo de produção capitalista, em que as atividades humanas submetem-se às necessidades do lucro, levam a outras dificuldades na condução do trabalho do fisioterapeuta, que, para Messias (1999), são os problemas na conduta de outros profissionais de Saúde e dificuldades de relacionamento com colegas da profissão. Segundo Trelha, Gutierrez e Cunha (2002), o desenvolvimento de políticas de Saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro da equipe são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade, como veremos na continuidade desta dissertação. Simultaneamente, os tempos atuais exigem que o fisioterapeuta imprima, em seu trabalho, uma atitude mais humanizada e uma visão mais global do paciente e de seu universo, com a integração real entre o fisioterapeuta e outros profissionais da área da Saúde.

Uma das possibilidades que o fisioterapeuta tem ao atuar com a equipe de Saúde, é o trabalho com a coletividade, lugar onde este profissional deve ser abrangente em sua participação com a comunidade/grupo para o qual trabalha, bem como com a equipe da qual faz parte. Para Schwingel (2002), o fisioterapeuta é profissional gabaritado para estabelecer as relações interpessoais no convencimento da necessidade de adequação de comportamentos da população, pois esta é carente de informação. As possibilidades de atuação do fisioterapeuta em Saúde Coletiva maximizam o seu trabalho, alcançam grupos de pessoas e influenciam positivamente na melhoria das condições de vida destes grupos.

Observa-se que várias mudanças ocorreram com a Medicina, que passou a pertencer a um campo de estudos denominado Saúde e composto por outros profissionais, cuja atribuição mesma é preservar e restaurar a saúde dos indivíduos. No século XX, foram observadas mudanças nas características desse campo profissional, como novos padrões de morbidade, tecnificação do ato diagnóstico terapêutico, superespecialização e hospitalocentrismo, novas formas de proteção e controle pelo Estado, etc. (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000, p. 58). Atualmente, as ações de Saúde Coletiva se dão em todos os espaços em que a finalidade é intervir sobre

a saúde da coletividade, por meio do conjunto de trabalhadores em Saúde com o objetivo de transformar o perfil de saúde-doença (EGRY, 1996).

Ao definir saúde-doença, remeto a uma teoria que busca a compreensão diferenciada dos fenômenos Sociais e de Saúde, e que surge da discussão em meados da década de 70 do século passado, originando a Medicina Social. Essa teoria corresponde à determinação social do Processo Saúde-Doença, que busca relacionar a forma como a sociedade está organizada frente às manifestações de saúde-doença e também como os serviços se organizam. Isso significa que a saúde-doença compõe um grande processo que se refere à vida das pessoas, intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm de acesso para suprir suas necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, o lazer, etc. Logo, tais possibilidades de sobrevivência estão relacionadas e dependem, numa sociedade como a brasileira, da inserção do indivíduo no sistema de produção, para dispor mais ou menos ao consumo. Assim, na Saúde da coletividade o fator biológico está subsumido ao social.

A Fisioterapia vem experimentando um crescimento vertiginoso nas duas últimas décadas, e a preocupação quanto à formação de seus profissionais para que se tornem comprometidos com a realidade social tem acompanhado esse crescimento. As discussões que permeiam o debate de articulação universidade-serviços-comunidade estendem-se das demais profissões da Saúde à Fisioterapia, como apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Brasília no ano de 2003. A oficina de trabalho com o tema *Fisioterapia e Saúde Coletiva: enfrentando o desafio na integralidade da atenção*, reuniu docentes de todo o Brasil interessados em construir propostas na busca da real inserção do fisioterapeuta no campo da Saúde Coletiva brasileira. No desenvolvimento da oficina, obstáculos presentes na formação e na atuação dos fisioterapeutas foram indicados. Na formação, o aparato e a terminologia fortemente técnicos, o modelo hospitalocêntrico (tratamento da doença em detrimento da prevenção desta) utilizado nas escolas do país, e a necessidade de estabelecimento de produções científicas que articule Saúde Coletiva e Fisioterapia foram elencados. Com relação à atuação, ressaltou-se a necessidade de se buscar a participação efetiva na gestão de serviços e de evidenciar o potencial da Fisioterapia para atuar em equipe, bem como oferecer atenção integral aos usuários do sistema. Os trabalhos desenvolvidos em Macaé, Linhares e Sobral, nos quais há a inserção do fisioterapeuta no serviço,

trabalho em equipe e onde a prática profissional contempla a escuta, a atenção humanizada e a educação em Saúde foram exemplos de experiências bem sucedidas relatadas na oficina (RELATÓRIO..., 2003).

Schmidt (2002), em pesquisa qualitativa com coordenadores de cursos de Fisioterapia do Estado do Paraná e com análise documental dos projetos pedagógicos e dos planos de ensino das disciplinas de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, apontou avanços no tocante à consciência de que são necessárias mudanças para garantir a formação de um profissional competente e que contribua para a construção do SUS e do setor Saúde no Brasil, no intuito de proporcionar melhores condições de vida aos cidadãos.

Dentro da questão de formação profissional, Schwingel (2002), aponta que o acadêmico de Fisioterapia apresenta pouco interesse nas disciplinas do campo social, como a Sociologia, Antropologia, Fisioterapia Preventiva e atuação comunitária, em detrimento das disciplinas exclusivamente técnicas como Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, e que na ausência do debate social e na análise da realidade, perde-se uma parcela importante da formação. Esses fatores condicionam o profissional a ser pouco afeito ao trabalho em equipe e despreparado para a Saúde Coletiva.

Há ainda a resistência ao trabalho do fisioterapeuta na Saúde Pública, pela crença da perda de reconhecimento social, na medida em que deixa de atender a uma clientela mais elitizada, dedicando-se à uma população que tem acesso escasso ao seu trabalho. Schwingel (2002), porém, afirma que essa área é alternativa viável para o fisioterapeuta, devido ao seu saber acumulado e à possibilidade de participar efetivamente na transformação social que se faz necessária na saúde. Há o exemplo do próprio autor, cuja atuação na Saúde Pública ocorre há mais de cinco anos, quando deixou o atendimento privado para trabalhar em equipe multiprofissional, na prática do diálogo constante com os demais atores do sistema, sejam estes pacientes ou colegas profissionais de Saúde.

Nesta mesma direção, é possível indicar outro autor que entende que:

O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apóiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular,

prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras (BARROS, 2002, p. 9).

Faz-se necessário um diálogo maior com a comunidade para que sejam detectadas claramente as suas demandas e o que a Fisioterapia pode oferecer como contribuição, devendo esses profissionais serem abrangentes e agregar em qualidade de vida à população no seu cotidiano, nos seus hábitos, na sua percepção de saúde, do bem-estar e da corporalidade.

No entanto, percebo que a consciência individual do fisioterapeuta quanto a aspectos relacionados à Saúde Coletiva é fruto da interação social/verbal de consciências individuais de outros fisioterapeutas, dando lugar à ideologia da categoria a partir do universo social dos signos desses profissionais. A consciência da necessidade de transformação da profissão com bases na Saúde da coletividade ocorrerá em cada indivíduo no momento em que a categoria estiver formada por indivíduos sociais (sociedade organizada), recriando seus signos ideológicos, para então ocorrer mudanças efetivas.

Após exposto o percurso do fisioterapeuta no campo de conhecimento da Saúde Coletiva, verifica-se ainda que, mesmo com pouco tempo de profissão, os fisioterapeutas detêm o saber, executam e controlam o processo de trabalho no campo da Fisioterapia e podem atuar em uma ou várias áreas/especialidades. Apesar desse potencial, embasar as atividades profissionais ao campo da Saúde Coletiva é tarefa árdua para aqueles desinteressados para com o progresso da profissão como Ciência ou seu reconhecimento na sociedade, contudo, torna-se prazeroso e compensatório para aqueles engajados rotineiramente na tarefa de elevar a Fisioterapia. A seguir, passo aos aspectos sociais e humanos que compõem o dia-a-dia profissional do fisioterapeuta, principalmente daqueles engajados na atenção à saúde da coletividade.

2.1 Aspectos sociais e humanos na prática da Fisioterapia

As afinidades de pesquisa de três médicos chamados Morelli, Conan Doyle e Freud, ao estudar a cultura ocidental e a maneira pela qual se manifestou a sua ordem dentro da Medicina, configurou um modelo de conhecimento no âmbito das

Ciências Humanas, e foi publicado em forma de ensaio em 1979, pelo historiador Carlo Ginzburg (apud CARDOSO, 2002). O estudo repercutiu nos meios acadêmicos ligados às Ciências Sociais como um debate paradigmático em função de suas características semióticas. Assim,

Foi necessário que, primeiro, as 'coisas' se dotassem de historicidade, como aconteceu com o trabalho, a vida e a linguagem, para que o homem, porque vive, trabalha e fala, se descobrisse tendo uma história e que esta, de alguma forma, lhe dita o que pode ser, pensar e fazer (VAZ, 1977 apud CARDOSO, 2002, p. 137).

Naquele momento entendeu-se, nitidamente para os estudiosos da Medicina da época, que a explicação da existência das ordens empíricas estabelecidas para todo ser humano, das leis e dos princípios que a governa, vem da Filosofia, Sociologia e da História. Nesse sentido, autores como Ibáñez & Marsiglia (2000) descrevem que a inserção da Saúde no campo das chamadas Ciências Biológicas incorre em um reducionismo do seu objeto e das concepções acerca de suas práticas, sobretudo vistas apenas como aplicação de técnicas precisas e objetivas. E ainda, um olhar histórico sobre os tipos de conhecimento e seu desenvolvimento redireciona a visão atual para a complexidade do objeto dessa área, e sua interdependência com as chamadas Ciências Humanas e Sociais com a Filosofia, Antropologia, Sociologia, Política, etc.

Ao analisar os discursos dos fisioterapeutas, e ao recorrer ao campo da Saúde Coletiva, desvela-se uma sub-área desta, as Ciências Sociais, cujas atribuições podem ser resumidas em examinar a parte que cabe às palavras na construção das coisas sociais, e a sua contribuição na luta de classificações, por constituição das classes, sejam sociais (BOURDIEU, 1998) ou mesmo profissionais.

Em um primeiro momento, os estudos das Ciências Sociais tendo como foco a área de Medicina centram-se “nas diferenças comportamentais dos doentes, atribuindo-se essas diferenças a fatores como etnicidade, cultura, classe social, nível educacional, escolaridade, idade, sexo e outros” (QUEIROZ; CANESQUI, 1986a, p. 155). É nesse ponto que o senso comum dá lugar à Ciência, por meio do método Positivista, responsável pelo surgimento de um percurso científico dado por pesquisas nas Ciências Sociais.

A partir do século XVI, as transformações econômicas do Ocidente Europeu induziram à renúncia do pensamento sobrenatural para explicar os fatos,

substituindo-o por uma indagação racional. Posteriormente, o pensamento filosófico do século XVII contribuiu para popularizar os avanços do pensamento científico, com os chamados racionalistas, e seus empregos sistemáticos da razão e do livre exame da realidade. O pensamento social acompanhava a produtividade dos dados estatísticos, e em suas descobertas de que o processo histórico possui uma lógica passível de ser apreendida, abria pistas para a investigação racional da sociedade. Vico (1668-1744) afirmava que a sociedade podia ser compreendida porque, ao contrário da natureza, constitui obra dos próprios indivíduos. Por sua vez, Vico influenciou os historiadores escoceses da época com sua postura diante da sociedade, como David Hume (1711-1776) e Adam Ferguson (1723-1816), e que foi amadurecida posteriormente com Hegel e Marx. Da mesma época são os estudos iniciais da sociedade enquanto grupos, e não indivíduos isolados, com Ferguson (CAMARGO, 1999).

O Positivismo inspirou-se em três correntes filosóficas, a saber: Iluminismo, Romantismo e Materialismo. O Iluminismo contou com os chamados “ideólogos da burguesia” que procuravam transformar a sociedade da época, atacando de forma impiedosa a sociedade feudal. Os iluministas partiram de seus antecessores do século XVII, como Descartes, Bacon, Hobbes porém, substituindo a Dedução por uma explicação da realidade baseada no modelo das ciências da natureza, combinando o uso da razão e da observação para analisar quase todos os aspectos da sociedade. Além disso, os iluministas concebiam o indivíduo como dotado de razão, possuindo uma perfeição inata e destinado à liberdade e à igualdade social. Reivindicavam a liberação do indivíduo de todos os laços sociais tradicionais, pois para eles, as instituições, tal como as corporações e a autoridade feudal, eram irracionais e injustas, constituindo um obstáculo à liberdade do indivíduo e sua plena realização (CAMARGO, 1999).

Ao pensar nas intervenções em saúde, as práticas relacionadas à Medicina surgem com os elementos mágico-religiosos e com os adivinhos e benzedeiros para combatê-la. Contudo, a doença passa a ser entendida como tendo causas naturais, a partir de Hipócrates, o pai da Medicina, que a coloca como objeto de observação e estudo.

É nesse sentido que o conhecimento da realidade e a vontade de transformá-la uniam-se, dando lugar à Filosofia como um valioso instrumento prático que criticava a sociedade presente, vislumbrando outras possibilidades de existência

social, além das existentes. As formas de pensar e o próprio homem da época apresentavam-se em evolução, distanciando-se das interpretações baseadas em superstições e crenças infundadas, o que permitiu a abertura de um espaço para a constituição de um saber para os fenômenos histórico-sociais (CAMARGO, 1999).

O Romantismo foi outra corrente filosófica que influenciou o Positivismo, nascendo como reação espontânea e lógica contra o Iluminismo. Rosseau, como um de seus precursores, afirmava que para alcançar a felicidade, para curar a sociedade e para compreender a realidade, o homem deveria guiar-se não pela razão, mas pelo sentimento, pela Intuição, pelo instinto. Os valores que tinham sido renegados pelo Iluminismo, são exaltados no Romantismo: o que há de irracional e espontâneo no espírito humano, a imediação, o poder dos sentimentos e a força da tradição (CAMARGO, 1999).

A terceira corrente filosófica que surge como inspiração para o Positivismo é o Materialismo, como fenômeno recorrente na história do pensamento, sob formas e matizes diferentes e encontrado em todas as épocas. As premissas para uma interpretação materialista do real já estão presentes no pensamento moderno, desde o momento em que o método científico e a experiência sensitiva foram elevados a critério supremo da verdade. A própria Ciência favorecera o Materialismo na medida em que eliminara o mistério, o sobrenatural, o espírito. Um impulso decisivo para o Materialismo foi dado por Hegel, com a eliminação da dicotomia entre real e ideal, entre realidade pensante e realidade pensada, entre espírito e matéria, e com a resolução de toda a realidade da história. Os seus discípulos, principalmente Engels e Marx, chegaram à constatação de que para o desenvolvimento histórico, têm mais importância os fatores econômicos do que as teorias filosóficas, como catalisadores de todos os outros motivos favoráveis ao materialismo e os tornam operantes (CAMARGO, 1999).

De tal modo, a Sociologia médica vinha se desenvolvendo com uma característica paradoxal. Os fenômenos, o meio e os temas com os quais estes sociólogos estavam interessados eram relativamente restritos e seletivos:

Dentro deste esquema de referência, nós temos dirigido uma larga porção de nossa atenção para os médicos, muito menos para as enfermeiras, e uma **negligenciável quantidade para muitos outros grupos de profissionais, semiprofissionais, e não profissionais que se dedicam ao trabalho médico ou medicamente orientado.** (...) Durante as três últimas décadas, temos devotado milhares de

páginas para debater os méritos e deméritos dos conceitos do papel de doente e do comportamento frente à doença. Em nossas discussões sobre profissionais médicos, temos estado preocupados, se não obcecados com a dominação profissional do médico, a institucionalização de seu individualismo e autonomia, sua insistência sobre a auto-regulação e autocontrole, seu senso de hierarquia, seu paternalismo e seu poder sobre os corpos, mentes e comportamento dos pacientes, assim como sua soberania econômica e política (FOX, 1985, s.p. apud NUNES, 2003, grifo meu).

Ao tratar da Sociologia médica funcionalista e da Antropologia médica, a primeira desenvolveu modelos processuais de determinação social da enfermidade que permitem inferir a saúde como um papel social e como resultado de um processo cotidiano de construção de respostas sociais. A Antropologia médica permaneceu limitada às práticas curativas e à perspectiva da saúde como ausência de enfermidade. Contudo, uma teoria desenvolvida por esse campo, chamada teoria dos sistemas de signos, significados e práticas, abre a possibilidade de incorporar a doença no próprio conceito de Saúde, à medida que vê a experiência do adoecimento como uma forma de reestruturação da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

O Positivismo possui como um dos aspectos mais originais e interessantes a *preocupação humanística*, com o objetivo de adquirir um conhecimento exato do homem como ser social, empregando para isso o método das Ciências experimentais. Essas Ciências estariam aptas a formular leis relativas ao desenvolvimento dinâmico da realidade natural, e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do mundo Social humano. Essa preocupação humanística também é bastante viva no Materialismo, cujo objetivo fundamental é libertar o homem, tanto das alienações ideológicas ou das sujeições e opressões políticas (CAMARGO, 1999).

Visto que o caráter da observação que se pretende nesta dissertação não é neutro, objetivo e desligado dos fenômenos, como nas Ciências Naturais, e que não se pretende uma aceitação passiva do *status quo* social, ignorando-se os conflitos ideológicos, justifica-se aqui a necessidade de uma ruptura epistemológica total com o Positivismo, pois entendo que somente o Materialismo, pautado na teoria marxiana, é capaz de trazer uma solução radical e coerente aos problemas da sociedade, conforme visto neste capítulo.

As lacunas e temas de pesquisa não desenvolvidos na Sociologia médica são a feminilização da profissão médica, as mudanças demográficas na composição de pacientes e na natureza e frequência dos problemas de Saúde, as condições humanas dos profissionais de saúde, incluindo os mecanismos de defesa e de enfrentamento no trabalho, a retomada de estudos sobre o hospital, **especialmente voltados para as comunidades ocupacionais formadas pelos não-médicos e paramédicos**, etc. (FOX, 1985, s.p. apud NUNES, 2003, grifo meu).

No entanto, o campo dessa Sociologia compõe-se não somente por sociólogos médicos, mas por profissionais com formações diversas, ou em áreas do conhecimento específicas, tais como: família, organização das profissões, ciclo da vida e estratificação social. Dessa maneira, as tradições intelectuais de outras áreas do conhecimento podem ser trazidas para o campo da Sociologia médica (NUNES, 2003).

O excesso de direcionamento das pesquisas em Ciências Sociais na área da Saúde relacionada ao médico pauta-se no fato de ser este o primeiro profissional a surgir na área, na era pré-cristã, com os estudos de Hipócrates (468 – 377 a.C.). Com relação à posição ocupada na sociedade, os curadores antigos (sacerdotes, físicos) ou os doutores contemporâneos,

Sempre necessitaram de legitimação social, para o desenvolvimento de suas práticas, bem como pela posição social e certo poder que essas práticas lhe conferiam na sociedade, de um controle social, por meio de normas, códigos e leis sobre seus atos (IBÁÑEZ & MARSIGLIA, 2000, p. 50-51).

A legitimidade social da categoria médica propõe-lhe uma posição hegemônica na área da Saúde, imbuída de ideologia³, de modo a dominar as práticas e ações sobre as demais categorias profissionais, a exemplo da Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, entre outras. Não obstante, todas as profissões visam ao controle social e conseqüente hegemonia, com os Códigos de Ética profissionais e com a regulamentação efetuada pelos Conselhos Federais e Regionais.

³ A ideologia enquanto universo social dos signos do homem (BAKHTIN, 2002), faz da Medicina um signo a partir do índice social de valor que possui na área da Saúde. Ainda, para a teoria marxiana, a ideologia é uma superestrutura situada imediatamente acima da base econômica.

A preocupação humanística viva no Materialismo estende-se à área da Saúde no que se refere à necessária oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A esse conjunto de fatores dá-se o nome de Humanização na Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde brasileiro como política nacional no ano de 2004 – o HumanizaSUS. Apesar de ser instituído como uma política pública, “a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 8), extensível ao sistema privado de Saúde.

Essas mudanças, consideradas fundamentais para o nascimento de uma nova prática na Saúde, resultam de uma relação complexa entre teoria e prática. Entretanto, para Caprara & Franco (1999), no momento, a Medicina não se encontra preparada para o desafio, no dever de superar limites de recursos convencionais e supostamente universais. O conflito fica ainda mais explícito se considerarmos os fatores sócio-políticos determinantes do processo saúde-doença⁴.

Uma das explicações para o médico colocar-se como repetidor dos conhecimentos habilitados pela Ciência, reside no fato do profissional estar presente no universo das séries de produção, marco da sociedade industrial-tecnológica. A Medicina passou pela universalização dos seus atos tendo como objeto da sua Ciência o doente, que abdicou de suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente (SCHRAIBER, 1993). O fisioterapeuta não participou da transformação da sociedade em industrial-tecnológica, devido ao pouco tempo de reconhecimento da profissão, não havendo, portanto, barreiras para que utilize a Humanização na sua atuação profissional, a menos que sua atuação profissional esteja apenas pautada na herança das práticas médicas.

Para Gava (2004, p. 71), os cursos de Fisioterapia, atualmente, “deparam-se, por um lado, com a realidade da estrutura clássica do ensino de saúde e, por outro

⁴ Na visão materialista histórica e dialética, mesmo se tratando de possuir saúde ou doença em um grupo, a sua expressão é social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem, desvinculada do momento histórico. O processo saúde-doença é um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção: os processos de trabalho, os perfis de consumo e as conseqüências destes perfis nas diferentes formas de vida, que se articulam às correspondentes condições favoráveis de saúde e sobrevivência, assim com as condições desfavoráveis, isto é, os riscos de adoecer e morrer (EGRY, 1996).

com a prática que pede um maior envolvimento com o ser humano”. A discussão sobre a concepção de homem é fundamental para a elaboração e gestão do curso e para o futuro da Fisioterapia, dentro da área da Saúde e como campo de conhecimento.

Para o fisioterapeuta, o corpo do homem tornou-se objeto de estudo de suas intervenções terapêuticas. Mas, conhecer e olhar, apenas a dimensão corpórea do homem é ver apenas uma parte do todo. Da mesma forma, não se pode perceber o homem por suas idéias e atitudes, sem conhecer seu corpo (GAVA, 2004, p. 73).

Com isso, o fisioterapeuta deve conhecer a si próprio e reconhecer a totalidade antes de intervir com o outro, no sentido de libertar-se do individual, pois a profissão implica em doação, abrir-se ao problema do outro (paciente) e ajudá-lo, mudar a realidade deste ou adaptando-o a ela. O conhecimento da totalidade também permite explicar o conceito de Interdisciplinaridade.

Atualmente, outro aspecto social e/ou humano que contribui à Saúde como área e que, para Schwingel (2002) tem maior impacto sobre a atuação do fisioterapeuta, é a Integralidade da atenção. É uma das diretrizes do SUS e trata do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Contudo, a Integralidade não se limita à uma diretriz do sistema de Saúde público e gratuito do país, mas possui um conjunto de valores que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária, cujo objetivo é humanizar o atendimento ao usuário, resgatar o direito a um tratamento de qualidade, com respeito às necessidades do indivíduo, agregando a prevenção, promoção, assistência, recuperação, pesquisa e educação em Saúde (SCHWINGEL, 2002). Segundo Mattos (2001), a marca maior do sentido da Integralidade seria compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de Saúde que um paciente apresenta.

As atuais discussões em torno de conceitos e práticas de Humanização e Integralidade na assistência surgem com intensidade nas graduações da área da Saúde. Os currículos do Ensino Superior estão sendo readequados para que os egressos da universidade atendam às necessidades sociais da população do país. A disciplina de Saúde Coletiva é colocada em evidência neste momento, para que seus conceitos, principalmente os que articulam a Saúde às Ciências Sociais e Humanas, sejam apreendidos pelos acadêmicos e profissionais.

A interdisciplinaridade de pesquisa nessas diferentes áreas que se articulam, possibilita uma análise autêntica da comunicação verbal de profissionais fisioterapeutas que trabalham em equipe, na saúde de uma coletividade. São reveladas as características próprias do discurso da categoria, determinadas socialmente e ideologicamente, e convergem de maneira objetiva para a efetividade da intervenção em Saúde, levando em consideração conceitos como Humanização e Integralidade.

2.2 Diferenças entre Saúde Pública e Saúde Coletiva

A Saúde, como área, refere-se ao âmbito coletivo, público e social, sendo historicamente marcada por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das articulações entre sociedade e Estado, que definem as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde que a população enfrenta.

Rosen (1980) revela que bases doutrinárias de discursos sociais sobre a Saúde emergem na metade do século XVIII, na Europa Ocidental, na disciplina que os corpos assumem mediante intervenções sobre os sujeitos. Há o discurso sobre a boa saúde circunscrito à esfera moral, com um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual – a Higiene – e outro discurso e práticas de saúde em instância jurídico-política com a responsabilização do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à Saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social – a Polícia Médica.

A Medicina Social surge entre 1830 e 1880, na Inglaterra, França e Alemanha, com a compreensão de que a crise sanitária advinda da Revolução Industrial é um processo político e social, ou seja, “a medicina é política aplicada no campo da saúde individual e que a política nada mais é que a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade”. Assim, o movimento da Medicina Social gera importante produção doutrinária e conceitual que fornece as bases para os esforços subseqüentes do pensamento sobre Saúde na sociedade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 37).

Em paralelo, e diferentemente, outros discursos e práticas na Inglaterra e Estados Unidos ocorrem sobre as questões da Saúde, baseando-se na aplicação de

tecnologia e na organização racional para atividades profiláticas de saneamento, imunização, etc, destinadas a populações e setores excluídos – o Sanitarismo. A partir daí, a Saúde Pública é batizada, redefinindo diretrizes da teoria e prática no campo da Saúde Social no Ocidente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Inicia-se posteriormente, nos Estados Unidos, uma reavaliação das bases científicas da Medicina, redefinindo-se seu ensino e sua prática a partir de princípios tecnológicos rigorosos – o Relatório Flexner. No contexto desse modelo conceitual, que reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, surgem contraditoriamente as primeiras escolas de Saúde Pública (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Em meio aos processos no campo da Saúde, articula-se, a partir daquele país, uma reforma setorial nos moldes dos países europeus, incorporando a prevenção, principalmente ao ensino médico, “orquestrando uma internacionalização da Medicina Preventiva já francamente como movimento ideológico”, a partir da Organização Mundial de Saúde – OMS – e da Organização Panamericana de Saúde – OPS (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 40).

A conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual em torno de questões sociais, organizou nos Estados Unidos o movimento da Saúde Comunitária (Medicina Comunitária), com a implantação de centros comunitários de Saúde subsidiados pelo governo federal, destinados a efetuar ações preventivas e cuidados básicos de saúde:

A proposta da Saúde Comunitária inegavelmente recupera parte importante do arsenal discursivo da Medicina Preventiva, particularmente a ênfase nas então denominadas “ciências da conduta” (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Entretanto, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destina-se não a facilitar a relação médico-paciente ou a gestão institucional em saúde, como no movimento precedente, mas sim a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades “problemáticas”, através da identificação e cooptação de agentes e forças sociais locais para os problemas de educação em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 42).

Na década de 80 do século XX, a retórica da Saúde Comunitária integra-se às primeiras iniciativas de reforma do setor Saúde nos países subdesenvolvidos, como o Brasil. Outros movimentos relacionados à atenção à Saúde são propostos em todo

o mundo, a partir da Medicina ou Saúde Comunitária, com elementos discursivos que zelam pela participação da população na definição de políticas públicas e fiscalização da gestão em Saúde, além da ênfase à promoção da Saúde mediante incentivo a mudanças dos estilos de vida ou nos comportamentos considerados de risco (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, etc.).

Nos últimos 25 anos emerge, devido à crise enfrentada pela Saúde Pública na tentativa de implementar uma reforma no setor pautada na práxis voltada para os determinantes de Saúde, um campo que se designou como Saúde Coletiva. Neste campo é possível estabelecer a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da Saúde Pública institucionalizada, seja no campo científico, no âmbito de práticas e mesmo como atividade profissional. Algumas diferenças podem ser pautadas entre os termos, conforme demonstra o quadro 1:

QUADRO 1		
Diferenças entre Saúde Pública e Saúde Coletiva		
Tópicos	Saúde Pública	Saúde Coletiva
Conceito de Saúde Doença	Empírica, reduzida ao plano fenomênico e individualizado da causação etiológica.	Determinação histórica do processo coletivo de produção dos processos de saúde-doença.
Ancoragem metodológica	Método empírico-analítico (estrutural-funcionalista, Popperiano ou fenomenológico).	Método dialético fundado na filosofia da práxis.
Centralização da ação	Sob a ótica do Estado e seus interesses nas sociedades capitalistas.	Demandas originárias da luta popular e crítica-renovação do “que fazer” estatal.
Amplitude e dinâmica das mudanças	Melhorias localizadas e graduais, dentro das possibilidades limitadas e definidas pelo Estado.	Mudanças radicais, consideradas as dialéticas das possibilidades e necessidades resultantes do embate Estado e Sociedade.

Fonte: BREILH, 1990, p. 128-129 apud EGRY, 1996.

A Saúde Coletiva é entendida por Paim e Almeida Filho (2000, p. 59-60, grifos dos autores) como “*campo científico*, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto Saúde e onde se operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos”, e ainda como “*âmbito de práticas*, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes, dentro e fora do setor Saúde”.

Alguns dos pressupostos básicos de orientação ao ensino, pesquisa e extensão em Saúde Coletiva no Brasil são demonstrados por Paim (1982, p. 18-19), e sugerem o entendimento da Saúde Coletiva como Ciência ou disciplina científica:

- a) A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade;
- b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais;
- c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar do objeto sugere a integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações; (...)
- f) O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.

Mais recentemente, a Saúde Coletiva é apontada como um campo interdisciplinar. No Brasil, Canesqui (1997) divulga um trabalho de construção de novas teorias, com investigações concretas buscando a aplicação de métodos das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva, emergindo novos objetos de conhecimento e intervenção, como a comunicação social em Saúde. Esse campo de conhecimento de natureza interdisciplinar tem como disciplinas básicas a epidemiologia, o planejamento/administração em Saúde e as Ciências Sociais em Saúde. A Saúde Coletiva abrange, portanto, um conjunto articulado de práticas científicas, técnicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas na academia, instituições de saúde ou outros locais determinados como “setor Saúde”, a partir de distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em Saúde (PAIM, 1992).

A Saúde Coletiva representa, finalmente, um conjunto de práticas que não se submetem ao modelo de Saúde Pública institucionalizado nos países centrais, como movimento ideológico ou como modo de organização de serviços de Saúde. Porém, nada que se refira à Saúde do público – de indivíduos, grupos étnicos, classes sociais, etc. – será estranho à Saúde Coletiva.

Como a finalidade é intervir sobre a saúde da coletividade, por meio do conjunto de trabalhadores em Saúde, com o objetivo de transformar o perfil de

saúde-doença (EGRY, 1996), a Saúde Coletiva é campo de conhecimento de diversos profissionais de Saúde que estiveram nos bancos de uma universidade/faculdade, a exemplo de fisioterapeutas.

2. 3 A equipe de saúde e o fisioterapeuta

Os problemas da sociedade, em geral, transcendem os limites e as definições de uma profissão e exigem conhecimentos além daqueles que domina o agente de uma determinada profissão (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Esse fato determina a complementação entre as profissões da área da Saúde, pois fazem parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, cada qual com suas especificidades de conhecimentos e práticas.

Porém, para Trelha, Gutierrez e Cunha (2002), essa especialização do conhecimento, ao invés de possibilitar avanço, pode gerar fragmentação e alienação. Muitas vezes, os profissionais da Saúde compartilham apenas o espaço físico, mesmo durante suas visitas aos doentes internados ou no estudo do prontuário do paciente, com raros momentos de integração. A segmentação do atendimento ao paciente por diversos profissionais, nos ambientes assistenciais, pode gerar uma situação de competição por espaço na assistência ao doente e conflitos que podem prejudicar o tratamento.

É visível que, devido às características em que foi dado o início da atuação profissional, a Fisioterapia busca constantemente o reconhecimento e a autonomia assegurada por lei. Contudo, no que se refere ao atendimento em Fisioterapia, há uma necessidade estabelecida por planos de saúde e até mesmo pelo SUS, de encaminhamento ao tratamento fisioterapêutico mediante consulta e concordância médica.

A Fisioterapia é uma das profissões com consciência de que o trabalho em equipe de Saúde tem por necessidade congregar diferentes profissionais e suas ações para a promoção, tratamento ou recuperação da saúde de um indivíduo ou de uma coletividade. O fisioterapeuta participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar nesses três níveis de atenção à saúde, com o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar para constituir uma nova forma de organizar os serviços de saúde.

Visto que a multiprofissionalidade é constantemente buscada, esta deve ser analisada sob o ponto de vista da integralidade da assistência, pois o primeiro termo define que todos os profissionais estarão atuando em um determinado momento ou em determinada área, cada um por si. A interdisciplinaridade ocorre no momento em que todos esses profissionais de Saúde trabalham em conjunto, o que é fundamentado legalmente na integralidade da assistência, a ser ofertada pelo SUS, garantida pela Constituição Brasileira.

Em relação ao processo de trabalho em Saúde, inserido no setor terciário da economia ou de serviços com crescimento significativo no Brasil no final do século XX, sua característica é não-material ao desenvolver um produto na realização da própria atividade assistencial a ser consumido no ato da realização. Apesar da Saúde inserir-se no setor terciário da economia, o trabalhador em Saúde não produz lucro para o sistema capitalista, pois sua produção é consumida no mesmo ato de sua atividade profissional. Como o produto “assistência à saúde” é a própria realização da atividade, o profissional de saúde não produz valor, sendo sua atividade desvalorizada na sociedade.

Quanto aos recursos humanos empregados na área da Saúde há ainda uma clara organização, mais nítida no sistema público, em torno de uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliares. Schwingel (2002) fala da dificuldade em imaginar uma equipe multiprofissional com apenas quatro elementos presentes, situação agravada pelo aspecto cultural de valorização do médico em relação aos demais. O resultado corrobora com a realização de tarefas do cotidiano de forma mecânica, diminuição das reuniões de equipe e elaboração de protocolos que normatizem procedimentos.

Os médicos continuam, até hoje, com o poder legal de exercer qualquer ramo do ato assistencial em saúde. No entanto, os demais profissionais de saúde não podem desenvolver atividades que são privativas dos médicos como a realização do diagnóstico clínico-cirúrgico, a decisão sobre a terapêutica e a decisão sobre a internação e alta hospitalar (PIRES, 1999, p. 33-34).

O modelo tradicional de assistência à Saúde, estruturado sob o modo de produção capitalista, fundamentado no trabalho coletivo, cujo elemento central da assistência é o médico e os demais profissionais atuam como práticas auxiliares, é mantido por diversos fatores. São citados por Pires (1999): a falta de mecanismos de

controle da qualidade da assistência prestada, a organização histórica das profissões de Saúde, o tratamento dado ao “paciente” como ser passivo ao receber a assistência à Saúde, a influência do modo de produção capitalista do trabalho em Saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimento em Saúde.

O trabalho em Saúde é, para Marx (1985 apud VAZ, 1999), um trabalho em cooperação, e a formação da linguagem no/do trabalho, para seus agentes, considerando as condições do trabalho de modo a introduzir novos conhecimentos, deve contemplar a especificidade de cada um dos agentes envolvidos.

A força do homem isolado é mínima, mas a junção dessas forças mínimas gera um força total maior do que a soma das forças reunidas, bastando a simples união delas para diminuir o tempo e aumentar o espaço em que executa a operação (MARX, 1985 apud VAZ, 1999, p. 62).

O trabalhador desfaz-se dos limites de sua individualidade e a expressão viva do trabalho tem significado coletivo no trabalho cooperado. Essa linguagem coletiva das ações do trabalho são capazes de manter o ambiente externo ou transformá-lo, produzindo produtos esperados ou potencializados em suas significações. A saúde, enquanto produto das relações sociais do homem, encarna-se em signo pois, como universal concreto, se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Para Vaz (1999), as ações coletivas situam-se essencialmente na exterioridade do mundo dado e são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito estruturalmente social.

Na busca de contribuir para a reorganização do sistema de Saúde pública, inserindo o fisioterapeuta nas equipes de trabalho e demonstrando seu potencial, profissionais, docentes e residentes em Saúde Pública, atuam junto às equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Locais como Quixadá no Ceará, em que fisioterapeutas juntamente com a equipe do PSF acompanharam famílias com portadores de diversas patologias e realizaram as intervenções pertinentes, transformaram as condições de agravos em Saúde sofridas por uma população (SILVA, 2002). Há também atuação do fisioterapeuta em locais onde são ofertadas as residências multiprofissionais em Saúde da Família, como Curitiba (Faculdade Evangélica do Paraná) e Cascavel (Universidade Estadual do Oeste do Paraná), cujos cursos são, inclusive, coordenados por esses profissionais que são docentes

das instituições. Ragasson (2003) destaca a importância do fisioterapeuta como agente multiplicador de Saúde, desenvolvendo suas atividades em interação com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar, nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Os fisioterapeutas tem espaço na equipe de Saúde, pois como profissionais são criativos o suficiente para ousar na atuação, socializando o trabalho de recuperação funcional, a orientação especializada, enfim, todo o saber do fisioterapeuta. Esse profissional deve esclarecer à população sobre o seu papel na atenção à Saúde, pois cada vez mais as equipes multiprofissionais estão sendo compostas, trabalhando em conjunto e crescendo enquanto atores de saberes diferentes que se complementam (SCHWINGEL, 2002).

Um outro fator que enaltece o trabalho do fisioterapeuta na Saúde da coletividade é que, nas últimas duas décadas, estudos demonstram uma mudança importante no quadro de doenças, com o aumento na incidência das doenças crônicas e degenerativas. Com o envelhecimento da população, aumentam os riscos de comprometimento funcional e perda de qualidade de vida. A avaliação funcional dos idosos, com acompanhamento do profissional fisioterapeuta, torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado que subsidiarão as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários para com o idoso (CIANCIARULLO et al, 2002).

Porém, em muitos casos, o fisioterapeuta que atua na Saúde da Coletividade na esfera pública, não está contratado mediante concurso público, mas sim na forma de convênios de prestação de serviços, ou seja, não se contrata o profissional, mas apenas as sessões de fisioterapia. Dessa maneira, o fisioterapeuta não é visto como participante da equipe que atua na saúde da coletividade, não participando de fato das atividades da mesma e desconhecendo as interfaces da rotina dos serviços de saúde (SCHWINGEL, 2002). Uma das alternativas para inverter essa realidade é que o profissional faça parte efetivamente da equipe de saúde, complementando as atividades desta com os seus conhecimentos científicos, mudando a condição a que estava-lhe sendo relegada, inclusive com maior inserção política, visando a maior representação nesses espaços democraticamente constituídos.

Nós fisioterapeutas ainda precisamos amadurecer mais nosso papel político, ocupando o lugar que nos é de direito, colocando a nossa

posição nos fóruns de debate das políticas públicas de saúde, dentro dos conselhos de saúde. (...) Nós fisioterapeutas, antes de tudo, somos profissionais transformadores. (...) temos potencial de fazer mais, transformar mais, crescer na nossa ação por uma sociedade inclusiva, socialmente justa, igualitária, onde a saúde seja um direito (SCHWINGEL, 2002, p. 237).

Para Trelha, Gutierrez e Cunha (2002), a naturalização das práticas do espaço cotidiano muitas vezes impede que se perceba a complexidade e a interdependência das ações regulares das pessoas. Em consonância com o que já foi exposto sobre a integralidade da atenção à Saúde, para desenvolver práticas de atenção integral à saúde é preciso falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados, pois não existem profissionais ou serviços de saúde integrais, a forma como as pessoas vivem seus problemas é que é integral.

A complexidade dos problemas, o trabalho em equipes de saúde exige, segundo Pires (1999, p. 47), um trabalho cooperativo interdisciplinar, visando à transdisciplinaridade que rompe com a visão fragmentada da superespecialização, “em que o convencimento se sobreponha à submissão ao poder hierárquico”. O aumento do nível educacional da população, a democratização dos conhecimentos, a introdução de exames diagnósticos auto-informativos, são alguns fatores que permitiriam que as pessoas fossem melhor informadas sobre descobertas no campo da Saúde e ainda sobre direitos de cidadania, instrumentalizando-as para defenderem-se e optarem em relação a tratamentos e procedimentos.

Observa-se que para exaltar o reconhecimento profissional que o fisioterapeuta adquire paulatinamente, vinculado ao contexto social que a Saúde Coletiva o possibilita, é necessário a transposição do discurso ideológico por décadas infiltrado na área da Saúde, exteriorizado principalmente pela categoria profissional médica em busca do poder a eles concedido, pelos demais profissionais de saúde e por seus pacientes.

Contudo, segundo Cardoso (2002), as concepções biomédicas sobre a saúde e a doença pressionam as mentalidades dos indivíduos, pacientes e profissionais, devido às idéias culturais impregnarem-se no discurso médico, decorrente da afinidade entre as Ciências Humanas, História e Medicina, ao relacionar cultura à essência do exercício clínico.

Em se tratando de estudos antropológicos em Medicina, temos autores como Kleinman, que enfatizou os determinantes sociais dos modelos explanatórios, e Good, que ressaltou as relações de poder nos discursos e nas práticas médicas. Porém, em prática, seus modelos não consideraram as relações de poder presentes entre os diversos grupos e classes sociais. Já Bibeau e Corin defenderam o desenvolvimento de uma nova antropologia médica, capaz de superar a dualidade entre cultura e sociedade, com a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas. Essa teoria afirma a necessidade de se considerar o contexto sócio-econômico, político e histórico dos processos de saúde-doença, terminando por introduzir a semiologia popular da enfermidade no próprio conceito de Saúde. Dessa maneira, a teoria amplia o significado da experiência do adoecimento como uma forma de construção simbólica, coletiva e compartilhada da subjetividade (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

O problema freqüente das relações entre representação e ação, entre o dizer e o fazer, em relação à saúde e à doença, mobilizam estudiosos na esperança de encontrar uma relação simples e direta entre informação e crença de um lado, e comportamento de outro. A atual valorização da saúde tal como observada na mídia, não se encontra distribuída igualmente entre as classes sociais. É assim que, para Bakhtin (2002, p. 32), “todo signo está sujeito aos critérios de avaliação ideológica”, podendo a saúde enquanto signo, ser classificada como correta, boa, ruim, etc, em uma determinada população, representando a realidade a partir de um lugar valorativo, pois coincide com o domínio do ideológico. A consciência individual quanto à palavra saúde tem seu significado e só se torna consciência quando se impregna de conteúdo ideológico (semiótico), em contato com a palavra exterior e no meio extraverbal da interação social.

Quanto ao contexto da experiência da doença mediada através de signos, Zola (1966 apud NUNES, 2003) afirma que as diferenças nessa experiência originam-se de percepções e interações sociais mais amplas, tais como crises interpessoais, da interferência percebida com as relações sociais ou pessoais, apoio social da família e amigos, sanção por parte de um ou outro membro da família, interferência percebida da atividade do trabalho ou física, ou da percepção de sintomas num espaço de tempo.

No contexto do discurso verbal do fisioterapeuta, a inserção dos aspectos sociais e humanos teoricamente discutidos há pouco, possibilita ampliar a percepção

do homem como ser social e de suas relações sociais, possibilitadas pelo âmbito de práticas em Saúde Coletiva. Essa suposição será analisada no discurso dos fisioterapeutas entrevistados, vinculados a esse campo de conhecimento, no seguinte capítulo.

3 ANÁLISE DIALÓGICA DO DISCURSO DOS FISIOTERAPEUTAS

Este capítulo trata da análise do discurso dos fisioterapeutas em suas práticas de Saúde Coletiva. Tem o objetivo de verificar como a ideologia se manifesta em seus discursos, como ocorre e se há possibilidade de ampliar o reconhecimento do profissional mediante seu discurso social, favorecido por esse campo de conhecimento e âmbito de suas práticas. Contudo, antes, faz-se necessário um esclarecimento do método e do referencial teórico que sustenta a pesquisa, conforme visto a seguir.

3.1 Caminho metodológico da pesquisa

Após a aprovação e minha inscrição no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* de Mestrado em Letras da UNIOESTE, o problema a ser pesquisado foi delimitado, reescrito o projeto de pesquisa e enviado ao Comitê de Ética em Saúde da mesma instituição. O mesmo obteve aprovação no dia 23 de fevereiro de 2006, sob o número de protocolo 017154/2005 (Anexo a).

A partir de então, apurei os referenciais teórico e metodológico e selecionei a amostra intencional da pesquisa, composta por cinco fisioterapeutas da região oeste do Paraná que atuam em Saúde Coletiva junto à equipes interdisciplinares e/ou multidisciplinares na assistência a usuários do SUS, ou seja, são profissionais que possuem vínculo com os sistemas público municipal ou estadual de saúde.

As entrevistas foram agendadas previamente, e utilizei um gravador portátil para gravá-las, isso após fornecer as explicações pertinentes e os entrevistados terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). As entrevistas passaram por uma pesquisa de campo piloto, em que foram entrevistados dois profissionais fisioterapeutas, sendo uma gravada (Apêndice B e C) e outra na forma de questões impressas que foram respondidas de próprio punho pelo entrevistado (Anexo b). Os dados dos testes-piloto foram analisados e verificados sua consistência. Após alcançados os resultados pretendidos com a pesquisa piloto, prossegui com as entrevistas dos cinco profissionais selecionados.

A pesquisa de campo é do tipo qualitativa, composta de entrevistas semi-estruturadas, efetuadas mediante um instrumento de coleta de dados previamente

estabelecido (Apêndice D), com questões que forneceram elementos para identificar os objetivos pretendidos, como, por exemplo, a rotina com pacientes e entre a própria equipe, verificando as formas de comunicação sócio-ideológicas nas relações interpessoais em Saúde.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra (Apêndices E, F, G, H e I) e analisadas. No mês de agosto foi realizada a qualificação, e, após essa fase, as análises foram confrontadas com o referencial teórico da pesquisa, dando origem aos resultados e à conclusão final da dissertação, apresentada e defendida em banca, e obtendo aprovação pelo Programa de Mestrado *Stricto sensu* em Letras da UNIOESTE.

3.2 Referencial teórico-metodológico da pesquisa

Tendo em vista analisar os discursos dos fisioterapeutas, sobretudo com relação à sua atuação e práxis na área da Saúde Coletiva e Pública, foi necessário traçar o percurso teórico-metodológico da pesquisa. O referencial teórico que fornece suporte a esta pesquisa banha-se na teoria bakhtiniana, na Análise do Discurso e na teoria marxiana, sob a perspectiva materialista histórica e dialética.

Conforme descrito no primeiro capítulo desta dissertação, Bakhtin compreende a linguagem como um sistema de signos e atribui um lugar privilegiado à enunciação enquanto realidade da linguagem. O contexto da enunciação assevera essa realidade. Dessa maneira, a parte não verbal do enunciado das entrevistas analisadas é considerada, após a análise da matéria lingüística. O interlocutor, como elemento ativo na constituição do significado dos enunciados-entrevistas, representado pela figura de um fisioterapeuta entrevistador, atribui a compreensão da análise das entrevistas como signo dialético.

O outro, aqui representado por mim, fisioterapeuta entrevistadora, desempenha papel fundamental na constituição do significado, na visão da linguagem como interação social. A enunciação passa a ser orientada socialmente, buscando adaptar-se ao contexto imediato do ato da fala e aos interlocutores concretos (BRANDÃO, 2004).

A palavra, como produto dessa interação social entre entrevistador e entrevistado, é o lugar privilegiado para a manifestação da ideologia como

“encarnação material”. Para Brandão (2004), o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos lingüísticos é o discurso. A linguagem enquanto discurso é interação, lugar de conflito, de confronto ideológico; é constituída por processos histórico-sociais.

Surge então, na década de 60 do século XX, a Análise do Discurso (AD) cujo centro de reflexões é a relação que se estabelece entre o locutor, seu enunciado e o mundo, com enfoque na posição sócio-histórica dos enunciadores. Tendo por base a interdisciplinaridade que articula o lingüístico ao social, a partir da AD a linguagem passa a ser um fenômeno estudado em relação ao seu sistema interno – enquanto formação lingüística, e também enquanto formação ideológica – que se manifesta por meio de uma competência sócio-ideológica. Assim, os conceitos de ideologia e discurso tornam-se nucleares para a AD (BRANDÃO, 2004).

O Materialismo histórico constitui o quadro epistemológico geral da AD, como teoria das formações sociais e suas transformações. Foi o método de abordagem social elaborado por Karl Marx, pois para ele,

a análise da vida social deve ser feita através de uma perspectiva que, além de procurar estabelecer as leis de mudança que regem os fenômenos, parta do estudo dos fatos concretos, a fim de expor o movimento do real em seu conjunto (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2001, p. 67).

De acordo com tal concepção, as relações materiais e o modo como os homens produzem seus meios de vida compõem a base de todas as suas relações. O fundamento do Materialismo histórico passa a ser o processo de produção e reprodução da vida por meio do trabalho, como principal atividade humana, a que constitui sua história social.

A partir disso, com base na dialética dos fenômenos históricos, Marx tece críticas aos economistas da época, para os quais as relações de produção burguesas eram naturais e independentes da influência do tempo, ou seja, eram vistas como imutáveis. Não apenas os processos ligados à produção são transitórios, mas todos os gerados socialmente, ou seja, idéias, crenças, concepções, pensamentos, consciência, categorias do conhecimento e ideologias, pois dependem de como os homens se organizam para produzir (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2001).

A dialética marxiana tem como base a compreensão e a relação com o todo, considerando que o fenômeno ou processo social é entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. É possível citar a *palavra* versada pelos profissionais de saúde, como um dos indicadores mais sensíveis das transformações sociais, dada como o próprio material ideológico. Porém, a síntese como produto da dialética, “é a visão do conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa situação dada” (KONDER, 2004, p. 37).

A dialética pensa tanto as contradições entre as partes do todo (a diferença), como a união entre elas. Assim, para Oliveira e Quintaneiro (2001, p. 66), “um fenômeno social deve ser submetido à crítica de modo que suas potencialidades possam ser reveladas e, assim, atualizadas numa forma mais evoluída”. Contudo, na Saúde não se pensa ou estuda a dialética como método, pois mesmo na Saúde Coletiva, campo de pesquisa pautado no Materialismo, pressupõe-se ainda o estruturalismo para justificar suas análises. Sendo assim, esta pesquisa utiliza a dialética para interpretar os fenômenos ideológicos que permeiam o campo da Saúde Coletiva (tese, síntese e antítese).

Quanto ao Materialismo histórico e dialético, para Trivinos (1987), o método tem como base filosófica a procura de explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento, que são refletidos na consciência. Essa concepção científica da realidade enriquece-se com a prática social da humanidade. Além disso, para Lowy (1978), as visões de mundo das classes sociais condicionam não somente a última etapa da pesquisa científica social, a interpretação dos fatos e a formulação das teorias, mas a escolha mesma do objeto de estudo, a definição do que é essencial e do que é acessório, as questões que colocamos à realidade, ou seja, a problemática da pesquisa.

Devido ao fato desta pesquisa ter também o enfoque nas Ciências Sociais sob o prisma da Saúde, considero importante trazer o que Minayo (1999) diz sobre a pesquisa qualitativa que está intimamente relacionada às Ciências Sociais. A autora entende que a pesquisa qualitativa preocupa-se com o que não pode ser quantificado, trabalhando com significados, motivos, crenças, valores e atitudes. A presente pesquisa implica também em considerar “sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com

suas crenças, valores e significados” (MINAYO, 1993, p. 22), a exemplo de fisioterapeutas.

É assim que a filosofia marxiana, com seu caráter de abrangência e a partir de uma perspectiva histórica, busca delimitar o objeto de conhecimento, neste caso os discursos dos fisioterapeutas na Saúde Coletiva, por meio da compreensão das suas mediações e correlações para a explicação do social, através da filosofia da linguagem de Mikhail Bakhtin.

3.3 A práxis dos fisioterapeutas na Saúde Coletiva

A amostra de profissionais entrevistados para esta dissertação contou com a participação de cinco fisioterapeutas que trabalham na rede municipal e estadual, encontrando-se vinculados ao Sistema Público de Saúde (SUS), mais precisamente na região oeste do Paraná. Após a coleta dos dados pessoais, tais como idade e estado civil dos entrevistados, a primeira pergunta de interesse à pesquisa teve por base verificar quais cursos de pós-graduação os profissionais frequentaram, bem como saber se buscam uma formação continuada. Com relação à atuação com outros profissionais, o objetivo foi o de observar a integração dos fisioterapeutas com outros profissionais das equipes da Saúde Pública e sua concepção sobre a relação médico-paciente, assim como a função do fisioterapeuta nestas equipes de saúde.

Constatai que quatro entrevistados possuem especialização em áreas técnicas da Fisioterapia, como Ortopedia, Cardio-Respiratória, Dermato-Funcional, Geriatria, além da Acupuntura, que não é exclusiva do fisioterapeuta. Apenas um entrevistado cursou especialização em Saúde Pública (4), e demonstrou ter a necessidade desse conhecimento especializado para exercer sua profissão. Ao serem questionados se a área da pós-graduação era a exercida ou quais as áreas de atuação do profissional nos dias atuais, surgiram as primeiras hipóteses: os profissionais desconhecem a Saúde Pública/Coletiva como área de atuação ou mesmo sendo área de atuação da Fisioterapia, em ambos os casos, não se reconhecem enquanto profissionais desta.

Por meio da análise dos discursos obtidos, foi possível verificar que os profissionais, ainda que atuantes no Sistema Público de Saúde, sentem dificuldades em diferenciar a Saúde Pública e Coletiva. E principalmente, não se sentem

totalmente à vontade neste campo de atuação, uma vez que, pelas especializações concluídas ou pelos cursos que freqüentam, este campo do conhecimento tem ficado relegado a uma atividade que não se liga diretamente à atividade do fisioterapeuta, embora seja possível observar uma maior conscientização, no sentido de adaptação interdisciplinar à equipe que até pouco tempo era apenas multidisciplinar nos municípios em que trabalham:

Entrevistado 1: *“Ortopedia/Traumato e Desportiva.”*

Entrevistado 2: *“Hoje em dia eu só atuo na área de Acupuntura.”*

Entrevistado 3: *“Elas, elas fazem parte da minha atuação, não é exclusivamente essas áreas, mas são as que eu mais atuo, na respiratória e geriatria. (...) Saúde Pública, todos os pacientes da Saúde Pública.”*

Entrevistado 4: *“Sim. Também atuo com órtese e prótese, né...”*

Entrevistado 5: *“A Traumato-Ortopedia sim, (...)”* (a entrevistadora pergunta se tem outra área de atuação naquele local de serviço)
“Aqui tem neuro e respiratória, então são essas quatro. Neuro, respiratória, traumato e ortopedia.”

Conforme as respostas dos entrevistados, percebe-se que o discurso dos informantes três (3) e quatro (4) direciona a uma atuação consciente em Saúde Pública/Coletiva e as suas respostas posteriores aproximam-se com a realidade do profissional que atua na Saúde Coletiva como campo científico e âmbito de práticas, conforme descreve Paim e Almeida Filho (2000).

O quinto entrevistado não se apresenta completamente engajado enquanto profissional da Saúde Pública/Coletiva e os entrevistados um (1) e dois (2) estão com seus discursos deslocados dessa(s) áreas/campos de atuação, apesar de estarem bem embasados quanto ao trabalho em equipe. Nota-se, com isso, que os profissionais têm buscado uma formação diversificada, sobretudo adentrando em outras áreas de conhecimento que não apenas aquelas pertinentes ao campo da Fisioterapia. Percebe-se uma prática que tem procurado a interdisciplinaridade, ainda que este conhecimento não tenha se expandido para os campos da especialização.

Apesar de a maioria dos profissionais entrevistados não terem cursado especialização na área de saúde da coletividade, percebe-se que há uma atitude de humanização, pois, eles reconhecem que a Fisioterapia não pode ser concebida apenas como a aplicação de técnicas. Ou seja, há que se levar em consideração o paciente e seu contexto sócio-cultural, observando-o não enquanto uma

enfermidade que precisa ser tratada, mas sim, como pessoa humana que possui um histórico de vida e de problemas que podem ter determinado a doença.

Por outro lado, a busca de especialização em outras áreas que não são exclusivas dos fisioterapeutas corrobora para o não reconhecimento do mesmo na equipe de saúde. Esse é o caso específico do “fisioterapeuta acupunturista”, quando a entrevistadora questiona sobre o dia-a-dia profissional, se existe apenas uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso, ou ainda quando faz uma pergunta extra ao roteiro de coleta de dados programado:

Pergunta: *“Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso?”*

Entrevistado 2: *“Fisioterapia para mim é a base, existe algumas técnicas que são utilizadas, mas tem muito além da fisioterapia, fisioterapia é só o básico do trabalho... Principalmente no que a fisioterapia me ajuda mais é na questão avaliativa, na questão músculo-esquelética, só. Na questão de encurtamentos musculares, ósseo-musculares, ósseo-articulares. A única coisa que a fisioterapia entra no meu trabalho.”*

Pergunta: *“Vou fazer um adendo aqui nessa pergunta. É, então você se reconhece agora como acupunturista, não mais como fisioterapeuta?”*

Entrevistado 2: *“Como acupunturista, fisioterapia é a base.”*

A análise do discurso do segundo entrevistado demonstra que o desenvolvimento da área de Saúde centrada na superespecialização segmenta não apenas a área, mas as profissões que a suportam, gerando discursos que fogem aos princípios de atendimento integral ao ser humano. Percebe-se um discurso de não-aceitação do próprio profissional, pois ao ser indagado se ele se reconhece enquanto acupunturista ou um fisioterapeuta, ele afirma ser acupunturista e que a Fisioterapia seria apenas a base, embora graduado em Fisioterapia. Esta não-aceitação pode ter sido gerada pelo não-reconhecimento do curso perante a sociedade, pela baixa remuneração e falta de amparo do Conselho, conforme deixa transparecer em seu discurso:

Entrevistado 2: *“Fisioterapia só me decepcionou, desde que eu me formei até os dias de hoje, principalmente por causa da questão da falta de amparo de Conselho, da baixa remuneração, dos convênios, digamos assim uma briga de convênios, se tornam grupos fechados, é como se fosse uma monarquia, porque um grupo domina, e comanda, e os outros grupos, é um trabalho geralmente quase escravo do fisioterapeuta, principalmente, aonde eu conheço, né, que é em Cascavel e no município onde eu tô.”*

A opção por mudar de área de atuação e o não-reconhecimento enquanto profissional de fisioterapia, pode estar relacionado ao não-reconhecimento social, ou mesmo à questão da ideologia dominante de que somente os médicos podem ser reconhecidos como profissionais da saúde e, portanto, agregando a maior parte e subsídios dos convênios para o atendimento da sociedade. A aceitação social é condição para a aceitação pessoal, uma vez que a autoridade performativa do discurso, segundo Bordieu (1996, p. 82), encerra uma autoridade simbólica enquanto poder socialmente reconhecido. O reconhecimento que recebem de um grupo possibilita a autoridade que dá origem à eficácia performativa, na medida que o reconhecimento permite uma espécie de imposição oficial perante todos e em nome de todos.

Bordieu (1996) assevera, ainda, que o mistério da magia performativa se encontra na representação, já que é através dela que o representante (dotado de poder) fala e age em nome do grupo. Trata-se, portanto, da eficácia simbólica dos ritos de instituição das palavras. Os atos oficiais de nomeação são, também, um instrumento de controle social; exemplo disso é a própria nomeação do “médico”, que o torna “autorizado” legal e socialmente à diagnosticar patologias, emitir receituários ou prognósticos com autoridade performativa e “inquestionável” por aqueles que não possuem tal nomeação.

A linguagem e/ou as palavras possuem uma “mágica” social, um peso e um poder capazes de instituir uma dominação legítima que lhe dá existência civil, moral e social. A linguagem autorizada funciona como um dispositivo de poder (um fato coercitivo):

O porta-voz autorizado consegue agir com palavras em relação a outros agentes e, por meio de seu trabalho, agir sobre as próprias coisas, na medida em que sua fala concentra o capital simbólico acumulado pelo grupo que lhe conferiu o mandato e do qual ele é, por assim dizer, o procurador (BORDIEU, 1996, p. 89).

Entretanto, um discurso performativo pronunciado por alguém que não disponha do poder para pronunciá-lo estará condenado ao fracasso. A eficácia simbólica do discurso médico, por exemplo, é um discurso autorizado, que possui as propriedades da instituição que o autorizou a pronunciá-lo: a Medicina, a Psicanálise, a Fisioterapia, etc.

A legitimação do discurso (nomeação/instituição) marca também a propriedade dos ritos sociais de instituição, pois o paciente é instituído como tal através de um rito que tende a consagrar ou legitimar sua “diferença”, uma vez que marca a passagem de uma ordem do “normal” para “anormal/patológico”. Os ritos de passagem configuram uma linha divisória que define um antes e um depois. Essa divisão que o rito de passagem opera “*consagra* a diferença, ele a institui” (BORDIEU, 1996, p. 98). A respeito do rito de instituição ou de passagem Bordieu afirma o seguinte:

instituir é consagrar, ou seja, sancionar e santificar um estado de coisas, uma ordem estabelecida, a exemplo precisamente do que faz uma *constituição* no sentido jurídico-político do termo. A *investidura* (...) consiste em sancionar e em santificar uma diferença (preexistente ou não), fazendo-a *conhecer e reconhecer*, fazendo-a existir enquanto diferença social, conhecida e reconhecida pelo agente investido e pelos demais (BORDIEU, 1996, p. 99, grifos do autor).

Deste ponto de vista, a investidura do médico é dotada de um conhecimento e reconhecimento que lhe garante autoridade performativa no discurso, não só por parte do médico investido, como também, de todos os demais indivíduos do grupo social. A partir do momento que ocorre a instituição, é como se houvesse a consagração de uma ordem socialmente instituída, na qual o discurso médico se reveste de autoridade e prestígio, além de acionar um dispositivo que consagra e sanciona a diferença entre o médico e o paciente e entre os vários profissionais de saúde.

Sendo assim, a linguagem sustenta não apenas o rito de instituição do médico, como também serve de sustentáculo às formações ideológicas que promovem a hierarquia social e o reconhecimento do discurso médico-científico como detentor de poder e autoridade. No entanto, os níveis discursivos não atingem apenas a relação médico-paciente; elas penetram em vários setores, inclusive no processo de formação discursiva dos profissionais de Saúde, em que o discurso dos mesmos surge como revelador de uma ideologia predominante na área de Saúde.

A diferenciação discursiva entre os profissionais geram as divergências, dificultando, muitas vezes, o trabalho integrado entre os profissionais, haja vista que, em busca do próprio reconhecimento, acabam trabalhando em unidades fechadas, cada um com sua área, e não de forma interdisciplinar, em conjunto. No caso do

entrevistado dois (2), mesmo afirmando e reafirmando que, em seu município, o trabalho tem sido desenvolvido de forma integrada, ele deixa transparecer que o relacionamento entre os profissionais é apenas profissional e social:

Entrevistado 2: *“Bom, eu tenho pouco relacionamento com os colegas fisioterapeutas, né, eu tenho mais agora de minha própria área, e nessa equipe multidisciplinar, que são médicos, psicólogos, mais o meu relacionamento é social.”*

Faz-se necessário ressaltar duas coisas importantes no discurso do informante: em primeiro lugar, ele afirma que sua área não é mais a Fisioterapia, mas a Acupuntura, e que seu relacionamento se restringe à segunda, já que seu contato seria com a “nova área de trabalho”; em segundo lugar, o entrevistado reforça que o trabalho na equipe de saúde é multidisciplinar, ou seja, cada profissional atuando em seu campo de “especialidade”, uma vez que a interação seria apenas “social”, em termos de encaminhamentos, mas não de integração e interdisciplinaridade, em que os profissionais atuariam em conjunto.

Ao ser indagado sobre a satisfação com o trabalho, o informante afirma encontrar-se muito satisfeito, sobretudo no sentido financeiro, pois acredita ter achado *“função nessa vida, certo, pelas próprias habilidades, pela visão, que tem não somente do paciente, mas aquela visão total do paciente, é uma totalidade, desde a aura, é, sensação, energia, isso, tenho uma completa realização”*. Neste sentido, o discurso apresenta-se de certa forma contraditório, uma vez que a mudança do campo de atuação da Fisioterapia para a Acupuntura não fica esclarecida se ocorreu em virtude do reconhecimento social e financeiro ou simplesmente porque, na Acupuntura, seria possível ter uma visão total do paciente, ao passo que na Fisioterapia tradicional isso não era possível. Entretanto, é possível observar um elitização (ou soberania) do discurso do profissional de Acupuntura em detrimento do profissional de Fisioterapia, como se o primeiro pudesse englobar mais sua atuação no completo tratamento do paciente, enquanto o segundo não fosse possível, uma vez que trataria apenas o problema localizado, sem o conhecimento do todo ou das demais regiões corporais e espirituais.

Apesar de, em alguns momentos da entrevista, o segundo entrevistado falar de um relacionamento muito mais com características de multidisciplinaridade, em outros momentos, ele afirma trabalhar com a interdisciplinaridade, apontando para

grupos de estudo, conhecimento entre a área de Acupuntura e Psicologia, Medicina, no sentido de buscar um diagnóstico para o paciente e, assim, entrelaçar os conhecimentos das várias áreas. O mesmo ocorre com os demais entrevistados, pois todos afirmam trabalhar com a multi e a interdisciplinaridade, demonstrando uma visão mais abrangente do trabalho interdisciplinar, em que os profissionais da equipe de saúde trabalham em conjunto: psicólogo, fisioterapeuta, médico, pedagogo, fonoaudiólogo, dentista, etc. Os cinco entrevistados apontam para o fato de que o trabalho em conjunto produz mais benefícios ao paciente, uma vez que os encaminhamentos estariam se efetivando na prática e na atuação. Mas, para que esta integração e interdisciplinaridade aconteçam seria preciso, também, que ocorresse uma interação social e comunicativa entre os próprios profissionais, do contrário, o trabalho não se concretiza, já que o ser humano é um ser social que vive e sobrevive pela interação dialógica.

Entrevistado 1: "... a gente, é, procura marcar reuniões a cada três meses, mas a gente tá sempre discutindo quando vem avaliação, ou quando acontece algum evento com o paciente, a gente tá sempre discutindo a situação dele, pra melhor evolução do tratamento..."

Entrevistado 2: "... a gente faz grupos de estudos, conhecimento entre a minha área e a área do psicólogo, o que eu posso ter melhorando na minha área junto com a ajuda do psicólogo, o médico entrando em contato com a Acupuntura..."

Entrevistado 3: "... a gente faz inclusive aqui dentro do programa, reuniões mensais, onde a gente trabalha, estuda o caso de cada paciente, e estuda o que cada profissional pode contribuir com aquele paciente. Então a gente repassa pra cada profissional qual é a tua atuação..."

Entrevistado 4: "... quando eu cheguei aqui, que era assim, muito mais, cada um importava o seu, é, o trabalho. Mas é, e conseguimos graças a Deus interagir mais agora, porque é a grande necessidade, o objetivo do trabalho é o paciente. Não importa que seja, ele melhorar na minha mão, na terapeuta ocupacional, na fono, não importa, o objetivo único é o paciente. Então, através de diálogos, sentar, conversar, questionar algumas coisas, nós conseguimos hoje já um trabalho melhor".

Entrevistado 5: "... a gente faz reuniões na sexta-feira, discussão de caso.(...) a gente tem esse relacionamento interdisciplinar mesmo, de tirar dúvidas, de repente eu tenho dúvidas sobre uma criança que tem respiração oral, né, sobre a parte mais específica da fono, trabalho também respiração bucal aqui com exercícios respiratórios, manobras, tudo, mas vejo também com elas a parte específica, né,..."

Assim, mesmo que na prática a interdisciplinaridade não esteja funcionando integralmente, uma vez que é uma atitude recente e ainda em vias de concretização, há, por parte dos profissionais, a consciência e a vontade de atuar de forma integrada. Eles procuram observar o paciente não apenas em determinado problema, mas no contexto das enfermidades, por meio da interação entre o profissional e o paciente e entre os profissionais de saúde. Assim, pode-se dizer que, embora os fisioterapeutas não tenham uma formação voltada à Saúde Coletiva, a atuação no sistema público de saúde tem proporcionado maior conscientização sobre a necessidade de tais conhecimentos para melhorar o atendimento aos pacientes. Os discursos sociais dos fisioterapeutas apontam para esta integralização de conhecimentos e, assim, colaboram para o reconhecimento do profissional de Fisioterapia dentro das equipes de atendimento pelo SUS.

Fortalece-se essa tendência pois, para Barata (2001, p. 21), a Saúde Coletiva “pretende introduzir novos atores na arena política, conferir voz e intencionalidade a outros sujeitos”. A construção desse campo vem sendo feita através do entrelaçamento de várias áreas do conhecimento, provenientes das matrizes das Ciências Humanas e Biológicas, e o grande desafio da atualidade é o de articular as práticas coletivas – as práxis dos sujeitos coletivos – com a construção de identidades coletivas e individuais.

Devido ao fato da Saúde estar intimamente relacionada a outras instâncias da realidade social, admitiu-se um conjunto de inflexões de natureza sócio-econômica, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre o processo saúde e doença, conferido pela Saúde Coletiva (CANESQUI, 2001). Além do enriquecimento dos determinantes do processo saúde-doença, a Saúde Coletiva é um movimento ideológico em aberto que, no Brasil, contribuiu decisivamente para a construção do SUS. O termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social, fundaram um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica (NUNES, 1996 apud CAMPOS, 2000).

Nota-se que o discurso cartesiano⁵ exteriorizado pela superespecialização e fragmentação da profissão de Fisioterapia determina um pensamento mecanicista no que se refere à conceituação das áreas de Saúde Pública e Coletiva para o segundo entrevistado:

Entrevistado 2: “Pra mim, minha visão de Saúde Coletiva, é vários profissionais, né, tratar um grupo de pessoas necessitadas. E Saúde Pública é, um tratamento interpessoal, só que daí, dentro da consulta na Saúde Pública você pode encaixar essas pessoas no programa de Saúde Coletiva.”

Para Campos (2000, p. 225, grifo do autor), os saberes e as práticas apoiados no positivismo ou no estruturalismo “reforçam a polaridade *objeto* das pessoas, por intervirem sobre os seres reduzidos à condição de receptores”. Há uma progressiva redução dos coeficientes de liberdade e de autonomia dos sujeitos quando as estratégias políticas, sanitárias e terapêuticas são fundadas sobre essas duas correntes filosóficas; sujeitos representados, a análise do discurso do entrevistado dois (2) pelo papel de “pessoas-pacientes”.

No discurso do entrevistado um (1), existe um viés de características positivistas, cujos pressupostos são dominantes no campo científico da Saúde. Ao ser questionado sobre a Saúde Pública, verifica-se uma simbologia sob o termo, marcada por crises, pois como política social que visa o cuidado à saúde dos cidadãos por parte das esferas governamentais, apresenta-se insuficiente e com muitos problemas:

Entrevistado 1: “Saúde Coletiva sob o enfoque do paciente acho é ele poder ter acesso, na Saúde Pública, a todos os profissionais que ele tá, nem sempre é o que acontece. Na prefeitura de um município pequeno, mas eles têm uma sorte grande, eu falo que, a gente sabe que aqui em Cascavel têm mais carência, acho que seria isso, digamos que em Saúde Pública ofertar todas as especialidades da área da Saúde, o que infelizmente não é o que acontece, principalmente em Cascavel. (...) Não adianta você, digamos assim, ter uma Saúde Pública, digamos ah, Cascavel tem uma Saúde Pública, aí falta, não tem fisioterapeuta, aí como que eu posso ter coletiva se eu não estou ofertando todas as áreas, faço descaso?”

⁵ O termo “cartesiano” surge com René Descartes, que estabelece com seu método algumas “verdades” pautadas na razão, deixando de lado as emoções, de características subjetivas. O método cartesiano separa corpo de mente, união hoje considerada, inclusive pela Medicina.

Porém, outro entrevistado possui uma visão mais abrangente sobre o campo profissional da Saúde Pública, e demonstra uma certa tristeza em virtude da escassa possibilidade de atender a toda a demanda da população, visto que há poucos profissionais. Ele reconhece que há muito a ser feito, porém não existe estrutura suficiente para abrir a demanda da sociedade com relação ao trabalho do fisioterapeuta:

Entrevistado 3: "... o que me desgosta é ver, que tem muitos pacientes que precisam, o campo de atuação é muito grande, a demanda de paciente pra serem atendidos pela fisioterapia é muito grande, e a gente não tá conseguindo, tá deixando a desejar, deixa a desejar com os pacientes porque eu não consigo dar conta de atendê-los, porque eu não tenho profissional mas eu tenho uma demanda muito grande. Então isso me frustra um pouco porque eu não consigo fazer o meu trabalho como deveria ser feito na verdade."

A crise da Saúde Pública é percebida de modo diferente pelos distintos sujeitos atuantes neste campo social. Sobre o próprio termo, Paim e Almeida Filho (2000, p. 13), inferem que: "a designação 'Saúde Pública' tem sido usada por referência a um dos mais importantes movimentos ideológicos no campo da saúde do século XX". O termo é então questionado em suas bases conceituais e práticas, e para haver uma reforma no setor Saúde, uma práxis voltada para os determinantes de saúde deve ser implementada, discutindo a questão no terreno público-coletivo-social e as propostas de ação subseqüentes.

Paim e Almeida Filho (2000) afirmam que a emergência da Saúde Coletiva como campo, permite a identificação dos pontos de encontro com movimentos de renovação da Saúde Pública institucionalizada, enquanto campo científico, âmbito de práticas e atividade profissional. De acordo com essa afirmação, é interessante a análise do discurso dos fisioterapeutas voltados e inseridos em suas práticas de Saúde Coletiva, conforme relatam os entrevistados três (3) e quatro (4).

Os discursos desses entrevistados demonstram serem eles profissionais detentores de conhecimento de como ocorre a influência dos processos sociais sobre a enfermidade, desconsiderando apenas a determinação biológica. Algumas formações discursivas são citadas como exemplos, demonstrando a noção do fenômeno "enfermidade" de maneira completa:

Entrevistado 3: *“Não existe um profissional que possa ser retirado da equipe. Até mesmo o assistente social, que, não interfere muito na questão da patologia em si, mas na questão social do paciente, se o paciente não tem condições sócioeconômicas de manter a alimentação, higiene e condições da casa, o paciente não tem a melhora clínica também, né.”*

Entrevistado 4: *“Não adianta nada eu começar a desenvolver técnicas lá, ou até esperar a, a, a pressão abaixar um pouco, se eu não souber o que aconteceu na casa dele, o porque ele está daquele jeito, se ele tomou o medicamento.”*

De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), a concepção de doença como processo que ocorre por má condição ou formação biológica desobriga as instituições responsáveis pela saúde da população, valorizando ainda algumas tendências ideológicas como a exploração do trabalho, a capacidade produtiva e a competição. Dessa forma, há uma responsabilidade das variáveis socioeconômicas na determinação das condições de saúde, bem demonstradas por essas formações discursivas analisadas. De um modo geral, o trabalho integrado entre as equipes de saúde tem levado em consideração o contexto social do paciente, procurando tratá-lo não apenas com técnicas científicas, mas, colocando-o no centro do tratamento.

Como visto no referencial teórico que embasa esta pesquisa, a origem da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras ou atenuadoras a serem utilizadas frente às más condições de saúde, ou seja, há um grande direcionamento às diferentes modalidades de terapia para tratar de determinadas doenças de um organismo.

Para Rebelatto e Botomé (1999, p. 18) as possibilidades de trabalho na profissão parecem esgotar-se nas perspectivas de recuperar as condições de saúde para níveis anteriores a um episódio de doença ou de reabilitar um organismo. “O próprio nome da profissão já evidencia a seleção feita em relação ao que é considerado como objeto de trabalho nesse campo”, uma vez que “Terapia” é uma palavra que, a princípio, exclui algumas modalidades de atuação profissional, como a prevenção de problemas de saúde, a manutenção de boas condições de saúde e a promoção de melhores condições de saúde, que são formas possíveis e importantes no campo da Saúde. Os mesmos autores citam que a linguagem, para falar do objeto da Fisioterapia, é inadequada, insuficiente e dicotômica, pois encobre e distorce o movimento do organismo humano, entre sadio e patológico, como um evento natural que é:

Tal linguagem, se for mantida, dificultará muito a superação do conceito da profissão como eminentemente cuidando da patologia. Mesmo que seja definida de diferentes maneiras, a percepção e a atuação dos profissionais tenderão a se manter (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 231).

Apenas dois entrevistados da amostra, que contraditoriamente não são os de número três (3) e quatro (4), procuram fazer uma interação com o paciente não a partir da aplicação de técnicas, mas da realidade de cada paciente. Estes revelaram em seus discursos o conhecimento da atuação preventiva pelo fisioterapeuta:

Entrevistado 1: “e que com a fisioterapia você pode trabalhar não só com a forma curativa, mas sim a forma preventiva. Eu vou ter a paciente que vai ser hipertensa ou diabética, antes disso ou desde criança orientar ele pra ter uma, uma atividade física, um acompanhamento nutricional diferente, então usar do recurso da Saúde Pública pra não ter até esse problema pro governo não arcar com tanto remédio, tanta despesa. Então acho que a hora que a gente começar a trabalhar muito na área preventiva, o que não é o que ocorre, algumas situações ocorre, mas não é o que ocorre, ah, vai fluir bem mais. (...) o paciente que, quando ele começa a ser submetido a sessões de fisioterapia ele acaba não indo no posto de saúde porque ele tá fazendo fisioterapia, acaba a dor, não toma remédio, então diminui o custo com remédios, diminui o custo das consultas porque ele acaba não indo lá no médico, porque ele tá fazendo a fisioterapia, tá...”

Entrevistado 5: “É, o que mais, assim, interligar mesmo todos os setores, enfermagem, cursos pra gestantes, pra, é, idosos, né. Tem aquela, aqueles pacientes que são de mais riscos de adquirir doenças, que é gestante, prematuro, idoso, então é também tá fazendo um trabalho preventivo, eu acredito que seja mais assim, que esteja interligada, é.”

Em termos de formação discursiva, pode-se dizer que há um discurso consciente do papel da Fisioterapia não apenas enquanto Ciência que tem por função a cura de determinada enfermidade, mas também o papel social de prevenir a população de problemas futuros, com uma constante observação e avaliação daqueles pacientes que procuram o Sistema Público de Saúde. Neste sentido, os entrevistados que apontam para este ato preventivo, embora não tenham uma formação voltada para a área de Saúde Coletiva, demonstram um conhecimento acerca da atuação do fisioterapeuta juntamente com os demais profissionais da Saúde, procurando um encaminhamento que leva à vivência saudável do paciente.

Não é porque o fisioterapeuta trabalha com determinados problemas em um joelho ou em um ombro, por exemplo, que ele não conversará com o paciente, não observará outros problemas e solicitará o posterior encaminhamento e tratamento, como se pode apreender pelo discurso do entrevistado cinco (5), quando afirma o seguinte:

“pra gente poder ajudar as crianças, poder dar um algo mais com a fisioterapia né, de repente ter esse vínculo mesmo com o paciente, de repente ver aquele caso sendo bem, encaminhando, ta passando pelos outros serviços que poderia passar. Então a gente vê toda essa parte, que nem já te falei, dentista, médico, fono, porque é um serviço que só tem aqui pelo município, que seria gratuito, né”.

Já o discurso de outro fisioterapeuta se contradiz quando pensa em conceituar a Saúde Coletiva também como forma de prevenir as doenças de um grupo de pessoas, e na pergunta seguinte referencia a Fisioterapia apenas como profissão reabilitadora, visando ao tratamento das doenças já instaladas:

Pergunta: *E pra você o que é a Saúde Coletiva?*

Entrevistado 2: *“Saúde Coletiva é todos os profissionais estarem voltados à Saúde Pública, estar pensando num coletivo, em termos assim, palestras, em saúde da mulher, saúde do homem, saúde dos hipertensos, dos diabéticos. Na minha opinião Saúde Coletiva é ter um grupo precisando de apoio e várias pessoas dessa equipe de saúde vão dar esse apoio, esse grupo de pessoas que tão necessitadas”.*

Pergunta: *Certo, e você acha que há diferença entre a atuação ou trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública? Tem diferença?*

Entrevistado 2: *“Acredito que nesse município em que eu estou atuando não. Pra mim, minha visão de Saúde Coletiva, é vários profissionais, né, tratar um grupo de pessoas necessitadas. E Saúde Pública é, um tratamento interpessoal, só que daí, dentro da consulta na Saúde Pública você pode encaixar essas pessoas no programa de Saúde Coletiva.”*

O ponto de vista desse entrevistado é condizente com o do período de industrialização em todo o mundo, no qual as relações de produção valorizaram a exploração do trabalho dos que detinham uma menor quantidade de bens materiais. Desse modo, não permitiriam a estes um acesso às melhorias decorrentes do acúmulo de capital e as formas de assistência às condições de saúde reduziram-se ao atendimento de uma população doente, “acometida de males que necessitavam

ser 'controlados', não no sentido de 'não ocorrência', mas de 'mantê-los em níveis' que não perturbassem o sistema social" (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 46).

No sentido da não-perturbação do sistema social vigente e predominante, as profissões da Saúde foram desenvolvendo-se e a atuação profissional e a formação de novos profissionais, nessa área, continuaram e continuam baseadas nos conceitos biológicos da determinação das doenças e na intervenção profissional voltada, sobretudo, para a eliminação dos fatores individuais ou de pequenos grupos: "os problemas de saúde de uma população são considerados como se fossem a somatória dos problemas individuais dos componentes dessa população" (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 47).

As mesmas oscilações no decorrer da História atingem a profissão do fisioterapeuta, que teve seus recursos e as suas diversas formas de atuação voltada, quase exclusivamente, para o indivíduo doente. A assistência por esse profissional ocorre quando a saúde encontra-se em seus piores níveis, para reabilitar ou recuperar condições que o organismo perdeu (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Parece importante ao fisioterapeuta ter seu objeto de trabalho claramente definido e avaliado, para definir e orientar o exercício profissional, caso contrário, a Fisioterapia tem por risco descaracterizar-se ou se tornar socialmente desnecessária e prejudicial, por não ter clareza de sua abrangência e de seus limites e, assim, ignorar as diversas perspectivas de atuação profissional. A "estagnação profissional" de fisioterapeutas não é coerente com o conhecimento disponível em Saúde Coletiva, Psicologia, Educação, Administração, etc. (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Ocorre que muitos fisioterapeutas deixaram ou deixam de se apropriar dos conhecimentos referentes a esses campos durante o curso, conforme demonstrado no discurso que se segue:

Pergunta: Você se considera plenamente apta a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade?

Entrevistado 3: "Eu tô tentando me tornar apta, porque assim, eu não tive a formação pra Saúde Coletiva, na faculdade, não tive nem pra Saúde Coletiva, nem pra Saúde Pública também. É, então eu tô a cada dia aprendendo a lidar com a interdisciplinaridade, com a Saúde Pública, com a diferença que a gente percebe na, na formação universitária que é basicamente hospitalocêntrica e clínica, pro que eu tô enfrentando hoje, que é a realidade da comunidade... eu tô, tô tentando me tornar apta pra, pra essa nova realidade que eu tô atuando."

Nota-se, por meio do discurso do entrevistado, um distanciamento entre a formação e a prática profissional, pois, muitas vezes, não há a preparação para o mercado de trabalho. O entrevistado quatro (4), na condição de docente do Ensino Superior, aponta justamente para esta carência, afirmando que há possibilidades de melhorar, a partir do momento que os formadores conseguirem mudar alguns pontos de vista, uma vez que, *“temos grandes cabeças na faculdade, mas temos grandes orgulhos”*, como se os profissionais tivessem um certo medo *“de se mostrar afetivos também, mas hoje já tá bem melhor”*.

O fisioterapeuta que se encontra atuando com a realidade da comunidade, define seu trabalho por meio da experiência do dia-a-dia profissional, conforme os discursos dos entrevistados três (3) e quatro (4):

Pergunta: *Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?*

Entrevistado 3: *“É, acho, na, na minha atuação aqui, a primeira visão que eu tenho do paciente é qual que é o papel dele naquela família. Quais as dificuldades dele com relação ao, a situação familiar dele, e as situações, as dificuldades dele nas atividades de vida diária dele. Primeiro eu tento ver quais são as principais atividades dele, a partir daí, enxergar o que eu posso fazer pra tentar ajudá-lo a superar essas dificuldades.”*

Pergunta: *Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?*

Entrevistado 4: *“Olha, é, normalmente o que eu vejo, é, eu tento normalmente me colocar no lugar dele, né, primeiramente. É um ser que tá ali, sinceramente, ele está na minha mão, eu tenho que fazer o melhor possível por ele, porque ele tá confiando em mim. E ele tem dúvidas que eu posso ajudar um pouco. Ele tem receios, que eu considero que eu tenho um pouquinho mais de conhecimento da, da, dor dele, vamos dizer assim, mas ele tem conhecimento da dor que ele tá sentindo. Então eu tenho que passar a minha parte, tenho que passar a dele, pra gente ter uma boa relação”.*

Rebelatto e Botomé (1999) argumentam que para romper a inércia profissional existente é a atualização dos conceitos e das aprendizagens que deverão compor o currículo dos futuros profissionais, para que suas atuações caracterizem um avanço em relação ao que usualmente é feito pelo exercício profissional em Fisioterapia. O entrevistado quatro (4), que atua na docência do ensino superior em Fisioterapia, fala um pouco dessa visão, por meio do seu discurso verbal:

Pergunta: *De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?*

Entrevistado 4: *“De um modo geral, bom, como ele se encontra. Eu acho que ainda, se a gente considerar a fase de desenvolvimento motor, engatinhando. (risos). Eu acredito que tá começando... apesar que eu acho assim, que a nossa profissão é a melhor. Ela só tá assim a grandes pulos.”*

Pergunta: *É? Qual é a sua perspectiva?*

Entrevistado 4: *“Melhora, melhora, melhora... Eu vejo assim, que depende muito de nós, formadores, né? Eu acredito que nós estamos conseguindo passar um pouquinho. Nós não vamos conseguir 100%, a gente tenta tudo, mas se a gente conseguir 10% tá muito bom. Mudar esses pontos de vista.”*

Porém, na acepção de Rebelatto e Botomé (1999), os serviços de saúde e o ensino superior estão utilizando pouco do conhecimento disponível para alterar o que existe na definição e na atuação dos diferentes campos profissionais que desenvolvem os serviços de Fisioterapia. Entretanto, o discurso do entrevistado quatro (4) mais uma vez demonstra a preocupação com o aprendizado de seus alunos, ao falar da sua realização com a Fisioterapia:

Pergunta: *Certo. Está satisfeita com o seu trabalho?*

Entrevistado 4: *“Estou, bastante.”*

Pergunta: *Em que sentido ele te realiza ou não?*

Entrevistado 4: *“Bom, ele me realiza principalmente agora que, não só a parte dos alunos que eu tô conseguindo colocar pra eles que o ser humano é algo mais que uma dor, que uma região afetada, e eles tão conseguindo, eu tenho observado que eles tão conseguindo ver, é, a pessoa, e até tentar se posicionar, se colocar no lugar do paciente. E outra coisa que, assim, eu me realizo é quando eu ponho a mão, quando eu tenho o contato.”*

O recente movimento que demonstra alguma preocupação sobre o uso do conhecimento de Administração, Sociologia entre outras no trabalho em Saúde, advém da Saúde Coletiva, que permite inclusive um avanço na formação dos profissionais do campo da Saúde Pública (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). As descobertas naquelas áreas contribuem para uma visão de que a profissão dos fisioterapeutas não é somente uma execução de técnicas, visto nas entrevistas previamente selecionadas:

Entrevistado 3: *“Na verdade, o meu, o meu dia-a-dia, o que eu menos aplico são técnicas de fisioterapia, o que eu mais aplico são, é, são conhecimentos, a aprendizagem de novas maneiras de ensinar os pacientes a realizar essas técnicas, então assim, cada*

paciente que eu vou, eu me, eu me, eu me confronto com a necessidade da criatividade no meu trabalho, porque eu não consigo aplicar a mesma técnica pra cada paciente, porque cada paciente é uma realidade totalmente diferente. Então na verdade, cada dia eu, muito mais aprendo do que eu aplico técnicas, na verdade, com eles.”

Entrevistado 4: *“Não, eu não me considero uma pessoa técnica, né. Eu vejo assim. Eu.. eu tive uma experiência já grande com relação à atendimento com paciente de São Paulo, né, então o que eu verifico, então é assim, é, eu não sou técnica, eu sou muito mais humana, eu sou mais humana, eu consigo observar meu paciente quando ele tá, é, quando ele chega lá pra mim, se é melhor eu ter uns minutos de conversa antes, pra que ele melhore, e aí se ele quiser tá, realizando a fisioterapia a gente até realiza, mas assim, por exemplo: ele chega com a pressão alta. Não adianta nada eu começar a desenvolver técnicas lá, ou até esperar a, a, a pressão abaixar um pouco, se eu não souber o que aconteceu na casa dele, o porque ele está daquele jeito, se ele tomou o medicamento. Então eu prefiro interagir mesmo.”*

Em síntese, os conhecimentos atuais denotam a necessidade de alterações ao examinar o processo saúde-doença, superando a preocupação quase que exclusiva de analisar esse processo no indivíduo, devendo sim estar centrado na coletividade, excluindo a noção dicotômica entre “saúde-doença”. Nesse contexto, o comportamento de indivíduos e de grupos é fundamental como evento de importância. Os processos sociais manifestados como fenômeno individual, transformam e modificam as relações de equilíbrio entre o homem e a natureza. Portanto, a problemática de saúde corresponde a um determinado momento histórico de uma formação social concreta, que a concepção do que seja o objeto de trabalho em Fisioterapia não pode ignorar. As atuais concepções, se utilizadas ou integradas à práxis terapêutica da profissão permitiriam uma atualização histórica e científica, além de um salto qualitativo no exercício profissional (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Em termos de formação discursiva e ideológica, pode-se dizer que nem sempre o trabalho do fisioterapeuta esteve direcionado à área de Saúde Coletiva ou Pública, ficando mais restrito ao campo clínico de tratamento e reabilitação, como se ao fisioterapeuta não coubesse a função de orientar, prevenir, dialogar e interagir com o paciente. Esta assertiva fica evidente no discurso do primeiro entrevistado, quando faz a seguinte afirmação:

Entrevistado 1: “... porque ele tá fazendo a fisioterapia, tá... ele se sente melhor, se sente motivado, porque na verdade na fisioterapia você acaba ficando mais tempo com o paciente, você acaba, não é nosso encargo, mas você acaba conversando, uma forma de terapia, claro não é, você pode até encaminhar pra terapia, então acho que a fisioterapia é extremamente importante pra, é, deveria ser obrigatório no PSF (Programa Saúde da Família) ...”

Percebe-se, a partir desta fala, que os fisioterapeutas estão reorganizando o pensamento e a visão que tinham da Fisioterapia, por meio da atuação na área da saúde da coletividade. Tem-se notado uma preocupação com o lado da humanização do atendimento, não apenas concebendo o paciente como um “objeto” que precisa ser reabilitado ou “consertado”, mas como um ser humano que traz consigo uma série de outras complicações, de sentimentos e sensações que precisam ser trabalhadas pelo profissional e que podem ajudar no tratamento ou prevenção de problemas futuros. Dizendo de outro modo, ainda que não seja “encargo” do fisioterapeuta o trabalho individualizado com os pacientes, como sugere a fala do entrevistado um (1), nos municípios em que os cinco entrevistados atuam é feito um trabalho no sentido de diálogo não só com o paciente, mas também entre a equipe de saúde, com o propósito de proporcionar um atendimento mais humanizado e não apenas tecnicista ou mecânico.

As relações de produção e a estrutura sóciopolítica determinam os contatos verbais possíveis entre os indivíduos, bem como as formas e os meios de comunicação verbal. Tais formas de interação verbal encontram-se estreitamente vinculadas às condições de determinada situação social, reagindo de maneira sensível às flutuações da atmosfera social. Na Medicina, por exemplo, o saber e a prática médica definem o encontro entre a pessoa e a doença, modelando socialmente a realidade biológica, conforme mostram Adam e Herzlich:

Ao diagnosticar uma doença, (...), o médico simplesmente decodifica um estado orgânico. Ao declarar que uma pessoa está “doente”, ele faz um julgamento que transcende seu estado orgânico e que, repercutindo sobre sua identidade, lhe determina um lugar na sociedade. Pelo estudo das instituições e profissões médicas, de seu funcionamento, podemos perceber, portanto, como uma ciência, colocada diariamente em prática por profissionais, interfere na sociedade (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 12).

Sob esta perspectiva, o médico exerce um papel dominante no relacionamento com o paciente, o que acaba delineando todo o sistema de saúde e suas práticas, que se moldam a partir do *status* e do poder profissional concebidos ao médico, aos quais se somam as habilidades no uso da autonomia profissional. Geralmente, os encaminhamentos ao fisioterapeuta são determinados pelos médicos e, a partir disso, o paciente tem conhecimento de que seu estado orgânico encontra-se em nível patológico. O paciente é encaminhado como um indivíduo doente e, por isso, traz consigo uma carência emocional que precisa ser acompanhada e sentida pelo profissional. Isso mostra que o atendimento necessita de um trabalho que engloba o psicológico e o técnico, uma vez que o paciente apresenta um índice de preocupação que não pode ser resolvido apenas com técnica ou execução de procedimentos mecânicos.

No dizer de Soar Filho (1998, p. 40, grifo do autor), a relação entre profissional de Saúde e paciente se constrói mediante a comunicação em geral, o que envolve a comunicação não-verbal e, principalmente, os processos lingüísticos de verbalização. No intercâmbio social, mediado pela linguagem, a realidade passa a ser denominada e construída de tal forma que, “as maneiras pelas quais designamos as coisas e as pessoas são ao mesmo tempo *produto e produtoras* dos modos diversos pelos quais podemos relacionar com o mundo e no mundo”. Assim, tanto a linguagem quanto os contextos de comunicação interindividual são produtores de significados.

Sendo assim, a pergunta que se refere ao modo como cada fisioterapeuta vê o paciente que se encontra à sua frente na terapia, tem por objetivo verificar, por meio da linguagem, a concepção de paciente e tratamento em cada um dos cinco entrevistados. Pela respostas, foi possível observar que a maioria deles apresentam um ponto de vista do paciente como pessoa humana, procurando interagir com o mesmo, a fim de obter melhores resultados no tratamento. O entrevistado 1 fala que o primeiro enfoque seria a reabilitação, mas depois acrescenta que há necessidade de dialogar com o paciente. O entrevistado 2 fala apenas de tratamento, no sentido de que o paciente que o procura precisa de ajuda para obter uma vida mais saudável, mas não fala sobre interagir verbalmente com o paciente, embora, em outros momentos da entrevista, ele deixe claro que o “tratamento” por Acupuntura (e não fisioterapia) visa um total restabelecimento do corpo e da aura. Os demais entrevistados argumentam que procuram interagir com os pacientes, pois o diálogo é

fundamental até mesmo para diagnosticar outros tipos de problema que podem ser encaminhados e tratados por outros profissionais da equipe de saúde.

Entrevistado 1: *“... num primeiro momento, ele tem a dor, ele tá querendo se reabilitar, voltar a fazer algum movimento que ele não faz, ou ele tá com alguma dor. Então, esse é o enfoque. Mas tem muito mais. Então você vê que, você começa a conversar com o paciente, a fisioterapia tem muito disso, cê consegue, às vezes vê varias carências, vê carência afetiva, vê, é, a falta de oportunidade da pessoa, que, às vezes o estresse é tão grande que tá causando aquela patologia...”*

Entrevistado 2: *“Alguém que precisa de ajuda, alguém que procurou vários recursos, e esses recursos, muitos deles, frustrantes, ou que, ou os que queiram deixar de fazer uso de certos medicamentos da parte química, pra tentar levar uma vida mais saudável, digamos assim”.*

Entrevistado 3: *“... a primeira visão que eu tenho do paciente é qual que é o papel dele naquela família. Quais as dificuldades dele com relação ao, à situação familiar dele, e as situações, as dificuldades dele nas atividades de vida diária dele. Primeiro eu tento ver quais as principais atividades dele, a partir daí, enxergar o que eu posso fazer pra tentar ajudá-lo a superar essas dificuldades”.*

Entrevistado 4: *“... eu tento normalmente me colocar no lugar dele, né, primeiramente. É um ser que tá ali, sinceramente, ele está na minha mão, eu tenho que fazer o melhor possível por ele, porque ele tá confiando em mim. E ele tem dúvidas que eu posso ajudar um pouco. Ele tem receios, que eu considero que eu tenho um pouquinho mais de conhecimento da, da , dor dele, vamos dizer assim, mas ele tem conhecimento da dor que ele tá sentindo. Então eu tenho que passar a minha parte, tenho que passar a dele, pra gente ter uma boa relação”.*

Entrevistado 5: *“... procuro me dar bem com os pacientes, assim, eu adoro trabalhar com crianças, né, agora a gente entrou com adolescentes também, eu adoro o meu trabalho aqui, procuro tá sempre assim a par, a criança vem, procuro olhar o todo mesmo, que nem eu já falei, encaminhar pros outros setores. A gente tem um bom vínculo com os pacientes, eu posso dizer isso, de repente até as mães podem falar, a gente tem um bom vínculo mesmo, de trabalho e de afeto com os pacientes”.*

Desta forma, o diálogo e a interação entre o profissional e o paciente contribuiriam para a efetivação e o sucesso da equipe de saúde, pois assim colocariam em prática o que anseiam: um trabalho em conjunto em que cada profissional de saúde contribuiria positivamente para a saúde da coletividade. A questão da humanização e da afetividade também está presente de forma positiva,

uma vez que os profissionais demonstram preocupação em ver o paciente “no todo”, ou seja, nos aspectos sociais, emocionais e da patologia. Estas são preocupações advindas, muitas vezes, do trabalho com a Saúde Pública, uma vez que no público diversificado encontram-se os mais variados tipos de enfermidade e carências afetivas.

A ideologia do discurso médico que tende, em muitos casos, a impor uma barreira entre o paciente e o médico começam a ser quebradas por meio do trabalho em equipe, da consulta aos outros profissionais, já que, até pouco tempo, esta prática seria inimaginada entre os profissionais da saúde. No discurso do quarto entrevistado, a idéia de uma certa elitização do médico ou fisioterapeuta e do distanciamento entre eles e o paciente fica evidente, como também fica evidente que muitas barreiras e preconceitos têm sido derrubadas a partir da conscientização da necessidade de um trabalho mais humanizado entre os profissionais da saúde, sobretudo, no que se refere à formação dos novos profissionais:

Entrevistado 4: “No começo, como eu já tinha dito, foi bastante difícil. É, infelizmente eu sentia, é, eu pensava que era pelo fato de ser faculdade né, por estar envolvida. (...) então eu falava “ai meu Deus, entrei na fogueira das vaidades”. Aí eu começo a sentir que existe também um certo medo dos profissionais, de se mostrar afetivos também, mas hoje já, tá bem melhor”.

Percebe-se, a partir da fala do entrevistado, que a mudança de pensamento e a práxis, o reconhecimento da necessidade de um atendimento mais humano, a inserção de conhecimento sobre Saúde Coletiva nos cursos de formação ou a integração entre os profissionais não foi uma conquista rápida e nem está totalmente consolidada. Ainda se encontram muitas barreiras a serem vencidas, inclusive, a resistência de muitos profissionais que ainda não atentaram para o posicionamento mais dialético entre as profissões da área de Saúde e a práxis na Saúde Coletiva.

Primordialmente, a resistência estaria relacionada ao fato de que esta práxis é uma atividade relativamente jovem, ou seja, não há um distanciamento temporal nestas discussões sobre a interdisciplinaridade das equipes, além de ser uma discussão nova nos cursos universitários. Entre os profissionais entrevistados, nenhum deles ultrapassa quatro anos em cargos no sistema público de saúde e, apenas dois entrevistados possuem seis anos de formação em Fisioterapia.

Outro fator que parece interferir nesta resistência ou na lentidão no entendimento de novos métodos de trabalho seria a pouca demanda em cursos de formação na área da saúde da coletividade. Apenas o quarto e o quinto entrevistados afirmam fazer cursos com frequência e em diversas áreas, uma vez que a Prefeitura oferece bastante cursos de formação. A terceira entrevistada afirma não fazer cursos de formação e os entrevistados um (1) e dois (2) salientam que fazem cursos em uma frequência de dois por ano e, no mínimo, um por ano, respectivamente.

Isso significa que o trabalho em equipe e a práxis têm sido adquiridos na própria atuação, por meio da experiência cotidiana e no tratamento de diferentes casos. Quando a entrevistadora pergunta sobre a aquisição dos conhecimentos e se estão aptos a exercer a atividade ou o cargo, a resposta da maioria dos entrevistados aponta para uma experiência adquirida a partir da vivência diária com diferentes tipos de interação e intervenção.

Com relação à aptidão ao cargo todos afirmam estarem aptos, com exceção do terceiro entrevistado, que comenta não ter obtido formação em Saúde Pública na faculdade e, por isso, tem aprendido diariamente como lidar com as diferentes situações. Os demais entrevistados respondem afirmativamente à questão, considerando-se aptos a exercer a atividade no sistema público de saúde. Porém, ressaltam que há necessidade de sempre buscar novas formas de interação e que é a experiência cotidiana que os tem habilitado, pois, ainda que tenham trazido uma bagagem teórica da universidade, é na prática diária que têm aprendido a lidar com os pacientes e com a interdisciplinaridade.

No que tange à aquisição dos conhecimentos necessários para trabalhar na saúde da coletividade, o primeiro e o segundo entrevistados apontam para o fato de que na universidade já haviam recebido uma formação voltada à Saúde Pública e, por isso, já possuíam um conhecimento desta área de atuação, além de que procuram estudar e pesquisar sobre o assunto. O terceiro e quinto entrevistados, por sua vez, salientam que a formação teórica foi adquirida na graduação, mas a capacidade de interagir com os pacientes foi conquistada com a ajuda de outros profissionais e com o grupo de pacientes no dia-a-dia, em uma constante aprendizagem. Somente o quarto entrevistado apontou para o fato de que os conhecimentos que possui foram adquiridos na própria família, uma vez que foi educado com uma formação humanística, na qual o ser humano deve ser tratado

com respeito e dignidade, além da grande paixão que nutre pela profissão, o que faz com que a exerça com amor.

Ao indagar sobre o papel do fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva, tem-se um quadro em que a formação discursiva denota uma certa formação ideológica, na qual o fisioterapeuta ainda estaria conquistando seu espaço dentro da equipe, ou seja, na aparência tem-se um trabalho harmonioso entre os vários profissionais, mas, na essência, há conflitos de delimitação do campo de atuação, como se determinado profissional tivesse mais importância que outro dentro desta equipe:

Entrevistado 1: “Eu acredito que tem muito a melhorar (...) as pessoas não sabem qual a real importância da fisioterapia, não sabe que quando a pessoa tá fazendo fisioterapia ela não tá indo ao médico, ela diminui o remédio que ela toma (...) infelizmente, por ignorância ou não sei o que, as prefeituras, os prefeitos, os secretários acabam parece que desconhecendo isso, principalmente em Cascavel”.

Entrevistado 2: “O fisioterapeuta em si, olha, é mais difícil de ter uma inter-relação, né, porque no sistema público de saúde ele se encontra limitado às vezes. Existe a limitação da questão de qualidade de tratamento, porque possui uma grande demanda com poucas horas de tempo pra serem realizados, a, o tratamento, e a questão financeira também, que não é pago o justo pro fisioterapeuta”.

Entrevistado 3: “Eu acho que, ele ainda não é um profissional visto como essencial, nos trabalhos de, de equipe. Mas assim, devagarinho tá começando a mostrar o trabalho, a mostrar o serviço, mostrar a importância, e devagarinho ele está sendo inserido nas equipes profissionais”.

Entrevistado 4: “De um modo geral, bom, como ele se encontra. Eu acho que ainda, se a gente considerar a fase de desenvolvimento motor, engatinhando”.

Entrevistado 5: “Eu acho que é muito importante o trabalho, desde você estimular o desenvolvimento motor, trabalhar a, toda a parte ortopédica, postural, prestar informações às mães, fazer grupos de orientações assim, postural né”

Conforme o exposto, há, por um lado, todo um trabalho por parte dos fisioterapeutas em mostrar a importância de sua atuação nas equipes do Sistema Público de Saúde, mas, por outro lado, há ainda uma forte resistência em reconhecer o trabalho como necessário ao melhor atendimento à população. É por

isso que, segundo Fiorin (2003) há que se diferenciar uma formação ideológica e uma formação discursiva, uma vez que, enquanto a primeira impõe o que pensar, a segunda, determina o que dizer. Mais do que isso, em uma formação social pode haver tantas formações discursivas quantas forem as formações ideológicas, pois assim como a ideologia dominante é a da classe dominante, também o discurso dominante é o da classe dominante:

Uma formação ideológica deve ser entendida como a visão de mundo de uma determinada classe social, isto é, um conjunto de representações, de idéias que revelam a compreensão que uma dada classe tem do mundo. Como não existem idéias fora dos quadros da linguagem, entendida no seu sentido amplo de instrumento de comunicação verbal ou não verbal, essa visão de mundo não existe desvinculada da linguagem. Por isso, a cada formação ideológica corresponde uma formação discursiva, que é um conjunto de temas e de figuras que materializa uma dada visão de mundo. Essa formação discursiva é ensinada a cada um dos membros de uma sociedade ao longo do processo de aprendizagem lingüística. É com essa formação discursiva assimilada que o homem constrói seus discursos, que ele reage lingüisticamente aos acontecimentos (FIORIN, 2003, p. 32).

A ideologia e as visões de mundo aparecem relacionadas à linguagem, assim como as idéias ligam-se aos discursos enquanto expressão da vida real, como se a realidade fosse exprimida pelos discursos ou, mais ainda, como sendo algo impossível a existência de pensamento fora da linguagem. Há uma indissociabilidade entre o pensamento e a linguagem, de modo que, o discurso materializa as representações ideológicas: “As idéias, as representações não existem fora dos quadros lingüísticos. Por conseguinte, as formações ideológicas só ganham existência nas formações discursivas” (FIORIN, 2003, p. 34).

Neste sentido, se as formações discursivas estão imbricadas nas formações ideológicas, ou vice-versa, seria possível argumentar que haveria a predominância de uma ideologia vigente, na qual o fisioterapeuta ainda estaria relegado a um plano secundário no tratamento da saúde da coletividade, como também a Fisioterapia esteve relegada, durante séculos, a uma subdivisão da Medicina. Tais divisões, de certa forma, refletem no relacionamento entre as equipes, passando a ser muitas vezes, um relacionamento estritamente profissional entre o médico e o paciente ou entre os próprios profissionais. Assim, vê-se reforçada a ideologia que tende a colocar o médico ou o fisioterapeuta em uma posição superior a do paciente ou do

fisioterapeuta em uma situação de inferioridade diante dos demais membros da equipe.

Brandão (2004, p. 46), assevera que o discurso representa uma das instâncias através da qual a materialidade ideológica se concretiza, ou seja, “um dos aspectos materiais da ‘existência material’ das ideologias”. Quando se analisa a articulação da ideologia com o discurso é preciso pontuar dois conceitos tradicionais da Análise do Discurso: o de formação ideológica e o de formação discursiva.

As formações ideológicas são determinadas por dado contexto social, em que há a presença de classes em conflito, pois na reprodução das relações de produção, uma das formas pela qual a instância ideológica funciona é o “assujeitamento” do indivíduo enquanto sujeito ideológico. Assim, cada formação ideológica constitui “um conjunto complexo de atitudes de representação que não são nem ‘individuais’ nem ‘universais’, mas se relacionam mais ou menos diretamente às posições de classe em conflito umas em relação às outras” (HAROCHE, 1971, p. 102 apud BRANDÃO, 2004, p. 47).

O discurso constitui um dos aspectos materiais de ideologia, assim como é uma espécie pertencente ao gênero ideológico: “a formação ideológica tem necessariamente como um de seus componentes uma ou várias formações discursivas interligadas. Isso significa que os discursos são governados por formações ideológicas” (BRANDÃO, 2004, p. 47).

Na acepção de Brandão (2004), são as formações discursivas que determinam, em uma formação ideológica específica, o que pode e deve ser dito e o que não pode, uma vez que o discurso é o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos lingüísticos. Assim, a maioria dos entrevistados, ao serem indagados sobre o relacionamento entre a equipe ou sobre qual profissional contribuiria mais no desenvolvimento da multi ou da interdisciplinaridade, procurou responder que não havia um mais ou menos, mas que todos teriam sua importância dentro da equipe e que o relacionamento era amigável e social. No entanto, apontaram para a maior solicitação do médico e do psicólogo no desenvolvimento dos trabalhos em equipe. Ou seja, em um trabalho em vias de concretização e experimentação, o que pode e o que não pode ser dito passa pelo crivo do desenvolvimento harmônico, ainda que hajam determinados conflitos. O primeiro e o segundo entrevistados, por exemplo, não destacam problemas no relacionamento entre a equipe, dizendo que não encontram desconfortos. O quarto e o quinto, por

sua vez, afirmam que o relacionamento tem seguido em clima amigável, passando por adaptações e melhorando gradativamente, mas que no início era mais difícil. Apenas o terceiro entrevistado confessa ter passado por dificuldades no entrosamento entre a equipe, dificuldades estas que foram sanadas:

Entrevistado 3: “No começo pra montar a equipe, nós tivemos muitos profissionais que não conseguiam se adequar, tanto com a assistência domiciliar, não conseguiam ter o perfil pra esse tipo de assistência, tanto pessoas que não conseguiam interagir com outros profissionais, que só tinham a visão exclusiva da sua profissão, e não conseguiam contribuir, e o contrário, até prejudicavam o trabalho. Então, devagarinho, a gente foi readequando a equipe, a gente ta numa equipe hoje, que a gente consegue ter essa visão de, de equipe mesmo”.

Assim, pensar a ideologia do ponto de vista da linguagem possibilita uma compreensão diferente, uma vez que a ideologia não seria vista simplesmente como uma espécie de “ocultamento” ou “mascaramento” (Chauí, Marx) da realidade, que se processa em níveis de “essência” e “aparência” (Fiorin), mas como um mecanismo estruturante do próprio processo de significação do discurso.

Se, como afirma Bakhtin, a palavra é a arena onde se desenvolve a luta de classes e que não há como pensar a ideologia fora de sua materialização verbal em signo semiótico, pode-se dizer, por conseguinte, que as várias formações discursivas são fundamentais para a análise das formações ideológicas, pois o discurso representa o lugar específico em que se pode apreender a forma como a língua se materializa na ideologia e como esta se manifesta na própria língua.

A intrínseca relação entre a formação discursiva e a ideológica expande-se para vários setores da sociedade e, no que diz respeito ao discurso entre profissionais de saúde ou entre médicos e pacientes, esta relação se torna evidente na maneira como os discursos são tecidos tendo em vista o status do profissional perante a sociedade. Constata-se, em um primeiro plano, que os discursos destes profissionais aparecem permeados pelo discurso científico, por meio de orientações de regras metodológicas, que trata dos deveres profissionais e determinam como e quando esse profissional deve se comunicar com os pacientes, os familiares ou os próprios colegas de profissão.

Em contrapartida, existe uma formação discursiva e ideológica que segue o percurso inverso e determina a imagem que o paciente tem do profissional, o

comportamento que espera deste e a maneira como deve se comportar em uma consulta, por exemplo. Assim, os índices de valor ideológico constituem os índices de valor social. São estes índices que determinam as regras de conduta social, as idéias, os valores, assim como são eles que orientam o que (e como) os membros da sociedade devem pensar, valorizar, sentir e fazer. Estes modos todos de manifestação da ideologia transparecem no discurso de cada um desses membros, expressando, dessa forma, a ideologia que rege e governa os comportamentos e as formas de exteriorizar o pensamento e, portanto, a ideologia.

Para Bakhtin (2000, p. 322), a sociedade encontra-se estruturada em classes e esta forma de estruturação seria a responsável por introduzir nos “gêneros dos discursos e nos estilos uma extraordinária diferenciação que se opera de acordo com o título, a posição, a categoria, a importância conferida pela fortuna privada ou pela notoriedade pública, pela idade do destinatário e, de modo correlato, de acordo com a situação do próprio locutor (ou escritor)”. Enfim, a situação e a posição sociais ou a importância do destinatário repercutem na comunicação verbal de maneira significativa. Isso talvez explique a barreira que se forma entre o profissional de saúde e o paciente, uma vez que, na vida cotidiana, eles representam papéis diferenciados, cujo valor social também é diferenciado.

Conforme relatam os entrevistados, a comunicação verbal entre o fisioterapeuta e o paciente é um caminho que tem sido perseguido em busca de um melhor atendimento no setor da Saúde Pública, embora fique evidente em um dos discursos que esse papel de orientação e comunicação não seria “encargo” do fisioterapeuta. Neste sentido, o trabalho em conjunto, por meio da interdisciplinaridade da equipe, tem proporcionado maior comunicação entre esta e os pacientes, uma vez que é pela observação e diálogo que os profissionais podem verificar (ou diagnosticar) outro problema que não de sua área, mas que pode ser encaminhado a um colega da equipe. Assim, o entrosamento entre os profissionais garantiria, por conseguinte, um tratamento mais eficaz e completo do paciente.

Os fisioterapeutas entrevistados demonstram certa consciência de que o trabalho de cada membro da equipe é importante. Contudo, sabe-se que a presença do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares é um evento recente. Em busca de observar como os discursos dos fisioterapeutas têm procurado consolidar e valorizar seu espaço, fez-se a pergunta de qual seria a relevância do trabalho do fisioterapeuta na saúde de uma coletividade e se obteve as seguintes respostas:

Entrevistado 1: “... o paciente que, quando ele começa a ser submetido a sessões de fisioterapia ele acaba não indo no posto de saúde porque ele tá fazendo fisioterapia, acaba a dor, não toma remédio, então diminui o custo com remédios, diminui o custo das consultas porque ele acaba não indo lá no médico (...) a prefeitura poderia ter um fisioterapeuta pra ele se dirigir até esses pacientes, fazer o atendimento, fazer a parte dele, nossa iria ser um... uma evolução tremenda, e a população iria ter uma qualidade de vida e de saúde muito melhor do que antes, ou melhor do que tem agora, porque agora, tá bem complicado”.

Entrevistado 2: “... acredito que o fisioterapeuta se inclua nisso, na questão da Saúde Pública. (...) Promoção da saúde habitacional, digamos assim, pessoa que não possa sair de sua habitação e necessite de atendimento, não tenha condições, o fisioterapeuta se encaixaria no Programa de Saúde da Família nesse sentido”.

Entrevistado 3: “É como, como qualquer outra profissão, toda a, a interação de todas as profissões só vem a contribuir pro, pro paciente. (...) O fisioterapeuta na verdade, é aquela coisa: o médico trata, o enfermeiro cura a ferida, o assistente social dá a cadeira de rodas, mas o fisioterapeuta ensina ele a caminhar. Então eu vou dispensar a cadeira de rodas, eu vou poder curar a minha ferida e o paciente vai ser visto como um todo”.

Entrevistado 4: “Total. Eu acho que... é fundamental. É.. hoje em dia, eu vejo assim, nós temos várias coisas: temos o PAID (Programa de Atendimento e Internação Domiciliar), temos o PSF, e, e eu acredito que logo devemos estar engajados em todos eles. A coletividade, no posto de saúde eu, eu acredito que exista a necessidade de fisioterapeutas, enfim, é fundamental essa profissão”.

Entrevistado 5: “... bastante relevante. Não só eu tiro as dúvidas com os outros profissionais, como eles também, verifico se o paciente está tendo melhora ou não. Às vezes nem tudo é mil maravilhas, às vezes tem aquele profissional que não tem tempo pra sentar e escrever, e tal, por ser mais rápido, mais objetivo. Você tem que ir com o teu discurso pronto pra ganhar tempo, ser objetivo. O que chega é com o encaminhamento por escrito, e às vezes eles não concordam, aí a gente vai fazer o convencimento”.

Pela observação dos discursos, nota-se que, apesar do trabalho estar fluindo em um ritmo de adaptação, ainda se encontra muitas barreiras que dizem respeito a uma espécie de resistência ao trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de atendimento à Saúde Pública/Coletiva. Assim, os fisioterapeutas tentam, por meio do discurso, apontar para a relevância do trabalho de fisioterapia para esse campo de atuação. O primeiro entrevistado, inclusive, destaca que a fisioterapia seria um instrumento que reduziria os custos e gastos com remédios e consultas, pois a

Fisioterapia ofereceria condições mais saudáveis de vida. No entanto, este “mundo maravilhoso” em que o fisioterapeuta pudesse atuar e proporcionar à população melhores condições de vida e de saúde é quase uma utopia, uma vez que aponta para o descaso das prefeituras e prefeitos em contratar mais fisioterapeutas, alertando para o caos em que se encontra o atual sistema de atendimento à população. Ou seja, o entrevistado reforça a relevância do trabalho da fisioterapia enquanto possibilidade de um tratamento sem químicas, na qual o paciente eliminaria a dor de uma maneira saudável e eficaz, mas percebe-se, por outro lado, a consciência de que o trabalho do fisioterapeuta ainda não é valorizado, tampouco reconhecido como essencial no tratamento e na equipe de saúde.

O discurso do segundo entrevistado considera uma situação hipotética para o trabalho do fisioterapeuta, uma vez que afirma acreditar que o mesmo poderia ser incluído nos Programas de Saúde da Família (PSF), através de atendimentos individualizados nas próprias residências dos pacientes, principalmente aqueles que não se encontram em condições de sair de sua localidade ou habitação, isto é, o trabalho do fisioterapeuta estaria ligado à promoção da Saúde Pública.

O terceiro entrevistado, por sua vez, aponta para a essencialidade do trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes, quase a ponto de expressar sua relevância em relação às demais, pois, com o trabalho da Fisioterapia, muitas atividades que são próprias de outras profissões seriam dispensadas. Constata-se um discurso de um profissional que sente a necessidade de demarcar seu espaço e sua relevância para a saúde de uma coletividade, como acontece no discurso do primeiro entrevistado, que também ressalta a importância do fisioterapeuta como diminuição do campo de atuação de outros profissionais. Assim, conforme exemplifica o terceiro entrevistado, com o trabalho do fisioterapeuta haveria menos pessoas em cadeiras de roda, menos necessidade de remédios e, até mesmo, menos atividades para os enfermeiros, pois os pacientes sairiam reabilitados para fazerem seus próprios curativos, como se o fisioterapeuta fosse aquele que lhe trouxesse de volta à vida que até então era “vegetativa”. No entanto, não se percebe um discurso que menospreza as demais profissões, uma vez que ao final, o entrevistado destaca que o paciente seria visto como um todo, ou seja, o trabalho em equipe em prol da total reabilitação do paciente, cada um com sua função em um determinado estágio da enfermidade, até o seu total restabelecimento pelas mãos do fisioterapeuta que lhe devolveria a possibilidade de caminhar sozinho.

O quarto entrevistado reforça que a relevância do fisioterapeuta seria total e fundamental, mas também deixa entrever que não há um reconhecimento, principalmente do Sistema Público de Saúde, uma vez que aponta para a esperança de que o fisioterapeuta possa engajar-se nos programas PAID e PSF como forma de melhorar o atendimento nos postos de saúde, ao proporcionar um tratamento completo e que atenda às necessidades da população.

Por fim, o quinto entrevistado ressalta, como os demais, a importância do trabalho do fisioterapeuta, salientando que, na equipe, a sua presença permite não apenas tirar eventuais dúvidas com outros profissionais como também o fisioterapeuta pode sanar dúvidas dos outros membros da equipe. No entanto, o entrevistado cinco (5) deixa transparecer um certo pesar sobre o relacionamento interprofissional, quando demonstra que nem sempre o relacionamento seria amigável e pacífico. Comenta haver aqueles membros que não colaboram com o trabalho em conjunto, impondo resistência não só com relação ao método de diálogo e debate entre os médicos sobre as questões de encaminhamentos dos pacientes, como também sobre o próprio encaminhamento, o que obriga o fisioterapeuta a argumentar para convencê-lo da necessidade.

De um modo geral, pode-se dizer que há todo um sistema ideológico constituído que tende a negar ou reconhecer a importância do fisioterapeuta dentro das equipes de Saúde Pública. Inclusive, há uma resistência que passa pelos próprios profissionais de saúde e pelos domínios político e econômico, uma vez que o fisioterapeuta não se inclui nos programas de atendimento pelo PSF, apesar de haver vários casos de pacientes impossibilitados de locomoverem-se até os postos de saúde. Entre os fisioterapeutas, há um discurso que se encontra ainda em um nível inferior, que pode ser chamado de ideologia do cotidiano, uma vez que os discursos destes profissionais tentam elevar a importância do trabalho do fisioterapeuta na saúde da coletividade, ou seja, os fisioterapeutas tentam, por meio do discurso, mudar o ponto de vista, muitas vezes preconceituoso, a respeito do seu papel na sociedade e na Saúde Coletiva.

Os conceitos de ideologia formulados por Mikhail Bakhtin podem ajudar a entender estas ideologias que perpassam os discursos sociais dos fisioterapeutas, pois, por meio da ideologia do cotidiano, que pode ser entendida como um discurso que não possui um valor social reconhecido e institucionalizado, eles podem mudar determinadas ideologias que tendem a relegar o trabalho do fisioterapeuta apenas

ao atendimento clínico. Assim, a partir do momento que esta ideologia do cotidiano, que busca o reconhecimento social do profissional de Fisioterapia no atendimento público, atingir as esferas da ideologia constituída, ela poderá obter o reconhecimento social que buscam. Isso dependerá do alcance que a ideologia do cotidiano atingirá, uma vez que se ficar restrita apenas ao discurso de alguns profissionais não conseguirá sair do nível cotidiano e não poderá institucionalizar-se. Pode-se dizer que, apesar da forte resistência que enfrentam, até mesmo entre os demais profissionais da equipe, que já adquiriram o prestígio e o reconhecimento social, em termos de ideologia do cotidiano, os fisioterapeutas não têm-se deixado render à tentativa de demarcar seu espaço, seu campo de atuação e alertar para a relevância de sua presença dentro destes sistemas de atendimento à Saúde Pública/Coletiva. Neste jogo de resistência e rendição, os fisioterapeutas procuram mostrar que é possível executar um trabalho em conjunto sem que ninguém invada a área de atuação do outro profissional. Sendo assim, deixar-se render à resistência, significará que a ideologia do cotidiano jamais deixará de ser ideologia de uma minoria para tornar-se ideologia de uma maioria. Na sociedade, cada um busca ocupar seu espaço e, não foi por acaso que Bakhtin afirmou que cada palavra ou discurso constitui-se como uma “arena” onde se desenvolve a luta de classes e dos valores sociais. Cada membro da sociedade tenta, a cada momento, impor sua ideologia, delimitar seu espaço e seu papel social.

O que se observa, com relação aos discursos ideológicos, é que da mesma forma que a ideologia dominante é a da classe dominante, também o discurso ideologicamente constituído é o da classe dominante. Os discursos dos fisioterapeutas estariam ainda em nível cotidiano, o que não invalida a luta pelo reconhecimento de sua atuação na área da Saúde Coletiva. Neste terreno de areia movediça em que estão trilhando seu posicionamento social, somente um distanciamento temporal seria capaz de afirmar com segurança se a ideologia do cotidiano atingirá ou não a institucionalização. O que se afirmar, com segurança neste momento, é que há uma luta por reconhecimento, uma luta camuflada e tímida, na qual o discurso social dos fisioterapeutas busca uma validação, entre os demais profissionais, da necessidade de sua presença nas equipes de Saúde Coletiva.

Com relação à interação verbal entre a equipe multidisciplinar e interdisciplinar, observa-se que se tem buscado uma interação, mas ainda não há

clareza de como este diálogo pode adquirir mais eficácia no tratamento do paciente, uma vez que, muitos entrevistados deixaram transparecer que ainda ocorre resistência por parte de outros profissionais, no encaminhamento e discussão de casos dos pacientes. Sendo assim, constata-se a existência de uma práxis que tem procurado interagir com os diversos profissionais, na busca de uma visualização do paciente como um todo, não apenas enquanto execuções de técnicas que visem ao tratamento de uma determinada parte do corpo. No entanto, não se pode fazer ainda de uma forma dialética, pois o trabalho em equipe é recente e há muito a ser aperfeiçoado, reajustado e revisado.

A atuação do profissional de Fisioterapia na Saúde Pública é também algo recente e, inclusive ele tem procurado rever determinados conceitos sobre a Saúde Coletiva e sobre a própria atuação. Alguns entrevistados afirmaram que a experiência tem proporcionado um aprendizado novo, uma bagagem que promete trazer bons rendimentos para o atendimento público, ou seja, o próprio fisioterapeuta vê-se em uma atividade diferente daquela que ele (e sociedade) estava habituado. As mudanças (as grandes mudanças) não ocorrem repentinamente, por isso, o trabalho e o papel social do fisioterapeuta será moldado conforme os discursos forem consolidando-se e forem aceitos socialmente. O reconhecimento (ou não) será condicionado pela propagação dos discursos e sua conseqüente aceitação perante a sociedade.

A união entre os fisioterapeutas garantiria maior eco ou abrangência dos discursos. No entanto, conforme mostra a pesquisa, não há tanto interesse pela participação em associação profissional. Entre os entrevistados, apenas o primeiro participa da Associação dos Fisioterapeutas e demonstra um maior engajamento na questão de lutar pelo reconhecimento e inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública/Coletiva ou em outras áreas. Os outros quatro, além de não participarem, demonstram uma vaga consciência da relevância dessas associações para o trabalho do fisioterapeuta, conforme as respostas à pergunta sobre qual seria a importância da Associação para cada um dos entrevistados:

Entrevistado 1: "Ah, acho muito importante a união de classe, apesar que não são todos os que pensam assim. Nessas questões que estamos conversando, é o que agora a associação tá tentando fazer, tá trabalhando com isso para um maior reconhecimento da necessidade do fisioterapeuta nessa área, de Saúde Pública, e noutras também, valorizar a profissão".

Entrevistado 2: *“Acredito que para alguns profissionais tenha. Da associação profissional fisioterapeuta. Associação de Acupuntura eu não participo ainda, mas eu pretendo fazer parte dessa associação”.*

Entrevistado 3: *“É uma maneira de ter força profissional pra poder conquistar os objetivos da profissão, pra podê ganhar destaque na profissão”.*

Entrevistado 4: *“Ai, sinceramente... não sei referir”.*

Entrevistado 5: *“Eu acho importante assim, não tô muito por dentro do que eles tão fazendo, parece que eu vi que tem alguns descontos, alguns benefícios pra quem tá, até de cursos tudo, então eu acho importante sim. Por mais que eu não esteja a par da associação, mas eu pretendo quando for possível me filiar”.*

Verifica-se que, mesmo tendo ciência da necessidade de um maior reconhecimento, quatro dos fisioterapeutas entrevistados não se encontram filiados às associações, o que torna a viabilização do reconhecimento profissional mais restrita a um grupo, dificultando ainda mais o trabalho de divulgação da função e importância do fisioterapeuta na equipe de Saúde Pública/Coletiva. Estes dados levam à consideração de que não há, entre os próprios fisioterapeutas, um espírito de engajamento em movimentos ou associações que buscam a divulgação de seu trabalho na saúde de uma coletividade. Observa-se uma carência de maior conscientização entre os fisioterapeutas, apesar de, no discurso e na práxis dos entrevistados, demonstrarem a necessidade de maior união entre os profissionais, além de apontarem para a dificuldade no desenvolvimento do trabalho em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação não pretende fundar um modo de intervenção sobre a realidade “Saúde” por meio da análise do discurso dos profissionais fisioterapeutas, que superaria todos os outros existentes na Saúde Coletiva. Há tendências diversas descritas sobre a Saúde Coletiva, tendo necessidade de realizar-se posteriores trabalhos na perspectiva da interdisciplinaridade das áreas da Saúde, Ciências Humanas e Sociais para superá-las. Para tanto, há que se conhecer a importância de saberes e práticas advindos da Saúde Coletiva e das demais áreas de conhecimento, visando à reformulação da clínica, reabilitação e dos sistemas de saúde em geral.

A possibilidade de haver um trabalho pautado na interdisciplinaridade da Saúde não se refere apenas à interação entre os profissionais desta, mas sim a uma interação verbal que propicie uma compreensão social e humana sobre o processo saúde-doença de um indivíduo ou de uma coletividade, como é o caso dos fisioterapeutas que atuam com a Saúde Coletiva.

Ao recuperar a dialética da pesquisa, reconhece-se a Saúde Coletiva como saber constitutivo e essencial a todas as práticas em Saúde, porém é necessário admitir que também se produz conhecimentos, práticas e valores relevantes para a Saúde a partir de outros campos, como a própria reabilitação, a exemplo da Fisioterapia. A inserção de seus profissionais no campo da coletividade permite maior expressividade do trabalho do fisioterapeuta, relevando-se o cunho social deste.

Os fisioterapeutas entrevistados, como profissionais engajados na reabilitação e recentemente na Saúde Pública e Coletiva, e enquanto pertencentes ao movimento social em Saúde, tendem a resistir em seu reconhecimento como membros da equipe de saúde, como visto na análise das entrevistas. Dessa maneira, a ideologia do cotidiano profissional, mediante a busca do espaço social, tornar-se-á, a seu tempo, ideologia constituída da Fisioterapia.

Os discursos de seus profissionais, exteriorizados por seu trabalho e papel social, poderão ser aceitos e consolidados perante a sociedade, favorecendo o reconhecimento da Fisioterapia nas equipes de saúde e na Saúde Coletiva. Nesse sentido, não apenas a Fisioterapia, mas todas as profissões da área da Saúde, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos

da Saúde Coletiva, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral. Essa teoria deveria constituir o acervo básico e fundamental de todos os campos científicos e todas as práticas que compõem o campo amplo da Saúde, atenuando a pretensão de auto-suficiência da Saúde Coletiva.

Atualmente, conforme observado na análise das entrevistas com fisioterapeutas que trabalham com a Saúde Coletiva, esses profissionais não citam a Fisioterapia como completamente inserida na sociedade, pois fatores diversos contribuem para sua exclusão: a existência de profissionais não gabaritados para o trabalho na área, o pouco conteúdo ao formando em Fisioterapia sobre Saúde Coletiva, a baixa remuneração financeira, além do não-reconhecimento pela população e pelos gestores quanto aos trabalhos realizados por fisioterapeutas. Porém, a não-participação política ou associativa foram citadas como fundamentais por um entrevistado, na perspectiva de progressos com o aumento do mercado de trabalho na área da Saúde Coletiva. O discurso social em Saúde a ser realizado pelos profissionais que atuam em equipe, conforme a análise da pesquisa, revela o conhecimento desses fisioterapeutas, sobre o que pode alcançar um trabalho integrado: resultaria na assistência à saúde da coletividade de forma integral e humanitária.

Caberia aos fisioterapeutas, a partir de seus próprios desejos e interesses, e se apoiando em uma teoria sobre a produção de saúde, construir projetos e levá-los à prática; uma produção de necessidades sociais que exige iniciativa política e capacidade de reflexão crítica. A Saúde Coletiva, como campo em que podem ser visualizadas as alterações de valor na saúde, como a inadequação histórica e social das estruturas ultrapassadas, tem como proposta para o futuro do profissional, a possibilidade de mudanças quanto à ampliação do (re)conhecimento da Fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 9. ed. São Paulo: Hucitec-Annablume, 2002.

BARATA, Rita Barradas. Os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva** (O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde), ABRASCO, vol. 6, n. 1, p. 20-21, 2001.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro. (org.) **O Fisioterapeuta na Saúde da população**: atuação transformadora. Série Fisioterapia e Sociedade. 1. ed. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BARROS, Diana Pessoa de & FIORIN, José Luiz (orgs). **Dialogismo, Polifonia, Intertextualidade**: em torno de Bakhtin. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1999.

BORDIEU, Pierre. **A economia das trocas lingüísticas**: o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1996.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

BRAIT, Beth. In: BARROS, Diana Pessoa de & FIORIN, José Luiz (orgs). **Dialogismo, Polifonia, Intertextualidade**: em torno de Bakhtin. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1999.

BRANDÃO, Helena Hathsue Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004.

BRASIL. Decreto-lei número 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 de out. de 1969. Seção 1.

CAMARGO, Wander Amaral. **O positivismo e suas influências teóricas**. Cascavel: Unioeste, 1999. Mimeografado.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva** (100 anos de Saúde Pública), ABRASCO, vol. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.

_____. Saúde coletiva, sujeito e sociedade: comentários sobre uma proposta. **Ciência e Saúde Coletiva** (O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde), ABRASCO, vol. 6, n. 1, p. 24-27, 2001.

CAPRARA, Andréa; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação Paciente-Médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de A. A História e a Medicina: os signos e os sinais. In: MINAYO, Maria Cecília de S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CHAUÍ, Marilena. **O que é Ideologia?** 2. ed. Coleção Primeiros Passos, n. 13. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SILVA, Gilberto Tadeu Reis da; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

COELHO, Maria Thereza A. D.; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Conceitos de Saúde em Discursos Contemporâneos de Referência Científica. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, n. 2, Rio de Janeiro, p. 315-333, maio/ago. 2002.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Ed. Nacional, 1978a.

_____. **As formas elementares da vida religiosa** (Introdução e Conclusão). São Paulo: Abril Cultural, 1978b.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Ática, 2003.

FONTES, Olney Leite. **Educação biomédica em transição conceitual**. Piracicaba: UNIMEP, 1999.

GAVA, Marcus Vinícius. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2004.

IBÁÑEZ, Nelson; MARSIGLIA, Regina. Medicina e Saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LOWY, Michael. **Método dialético e teoria política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MESSIAS, Iracimara de Anchieta. **O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MIOTELLO, Valdemir. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin: conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, 2003.

O COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Entidades de saúde denunciam campanha contra Saúde Pública**. n. 17, dez. 2002.

OLIVEIRA, Márcia Gardênia de; QUINTANEIRO, Tânia. Karl Marx. In: QUINTANEIRO, Tânia; BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; OLIVEIRA, Márcia Gardênia de. **Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 3. ed. Campinas: Pontes, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro, 1982, p. 3-19.

_____. Collective health and the Challenges of Practice. In: PAHO. **The crisis of Public Health: Reflections for the debate**. Scientific Publication n. 540. Washington, 1992, p. 136-50.

_____ ; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PIRES, Denise. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Santa Catarina: Papa Livros UFSC, 1999.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da Medicina: uma revisão teórica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 20, n. 2, p. 152-64, 1986a.

_____. Contribuições da antropologia à Medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 20, n. 2, abr. 1986b.

RAGASSON, Carla Alessandra Pires et al. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde de família**: reflexões a partir da prática profissional. 2003. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/arquivos.php>>. Acesso em 20/07/2004.

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

RELATÓRIO da Oficina de Trabalho: **Fisioterapia e Saúde Coletiva**: enfrentando o desafio da integralidade da atenção. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em 02/04/2005.

ROSEN, George. **Da polícia médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

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

SCHRAIBER, Lília Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHWINGEL, Glademir. A Fisioterapia na Saúde Pública – um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, Fabio Batalha M. (Org.) **O Fisioterapeuta na Saúde da população**: atuação transformadora. Série Fisioterapia e Sociedade. 1. ed. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

SILVA, Gilmar de Oliveira Barros. Fisioterapia na Comunidade. In: BARROS, Fabio Batalha Monteiro. (org.) **O Fisioterapeuta na Saúde da população**: atuação transformadora. Série Fisioterapia e Sociedade. 1. ed. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

SOAR FILHO, Ercy José. A Interação médico-paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

STAM, Rober. **Bakhtin**: da teoria literária à cultura de massas. São Paulo: Ática, 1992.

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna**. Petrópolis: Vozes, 1995.

TRELHA, Celita Salmaso; GUTIERREZ, Paulo Roberto; CUNHA, Ana Claudia Violino da. O Processo de Trabalho do Profissional Fisioterapeuta. **Revista espaço para Saúde** (versão *on line*), Universidade Estadual de Londrina, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Londrina, vol. 4, n. 1, dez. 2002.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAZ, Marta Regina Cezar. Trabalho em Saúde: expressão viva da vida social. In: PIRES, Denise. **O processo de trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Santa Catarina: Papa Livros UFSC, 1999.

VOGT, Carlos. Linguagem, língua e poder. In: VOGT, Carlos. **Linguagem Pragmática e Ideologia**. São Paulo: Hucitec. Campinas: Funcamp, 1980.

APÊNDICE A) Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome da Pesquisa: A Comunicação Verbal dos Fisioterapeutas na Saúde da Coletividade.

Coordenador ou Pesquisador: Jordana Gargioni Salmória.

Este estudo tem o objetivo de analisar a comunicação verbal de fisioterapeutas que trabalham com a assistência à saúde da coletividade, na região oeste do estado do Paraná, para verificar os elementos que caracterizam as práticas dos profissionais, em equipe multiprofissional de saúde.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: 1) entrevista gravada com os profissionais fisioterapeutas que prestam assistência à saúde da comunidade, após agendamento prévio, conforme a possibilidade da cada entrevistado, seguindo-se um roteiro pré-estabelecido de questões; 2) análise do material coletado pela pesquisadora; 3) inserção dos dados coletados à dissertação de mestrado da pesquisadora.

Riscos: não existe nenhum risco ou possibilidade de agravo à saúde.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE, através do telefone 3220-3131, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Local _____, _____ de _____ 2006.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, *Jordana Gargioni Salmória*, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

Assinatura do pesquisador

_____ Data: ____/____/____.

Telefone : 3223.4108.

APÊNDICE B) Roteiro de entrevista teste-piloto 1

Nome, data e sexo;

- 1) Idade:
- 2) Estado Civil:
- 3) Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área? Qual?
- 4) Faz cursos com frequência? Em qual área e qual a frequência?
- 5) Qual é a sua área de atuação atualmente?
- 6) Quantas horas por dia você trabalha nessa área?
- 7) Você trabalha com demais profissionais de saúde? Quais são eles?
- 8) Como é o relacionamento da equipe? Trabalham com a interdisciplinaridade?
- 9) Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação dos demais profissionais ou não? Explique.
- 10) Todos os profissionais dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe? Se não, cite qual contribui mais e qual contribui menos para a multi-interdisciplinaridade.
- 11) Para você, o que é Saúde Coletiva?
- 12) E como você definiria Saúde Pública?
- 13) Você acha que há diferença entre a atuação em Saúde Coletiva e em Saúde Pública?
- 14) Você considera seu trabalho como uma execução de técnicas de fisioterapia? Comente.
- 15) Você considera plenamente apto a trabalhar na sua área de atuação?
- 16) Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários para trabalhar com a sua área, na saúde da coletividade?
- 17) Há quantos anos trabalha nesse cargo? O relacionamento da equipe sempre foi o mesmo?
- 18) A seu ver, como encontra-se o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?
- 19) Está satisfeito(a) com o seu trabalho? Em que sentido ele te realiza?
- 20) Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na Saúde de uma coletividade?

APÊNDICE C) Entrevista teste-piloto 1

Nome: Silvane Darós.

Hoje é 14 de março de 2006, sexo feminino.

Pergunta: Qual a sua idade?

Resposta: 30.

Pergunta: Estado Civil?

Resposta: Solteira.

Pergunta: Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área?

Resposta: Fiz a especialização em dermato-funcional e especialização em acupuntura.

Pergunta: Faz cursos com freqüência? Em qual área e qual a freqüência?

Resposta: Sempre que surge oportunidades na dermato-funcional, que são poucos cursos, normalmente aí vai de seis meses pra surgir um curso bom.

Pergunta: Qual é sua área de atuação então?

Resposta: Dermato-funcional e acupuntura.

Pergunta: Quantas horas por dia você trabalha nessa área?

Resposta: 8 horas em média.

Pergunta: Nas duas áreas, entre as duas áreas?

Resposta: É.

Pergunta: Você trabalha com demais profissionais de saúde? Quais são eles?

Resposta: Tem uma nutricionista, um endocrinologista adulto e uma endócrino pediatra, uma... psicóloga e um, um, ginecologista, e atualmente também tá iniciando um gastro, pra formar o grupo de gastroplastia.

Pergunta: E como é esse relacionamento da equipe?

Resposta: Ah, desculpa, tem um de odontologia também. O relacionamento é muito bom, nós somos bem, é uma equipe bem multidisciplinar mesmo, um encaminha pro outro, um tá sempre auxiliando o outro no necessário.

Pergunta: Vocês trabalham além do multidisciplinar com o interdisciplinar? É, em reuniões, vocês tratam os casos, vocês discutem juntamente os casos que ocorrem na clínica?

Resposta: Sim, ali na clínica é feito bastante reunião, é, entre nós mesmos e depois com os próprios pacientes, tem as reuniões com os pacientes. Daí tem o grupo da obesidade, grupo

da gastroplastia, são grupos daí separados pra cada caso.

Pergunta: E você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação desses outros profissionais?

Resposta: Com certeza, principalmente da nutricionista na minha área, né?

Pergunta: Você encaminha bastante pra ela, ela encaminha bastante pra você?

Resposta: Mais ela encaminha pra mim, né? O número de pacientes dela com certeza é bem maior!

Pergunta: E todos os profissionais ali, dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe? Todos participam da mesma proporção, de mesma forma?

Resposta: Eu acredito que sim.

Pergunta: Tem algum deles que, que, deixa de dar a contribuição que poderia dar, em alguns momentos, por diversos fatores?

Resposta: Tem um que é um pouquinho menor, mas eu acho que é pelo caso de não conhecer tanto o trabalho da fisioterapia. E a gente tá começando a integrar um pouquinho mais nas reuniões mesmo.

Pergunta: Você pode me dizer qual é esse profissional?

Resposta: É o ginecologista.

Pergunta: É por que ele é novo no ambiente de trabalho?

Resposta: É, novo mas nem tanto assim, ele ainda não conhece bem o que que é a fisioterapia, o, como que ela pode atuar, principalmente na gestação, né? Então a gente está interagindo, mas ele mesmo vem, pergunta e pede pra explicar, e, pede, se interessa bastante em saber, qual é o trabalho da fisioterapia.

Pergunta: E na tua opinião, qual que contribui mais com a interdisciplinaridade dentro da tua equipe?

Resposta: É, dentro da nossa, com certeza é a nutricionista.

Pergunta: E o que contribui menos?

Resposta: É esse caso, o ginecologista, pra mim, sim!

Pergunta: E uma definição bem pessoal, o que é Saúde Coletiva?

Resposta: Bom, eu acredito que seja uma saúde onde você, chega a um profissional, você está precisando dele, e ao mesmo tempo de outros que poderiam colaborar. Então, na verdade, você tá associando tudo que você precisaria pra uma doença, por exemplo, né?

Pergunta: E como você definiria Saúde Pública?

Resposta: Saúde Pública, é hoje tá difícil fazer essa definição. Na verdade a gente tá com uma falha muito grande na Saúde Pública, né, agora eu acredito que mais ainda, com o governo que estamos atualmente, mas tende a melhorar, né!

Pergunta: Você acha há diferença entre a atuação em Saúde Coletiva e em Saúde Pública em termos técnicos? Que tipo de diferença que há no trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública?

Resposta: Aí eu acho que entra mais a parte do governo mesmo, né, que tem essa diferença, porque na Coletiva cada um tá ali no todo, e na Pública a gente depende de outras pessoas na verdade, né, por isso acho que tem várias dificuldades até.

Pergunta: Você considera seu trabalho é, como uma mera, uma execução de técnicas de fisioterapia ou vai além disso, como você considera sua atuação profissional no dia a dia?

Resposta: Bom, dermato-funcional, por ser uma área até nova, digamos assim, por que tem pouca, poucas publicações, então assim, eu acredito que o meu não é, só esse, né, eu tô cada dia mais estudando, tô procurando novidades, porque hoje o aparelho que você compra hoje, amanhã já tá velho, dentro da estética, hoje ela, mesmo a dermatocosmetologia, ela tá muito rápida, então você tem que estar sempre estudando e se atualizando, né.

Pergunta: Você se considera plenamente apto a trabalhar na sua área de atuação, com todos esses profissionais? Você se considera capaz?

Resposta: Capaz sim, mas eu acho que sempre a gente pode melhorar mais, né?

Pergunta: Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários para trabalhar na sua área, na saúde da coletividade?

Resposta: Foi lá dentro da clínica mesmo, né, um ajudando o outro, você vendo o que seria mesmo esse trabalho, é, nós sempre fazemos reuniões, então dá pra você começar a aprender cada vez mais, foi mesmo ali dentro da clínica.

Pergunta: A quantos anos trabalha nesse cargo, com essa área?

Resposta: Há dois anos e meio, três anos, quase.

Pergunta: E o relacionamento da equipe sempre foi o mesmo?

Resposta: Tem umas dificuldades, né, toda equipe tem, mas, é um relacionamento bom, não dá pra reclamar, assim, é um relacionamento bem, um sempre tá tentando ajudar o outro, claro que falhas sempre ocorrem.

Pergunta: Ao seu ver, de modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe, na Saúde Coletiva?

Resposta: Olha, eu acho que tá muito falho, por exemplo, agora mesmo teve concurso lá da prefeitura, pediram pra quase todas as áreas, menos a fisioterapia, então assim é uma, a gente vê isso como uma falha muito grande né, que precisaria tá unindo mais cada vez a fisioterapia, porque ela tá hoje, tá tão ampla, que ela tá atuando em todas as áreas, ela

poderia estar dentro de todas as equipes, né?

Pergunta: Pra você não tá tendo um reconhecimento tão bom da profissão?

Resposta: Com certeza.

Pergunta: Mas isso você acha que é só na questão pública, nos cargos públicos, ou também no sistema privado?

Resposta: No privado também, só que no privado a gente consegue explicar um pouco mais o nosso trabalho e entrar com mais facilidade do que no público.

Pergunta: Tem mais aceitação?

Resposta: Isso.

Pergunta: E você está satisfeita com o seu trabalho?

Resposta: Bastante, eu adoro o que eu faço.

Pergunta: Em que sentido ele te realiza?

Resposta: Eu sempre pensei trabalhar com a área da estética, então é uma, tudo o que eu faço é maravilhoso, em todos os sentidos. É claro que o ganho financeiro pra nós ainda é um pouco falho, mas justamente com a área da estética você não trabalha com convênio então fica um pouquinho mais fácil, né?!

Pergunta: Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na saúde de uma coletividade, ao seu entender?

Resposta: Eu acho que ele, ele soma, com certeza, essa coletividade, né. Fisioterapia também faz muita falta, em todos os sentidos. Ali nosso, é principalmente assim, eles sentem muita falta, sentiam da estética, antes de eu entrar. Porque, na verdade por ser equipe bem, grupos de obesidade, de, de, de gastroplastia, então são grupos que tão precisando mesmo da fisioterapia, né, da saúde, da fisioterapia ali dentro, então faz muita falta.

APÊNDICE D) Roteiro de entrevistas oficial

Entrevistador cita a data da entrevista, o nome e sexo do entrevistado.

- 1) Qual a sua idade?
- 2) Qual seu estado Civil?
- 3) Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área? Qual?
- 4) Esta(s) é(são) a(s) sua(s) área(s) de atuação hoje em dia? Se não, em qual atua?
- 5) Quantas horas por dia você trabalha nessa(s) área(s)?
- 6) Participa de cursos com frequência? Em qual área e qual a frequência?
- 7) Você trabalha com demais profissionais de saúde? Quais são eles?
- 8) Como é o relacionamento da equipe?
- 9) Trabalham com a interdisciplinaridade, além da multidisciplinaridade? Explique de que forma isso acontece.
- 10) Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação dos demais profissionais ou não? Explique.
- 11) Todos os profissionais dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe? Se não, cite-os e sua contribuição.
- 12) Qual profissional contribui mais e qual contribui menos para a multi-interdisciplinaridade da Fisioterapia? Você poderia citar os motivos?
- 13) Para você, o que é Saúde Coletiva?
- 16) Você acha que há diferença entre a atuação ou o trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública? Explique.
- 14) Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso? Comente.
- 15) Você considera plenamente apto a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade? Explique os motivos.
- 16) Defina o que entende por humanização e integralidade na saúde.
- 17) Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?
- 18) Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários para trabalhar com a sua área, na saúde da coletividade?
- 19) Há quantos anos trabalha nesse cargo e com essa área?
- 20) O relacionamento da equipe sempre foi o mesmo?

- 21) De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?
- 22) Quais as características que o fisioterapeuta deve ter para melhor atuar em equipe e para contribuir com o reconhecimento da profissão?
- 23) Explique como está sendo para você o reconhecimento da fisioterapia desde o início da sua atuação profissional até os dias de hoje.
- 24) Como é o relacionamento com os colegas fisioterapeutas?
- 25) Você participa de associação profissional? Qual? E qual a importância desta para você?
- 26) Está satisfeito(a) com o seu trabalho? Em que sentido ele te realiza ou não?
- 27) Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na Saúde de uma coletividade?

APÊNDICE E) Entrevista 1

Fisioterapeuta do Sistema Público de Saúde de Campo Bonito, PR.

Nome: Antônio.

Data: 21/06/2005.

Sexo: masculino.

Pergunta: Qual a sua idade?

Resposta: 34.

Pergunta: Estado Civil?

Resposta: Solteiro.

Pergunta: Você tem especialização, mestrado ou doutorado em alguma área?

Resposta: Tenho especialização em Fisioterapia em Ortopedia, Traumatismo e Desportiva pela Evangélica do Paraná.

Pergunta: E tem mais alguma?

Resposta: Tem uma em marketing e propaganda, que é de outra área. E agora tô fazendo a terceira que é em Acupuntura.

Pergunta: Qual dessas é a sua área de atuação hoje em dia?

Resposta: Ortopedia/Traumatismo e Desportiva.

Pergunta: Quantas horas por dia você trabalha nessa área?

Resposta: É, entre a prefeitura e a APAE, 32 horas.

Pergunta: Semanais então?

Resposta: É.

Pergunta: Você participa de cursos com frequência?

Resposta: Ahã.

Pergunta: Em qual área e qual a frequência?

Resposta: Como na prefeitura eu acabo trabalhando com clínica geral, então eu procuro fazer cursos em várias áreas, respiratória, cardio, neuro, neuropediatria, então eu sempre tô fazendo alguma coisa pra estar me atualizando.

Pergunta: E qual é a frequência desses cursos?

Resposta: Umas duas vezes por ano.

Pergunta: E você trabalha com demais profissionais de Saúde?

Resposta: Na APAE eu acabo trabalhando com uma equipe, um psicólogo, uma fono, um terapeuta ocupacional, e uma psicopedagoga atuando junto, um pedagogo. Na prefeitura eu trabalho com um médico, enfermeira, e com, agora eu comecei a atuar com uma

fonoaudióloga, eu comecei a encaminhar alguns pacientes neurológicos pra ela, então a gente tá trocando idéia e conversando.

Pergunta: Então você atua em dois locais?

Resposta: Ahã.

Pergunta: Como que é o relacionamento da equipe nesses locais? Na APAE?

Resposta: Bem tranquilo, a gente, é, procura marcar reuniões a cada três meses, mas a gente tá sempre discutindo quando vem avaliação, ou quando acontece algum evento com o paciente, a gente tá sempre discutindo a situação dele, pra melhor evolução do tratamento, pra direcionar o que vai fazer. E isso ocorre na prefeitura? Na prefeitura, geralmente eu tenho mais contato com o médico que é ele quem me encaminha os pacientes, então, ou é feita de forma escrita, que eu encaminho, pra discutir alguma patologia ou pra ele encaminhar ao especialista, ou mesmo de forma verbal, às vezes, ele, algum pacientes bem crônicos a gente tenta discutir, e ver. A fono agora eu comecei a trabalhar com ela, então eu tô encaminhando os pacientes com, com acidente vascular encefálico pra, que tem dificuldade de fala, pra trabalhar essa parte. A gente não tem formação nessa área, mesmo que a gente tente estimular, conversar, a gente não tem nada, então, pra eles evoluírem na parte de fala, não só na parte motora.

Pergunta: E vocês trabalham com a interdisciplinaridade, além da multidisciplinaridade?

Resposta: Como assim?

Pergunta: Bom, o que é interdisciplinaridade pra você?

Resposta: A equipe é interdisciplinar, né. Cê tá trabalhando, cê tem teu trabalho mas você vai tá interagindo com os outros. Né. Agora multi seria já assim todo um grupo maior, eu acho, a nível maior, não sei. Só que assim, como a prefeitura é uma prefeitura pequena, então é um pouco limitada a coisa, agente acaba trabalhando mais na interdisciplinaridade.

Pergunta: Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação desses outros profissionais ou não?

Resposta: Não. Se não fica muito difícil né, a clínica fica isolada do posto, e a fono, acabei discutindo agora, que ela entrou agora na prefeitura, então ela entrou e eu já encaminhei os pacientes. Assim, vai aparecendo os pacientes e eu vou encaminhando né, a gente não, cada um, então o local também.

Pergunta: Você falou que a clínica é separada do posto de saúde.

Resposta: É, ela é junto assim, é um do lado do outro, mas eu assim, às vezes, devido ao fluxo, acabo nem vendo o médico, às vezes fico uma semana sem ver o médico.

Pergunta: E na APAE?

Resposta: Na APAE eu tenho contato com a TO, toda a semana, e com a psicóloga, toda semana. Agora com a fono também eu vou ter contato, porque ela aumento a carga horária, então daqui uns dias os quatro vão se reunir, que isso é bom pros pacientes, a gente estar sempre discutindo. Então, quando tem paciente novo, agente faz toda a avaliação no mesmo dia, bem melhor claro, pra mãe, tudo. Ah, tem também um neurologista na APAE, só que o neurologista eu ainda não tive contato com ele, ele vai num dia que eu não estou lá.

Pergunta: E todos os profissionais dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe? Como você enxerga isso? Com que é a contribuição de cada um?

Resposta: Todos, a gente sempre tem, quando..., inclusive um ajuda o outro, um observa alguma coisa, com a experiência que o outro tem vai passando, então a gente faz essa, essa parceria mesmo. Então, ah, verifica esse paciente é assim, esses dias tinha uma menininha lá que tava como paciente, e a psicóloga e a fono perceberam uma alteração motora, daí eu fui fazer a avaliação, só que eu fiz a avaliação depois do lanche, e não tinha, daí a minha conclusão é que ela tava subnutrida, e quando elas avaliaram a menina tava tremendo e parecia que tinha alguma lesão, aí na verdade o que que era, o problema daí chega na assistente social que trabalha junto, eu esqueci de falar da assistente social, tanto na prefeitura quanto na APAE. Na APAE, ela trabalha junto, com família, orientação, parte nutricional, não orienta a nutrição, mas vê se tá tendo tudo correto pra encaminhar pra nutricionista. Na prefeitura eu acabo trabalhando mais na parte de órtese ou de encaminhar algum paciente que precisa de parte de aposentadoria, mas eu não tenho muito, conversa um pouco, mas é bem longe assim, na APAE a gente acaba até tendo, às vezes as crianças começam a faltar às sessões, faltou três, a gente já encaminha e a assistente social vai ver o que tá acontecendo, que às vezes tá com uma gripe ou alguma coisa, e às vezes é descaso da família.

Pergunta: E pra você, qual profissional contribui mais e qual profissional contribui menos para essa equipe, essa multi ou interdisciplinaridade da fisioterapia?

Resposta: Eu não consigo ver um que atua mais ou que atua menos...acho que todo mundo trabalha... inclusive assim, eu sempre até oriento, quando as outras especialistas, a fono e a psicóloga, aí às vezes tem algum posicionamento, eu tô sempre orientando, elas vêm me pedir orientação, ó como seria melhor atender o paciente, mais hipotônico, mais, qual a melhor postura, qual, a gente tá sempre orientando, né, e bem como às vezes se eu vejo algum paciente com algum distúrbio ou tá tendo alguma alteração, ou às vezes a mãe, né, às vezes a mãe não tá alimentando ou cuidando direito, a gente fala com a psicóloga pra falar com a mãe, né.

Pergunta: Isso na APAE; e na prefeitura todos contribuem na mesma proporção para o trabalho em equipe da fisioterapia?

Resposta: Tudo o que a gente necessita, a gente acaba tendo a resposta, eu não tenho mesmo, a tem uma carência, eu tinha a carência de ter uma fono, agora eles contrataram, então já. A nutrição, agora eles têm de nutricionista, que eu to trabalhando na prefeitura com uma paciente que vai fazer cirurgia bariátrica, ela tá, e então eu já encaminhei, às vezes o paciente na clínica vem obeso, e é hipertenso e tal, eu já encaminho, e tem um programa na prefeitura que cuida da parte da nutrição, então eles têm uma nutricionista terceirizada que vai lá fazer toda, a cada 15 dias, ela faz um acompanhamento, explica, então eu interagindo até com o profissional que é terceirizado.

Pergunta: E pra você, o que é Saúde Coletiva?

Resposta: Saúde Coletiva é, ai meu Deus.

Pergunta: Nas suas palavras.

Resposta: Saúde Coletiva sob o enfoque do paciente acho é ele poder ter acesso, na Saúde Pública, a todos os profissionais que ele tá, nem sempre é o que acontece. Na prefeitura de um município pequeno, mas eles têm uma sorte grande, eu falo que, a gente sabe que aqui em Cascavel têm mais carência, acho que seria isso, digamos que em Saúde Pública ofertar todas as especialidades da área da Saúde, o que infelizmente não é o que acontece, principalmente em Cascavel.

Pergunta: E você acha que há diferença no trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública? Que diferença que há?

Resposta: Na verdade, as duas meio que se interagem, né, não tem como, ah, você pode falar de uma Saúde Coletiva mais a nível particular talvez, eu acho, que, não tem como você separar eu acho, Saúde Coletiva com Saúde...não tem, as duas caminham juntas, né? Só que assim, a Saúde Pública pode fazer com que a Saúde Coletiva, eu não sei se tem tanta separação assim, flua melhor. Não adianta você, digamos assim, ter uma Saúde Pública, digamos ah, Cascavel tem uma Saúde Pública, aí falta, não tem fisioterapeuta, aí como que eu posso ter coletiva se eu não estou ofertando todas as áreas, faço descaso? Não sei se é isso...

Pergunta: Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso?

Resposta: Ah, não é só execução de técnicas, nunca, Com certeza não. Você na verdade, não é doação, é uma, uma troca, você tá fazendo um bem praquela pessoa, a técnica é um mero, vai depender de cada profissional, do que você pode ofertar praquela pessoa pra que ela tenha uma melhor saúde, né. Então isso acho que é você tentar melhorar a qualidade de vida daquela pessoa. Que a fisioterapia são técnicas, ah, eu posso ter, eu posso ser aquele fisioterapeuta que não tem técnica nenhuma, ter a graduação normal, e faz um trabalho espetacular só com o que ele tem. Então não é a técnica que vai dizer, você pode com as

técnicas encurtar o teu tratamento, fora isso acho que não, tem muito mais que técnica, técnica é só o que vai diferenciar o profissional, mas, o importante é a forma que ele atende o paciente. Você tem que pensar muito na qualidade de vida do paciente, não adianta você executar, executar, e se o seu paciente não tá melhorando? Né, então, não é bem assim.

Pergunta: Você considera-se plenamente apto a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade?

Resposta: Sim, sim porque eu sempre busquei. Desde a época da faculdade eu nunca fui alienado, então sempre ajudei, até na parte de Saúde Pública, a gente via, então os estágios, aí depois que eu me formei, eu fiz muitos cursos, em várias áreas, agora eu comecei a trabalhar com hidro, fiz curso de hidro, já fiz curso de neuropediatria, mas cursos básicos, não formação, só pra você ter mais ferramentas pra atuar.

Pergunta: Defina o que você entende por humanização e integralidade na Saúde.

Resposta: Acho que é o que se busca, é o que deveria buscar, mas o que realmente não ocorre, né. Humanização, não se tornar aquela coisa mais mecânica, pega aquela perna, não, é tratar a pessoa como pessoa realmente, pra ela ter uma qualidade de vida melhor.

Pergunta: E integralidade?

Resposta: E de forma que você consiga atuar em todas as áreas. Não adianta você tratar a pessoa, você tratar um, um, um Parkinson, e de repente você esquecer que tem toda uma família envolvida, e que você tem que trabalhar a psicologia, a família também, então, sintetizando um pouco.

Pergunta: Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?

Resposta: Bom, eu acho que quando ele vem me procurar, num primeiro momento ele tem a dor, ele tá querendo se reabilitar, voltar a fazer algum movimento que ele não faz, ou ele tá com alguma dor. Então, esse é o enfoque. Mas tem muito mais. Então você vê que, você começa a conversar com o paciente, a fisioterapia tem muito disso, cê consegue, às vezes você vê várias carências, vê carência afetiva, vê, é, a falta de oportunidade da pessoa, que, às vezes o estresse é tão grande que tá causando aquela patologia, então você tá tratando, e cê pode até encaminhar, por isso que tem que estar integralizado, pode encaminhar a outros profissionais. Então você tem que ver o paciente como um todo pra poder, realmente, ter, ser eficaz no teu tratamento, sempre buscando a melhora do paciente, não só motora, ou analgesia, ou o que for, mas no geral que ele tenha uma melhor qualidade de vida e não recidive com tanta facilidade, porque às vezes cê trata, volta, trata, volta, então por que tá voltando? Então às vezes têm fatores ergonômicos, têm n fatores.. eu costumo até lá na prefeitura, ele lance de fatores ergonômicos, visitar a casa do paciente ou questionar pra tentar orientar, né, então, a paciente vem com lombalgia, lombalgia, lombalgia, eu vou ver, mas o tanque é muito baixo, arranca mandioca, que lá é uma área rural, você tenta, tira

leite, então muda, aumenta ou diminui a altura do banquinho com o qual eles têm que tirar leite, aí cê vai dando orientações que são simples e que eles vão melhorar um monte, e eles param de necessitar tanto da Saúde Pública.

Pergunta: Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários para trabalhar com a sua área, na saúde da coletividade?

Resposta: Na graduação eu tive bastante, a gente teve, é, uma boa, uma boa, uma boa noção, depois com a prática mesmo, a experiência, os cursos, alguns cursos na área, aqui às vezes até a... Regional (de Saúde) aqui às vezes, nessa área, ela acaba...efetuando, a gente acaba fazendo, mas muito particular, muito cê vai buscar mesmo, e leitura né, se informando, sempre tá buscando.

Pergunta: Há quanto tempo você trabalha nesse cargo e com essa área?

Resposta: Três anos e três meses.

Pergunta: E o relacionamento da equipe sempre foi o mesmo, conforme você descreveu?

Resposta: Sempre. Nunca, eu não tive, é, nenhum desconforto com ninguém, sempre que eu precisei dos médicos ou dos outros profissionais sempre tive, eu não tenho muito contato com os especialistas porque eles têm que se dirigir de Campo Bonito para Cascavel, mas..

Pergunta: Os pacientes, né?

Resposta: É, os pacientes. Então eu acabo não tendo muito contato com eles, então eu acho, essa seria mais, não falho, mas é que não tem como você ter mesmo essa, ser tãããã interdisciplinar, porque daí envolve secretarias, cidades diferentes.

Pergunta: De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?

Resposta: Eu acredito que tem muito a melhorar, tá muito...não, as pessoas não sabem qual a real importância da fisioterapia, não sabe que quando a pessoa tá fazendo fisioterapia ela não tá indo ao médico, ela diminui o remédio que ela toma, ela às vezes nem precisa mais tomar o remédio conforme a situação, ela tem uma melhora, ah, muito, ela tem uma melhora e uma redução de custos muito grande, e infelizmente, por ignorância ou não sei o que, as prefeituras, os prefeitos, os secretários acabam parece que desconhecendo isso, principalmente em Cascavel.

Pergunta: Quais as características que o fisioterapeuta deve ter para melhor atuar em equipe e para contribuir para o reconhecimento da profissão?

Resposta: Bom, primeiro é gostar da profissão, tem muita gente que acaba fazendo por moda, ou porque a mãe impôs, o pai impôs... gostar da profissão, ah, ter estudado bastante, estar sempre se informando e também, o que eu acho que é um pouquinho complicado, é

que às vezes o profissional da saúde, não só o fisioterapeuta, ele nunca busca um curso pra trabalhar em equipe, um curso pra trabalhar com o melhor atendimento, marketing pessoal, marketing interpessoal, ele acaba esquecendo, só vê a parte técnica, e esquece, a gente vê isso, e a parte de atendimento, às vezes uma palavra de conforto pra pessoa, e você sentir isso, esse, essa, vontade, nem que você atenda... eu vejo assim, no caso dos médicos, às vezes eles tratam dos pacientes, os meus pacientes falam assim: os médicos chegam e, “me tratou que nem cachorro”, e às vezes se ele tivesse tratado um pouquinho melhor a pessoa, ela iria ter uma resposta muito melhor ao tratamento, só não acontece isso, porque não procuram fazer outros cursos para somar, pra ter mais informação, mesmo a nível de leitura, né, então isso é que dificulta. Aí você vê quem faz diferença no mercado, você saber atender bem uma pessoa, que eles são pacientes, mas eles são clientes, que mesmo na Saúde Pública eles são teus clientes, ele só tá ali porque eles precisam de você. E as pessoas não pensam isso, que as pessoas vão lá e você tá atendendo por obrigação, mas não é.

Pergunta: Explique como está sendo pra você o reconhecimento da fisioterapia desde o início da sua atuação profissional até os dias de hoje.

Resposta: Ah, eu tive muita sorte, eu fui super reconhecido, eu tive a abertura do mercado de trabalho, mas não é o que ocorre, eu sou uma realidade diferente do normal. Infelizmente tem muito pra ser divulgado a fisioterapia, pra muito pra demonstrá, muito pra pesquisar, pra realmente mostrar a real importância da fisioterapia, e que com a fisioterapia você pode trabalhar não só com a forma curativa, mas sim a forma preventiva. Eu vou ter a paciente que vai ser hipertensa ou diabética, antes disso ou desde criança orientar ele pra ter uma, uma atividade física, um acompanhamento nutricional diferente, então usar do recurso da Saúde Pública pra não ter até esse problema pro governo não arcar com tanto remédio, tanta despesa. Então acho que a hora que a gente começar a trabalhar muito na área preventiva, o que não é o que ocorre, algumas situações ocorre, mas não é o que ocorre, ah, vai fluir bem mais.

Pergunta: E você acha que vai ser mais reconhecido na profissão?

Resposta: Ele vai ter mais reconhecimento, e divulgação, né, os próprio profissionais, que é o que falta, a união da classe pra...

Pergunta: E como é o relacionamento com colegas fisioterapeutas?

Resposta: O meu relacionamento é bom, a grande parte dos fisioterapeutas, dos que eu tenho contato, excelente, eu sempre procuro trocar idéias, ligo, estamos sempre em contato.

Pergunta: E você participa de associação profissional?

Resposta: Sim, eu sou tesoureiro da nova diretoria da AFIC, que vai tomar posse agora.

Pergunta: E qual a importância desta para você?

Resposta: Ah, acho muito importante a união de classe, apesar que não são todos os que pensam assim. Nessas questões que estamos conversando, é o que agora a associação tá tentando fazer, tá trabalhando com isso para um maior reconhecimento da necessidade do fisioterapeuta nessa área, de saúde pública, e noutras também, valorizar a profissão.

Pergunta: Você está satisfeito com o seu trabalho?

Resposta: Sim.

Pergunta: Em que sentido ele te realiza?

Resposta: Eu adoro a fisioterapia, a questão do reconhecimento financeiro ainda não é tão bom, o SUS acho que paga dois reais e pouquinho por sessão, e a Unimed passou mais de dez anos ser ter um reajuste, mas a gente vai apertando um pouquinho e dá. Mas eu adoro a fisioterapia.

Pergunta: Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na Saúde de uma coletividade?

Resposta: Com tudo que eu já falei agora eu acabei respondendo essa pergunta, então o que eu tenho a falar é o seguinte: o paciente que, quando ele começa a ser submetido a sessões de fisioterapia ele acaba não indo no posto de saúde porque ele tá fazendo fisioterapia, acaba a dor, não toma remédio, então diminui o custo com remédios, diminui o custo das consultas porque ele acaba não indo lá no médico, porque ele tá fazendo a fisioterapia, tá.. ele se sente melhor, se sente motivado, porque na verdade na fisioterapia você acaba ficando mais tempo com o paciente, você acaba, não é nosso encargo, mas você acaba conversando, uma forma de terapia, claro não é, você pode até encaminhar pra terapia, então acho que a fisioterapia é extremamente importante pra, é, deveria ser obrigatório no PSF (Programa Saúde da Família) a fisioterapia por todos esses fatores, sem contar, vamos dizer, aquele paciente acamado, quantos pacientes acamados tem em Cascavel, teria que ter um estudo aí, quantos tem fisioterapeuta, a prefeitura poderia ter um fisioterapeuta pra ele se dirigir até esses pacientes, fazer o atendimento, fazer a parte dele, nossa iria ser um..uma evolução tremenda, e a população iria ter uma qualidade de vida, e de saúde muito melhor do que antes, ou melhor do que tem agora, porque agora, tá bem complicado.

APÊNDICE F) Entrevista 2

Fisioterapeuta do Sistema Público de Saúde de Matelândia, PR.

Data: 23 de junho de 2006.

Nome: André.

Pergunta: Qual a sua idade?

Resposta: 26 anos.

Pergunta: Estado civil?

Resposta: Solteiro.

Pergunta: Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área?

Resposta: Posuo pós-graduação em Cardiologia e Pneumologia e Especialização em Acupuntura e Fitoterapia. Ahã, os dois são especializações? Sim, especializações lato-sensu.

Pergunta: E essas são as suas áreas de atuação hoje em dia?

Resposta: Hoje em dia eu só atuo na área de acupuntura.

Pergunta: Quantas horas por dia você trabalha nessa área?

Resposta: 10 horas por dia.

Pergunta: Participa de cursos com freqüência?

Resposta: Sim.

Pergunta: Em qual área?

Resposta: Na área de Acupuntura e Fitoterapia.

Pergunta: Qual é a freqüência desses cursos?

Resposta: A freqüência é bimestral.

Pergunta: E você trabalha com demais profissionais de saúde?

Resposta: Trabalho.

Pergunta: Quais são eles?

Resposta: Psicólogos, médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde (ACS's, é), diretamente com ACS's, e os médicos do Saúde da Família.

Pergunta: E como é o relacionamento dessa equipe?

Resposta: O relacionamento, digamos assim, bem profissional, é, encaminhamentos, é, tira dúvidas, ...

Pergunta: Mas é bom?

Resposta: Excelente, principalmente no município que eu trabalho é excelente, não existe

conflito nenhum de área, entre médico e fisioterapeuta, entre acupuntura e médico e psicólogo, entre nutricionista e médico, fisioterapeuta e acupunturista.

Pergunta: E vocês trabalham com a interdisciplinaridade além da multidisciplinaridade?

Resposta: Sim.

Pergunta: De que forma? Como vocês trabalham com a interdisciplinaridade?

Resposta: Interdisciplinaridade principalmente na questão deee, a gente faz grupos de estudos, conhecimento entre a minha área e a área do psicólogo, o que eu posso tar melhorando na minha área junto com a ajuda do psicólogo, o médico entrando em contato com a acupuntura, pra ver o que nós podemos estar fazendo, achar um diagnóstico melhor praquela pessoa, mesmo sendo um lugar de Saúde Pública, mas nesse município existe essa interdisciplinaridade, o conhecimento de uma área e da outra.

Pergunta: E você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação desses demais profissionais? No seu dia-a-dia?

Resposta: 100%.

Pergunta: Todos os profissionais dão a mesma contribuição ao trabalho em equipe?

Resposta: Nesse município sim.

Pergunta: Tem algum deles que dá uma contribuição inferior ao outro?

Resposta: O único que não tem tanta colaboração com o meu trabalho, mas existe essa interdisciplinaridade, é a parte do enfermeiro, da enfermagem. Que a enfermagem é a parte só de curativos, né, a parte somente da consulta do enfermeiro, que não, não existe o encaminhamento em si, mas eles tão sempre tirando a dúvida pra poder orientar mesmo o próprio paciente pra fazer o tratamento.

Pergunta: A próxima pergunta seria bem essa: qual profissional contribui mais, e qual contribui menos para a interdisciplinaridade da fisioterapia.

Resposta: O que mais contribui é o psicólogo, e em segundo lugar é o médico da Família.

Pergunta: E o que menos contribui é o enfermeiro como você falou?

Resposta: É o enfermeiro.

Pergunta: Você saberia citar quais motivos que o médico e o psicólogo contribuem mais para o trabalho da fisioterapia? Que o enfermeiro você falou o porque que ele contribui menos.

Resposta: O psicólogo principalmente pela, pela área que ele atua, né, ele trabalha sobre a mente humana, com as emoções, e o trabalho da acupuntura junto com o psicólogo consegue ter um resultado muito mais benéfico. E a parte médica que encaminha pra acupuntura é na redução do número de medicamentos utilizados por esses pacientes, uma

desintoxicação, por exemplo, pede pra ir pra acupuntura antes de realizar o tratamento, uma lombalgia, ir pra acupuntura antes de fazer um tratamento com injetáveis.

Pergunta: E essa necessidade está bem clara pro médico?

Resposta: Está 100% clara, nesse município, vou deixar bem claro, onde eu trabalho.

Pergunta: Pra você o que é a Saúde Coletiva?

Resposta: Saúde Coletiva é todos os profissionais estarem voltados à Saúde Pública, estar pensando num coletivo, em termos assim, palestras, em saúde da mulher, saúde do homem, saúde dos hipertensos, dos diabéticos. Na minha opinião Saúde Coletiva é ter um grupo precisando de apoio e várias pessoas dessa equipe de saúde vão dar esse apoio, esse grupo de pessoas que são necessitadas.

Pergunta: Certo, e você acha que há diferença entre a atuação ou trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública? Tem diferença?

Resposta: Acredito que nesse município em que eu estou atuando não. Pra mim, minha visão de Saúde Coletiva, é vários profissionais, né, tratar um grupo de pessoas necessitadas. E Saúde Pública é, um tratamento interpessoal, só que daí, dentro da consulta na Saúde Pública você pode encaixar essas pessoas no programa de Saúde Coletiva.

Pergunta: Tá, você falou mais direcionado para o teu trabalho. Mas de forma geral, como você vê assim, há diferença, não só na sua experiência?

Resposta: Ah, eu acredito que deve ter muita diferença, mas isso eu não sei.

Pergunta: Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso?

Resposta: Fisioterapia pra mim é a base, existe algumas técnicas que são utilizadas, mas tem muito mais além da fisioterapia, fisioterapia é só o básico do trabalho. Conseguir comentar um pouquinho? Principalmente no que a fisioterapia me ajuda mais é na questão avaliativa, na questão músculo-esquelética, só. Na questão de encurtamentos musculares, ósseo-musculares, ósseo-articulares. A única coisa que a fisioterapia entra no meu trabalho.

Pergunta: Você se considera plenamente apto a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade?

Resposta: Sim.

Pergunta: Tem motivos?

Resposta: Conhecimento, experiência, conhecimento científico, né, e a própria experiência, na prática, no dia-a-dia.

Pergunta: Defina o que você entende por humanização e integralidade na saúde.

Resposta: Humanização é você se colocar às vezes no lugar da pessoa que tá querendo

receber o atendimento, e poder dar um atendimento que ela esteja esperando, pra você dá pra ela, ou assim, um atendimento de qualidade, não só pensando na parte quantitativa, o que às vezes o Sistema Único de Saúde. Isso eu acho que, na minha opinião é humanização.

Pergunta: E a integralidade?

Resposta: A integralidade é ver a pessoa como um todo, né, não objetivar uma doença de pâncreas, um baço, né, coisa que tá causando, o que que tá levando a, a pessoa a ter esse problema, se é alimentação, se é postura, se é uma cirurgia prévia.

Pergunta: Acho que na tua área é mais fácil ter essa visão.

Resposta: Ah, na minha área sim.

Pergunta: Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?

Resposta: Alguém que precisa de ajuda, alguém que procurou vários recursos, e esses recursos, muitos deles, frustrantes, ou que, ou os que queiram deixar de fazer uso de certos medicamentos da parte química, pra tentar levar uma vida mais saudável, digamos assim.

Pergunta: Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários para trabalhar na sua área, na saúde da coletividade?

Resposta: Bom, meus conhecimentos conhecidos previamente foram através da faculdade, através dos cursos de pós-graduação e dos cursos que eu faço regularmente. E como você aplica isso na coletividade? É através de estudos, não somente o conhecimento específico da tua área, mas você sabendo um pouquinho de várias áreas, é isso. Tudo se baseia no estudo, e na pesquisa, o incentivo que você tem, de você entrar e descobrir, o esclarecimento de algumas determinadas doenças ou patologias, pra trabalhar junto com a área, digamos, com o psicólogo, enfermeiro, médico, nutricionista, e com a saúde do paciente.

Pergunta: A quantos anos você trabalha nesse cargo e com essa área?

Resposta: Neste cargo eu tô a um ano. Nessa área eu também to a um ano.

Pergunta: O relacionamento da equipe, sempre foi o mesmo?

Resposta: Desde o dia que eu cheguei, até hoje, continua sendo o mesmo. No primeiro gerava mais dúvidas, por ser acupuntura, por ser um ramo novo, diferente, mas agora, não tem problema.

Pergunta: De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?

Resposta: O fisioterapeuta em si, olha, é mais difícil de ter uma interrelação, né, porque no sistema público de saúde ele se encontra limitado às vezes. Existe a limitação da questão qualidade de tratamento, porque possui uma grande demanda com poucas horas de tempo

pra serem realizados, a, o tratamento, e a questão financeira também, que não é pago o justo pro fisioterapeuta.

Pergunta: Quais as características que o fisioterapeuta deve ter para melhor atuar em equipe e para contribuir para o reconhecimento da profissão?

Resposta: Tem que ser humilde, humano, tem que ser, que não precisa almejar muito, ele tem que, não tem que ter tido tantas oportunidades de trabalhar para ser, trabalhar, em ambientes particulares, e, ao meu modo de ver, o fisioterapeuta na Saúde Pública é um enriquecimento, um conhecimento, de como lidar com a vida humana da pessoa, como que, como que existem várias, populações, várias faixas etárias, varas faixas de idade, de mobilidade...

Pergunta: Explique como está sendo pra você o reconhecimento da fisioterapia desde o início de sua atuação profissional até os dias de hoje.

Resposta: Fisioterapia só me decepcionou, desde que eu me formei até os dias de hoje, principalmente por causa da questão da falta de amparo de Conselho, da baixa remuneração, dos convênios, digamos assim uma briga de convênios, se tornam grupos fechados, é como se fosse uma monarquia, porque um grupo domina, e comanda, e os outros grupos, é um trabalho geralmente quase escravo do fisioterapeuta, principalmente, aonde eu conheço, né, que é em Cascavel e no município onde eu tô.

Pergunta: Então eu vou fazer um adendo aqui nessa pergunta. É, então você se reconhece agora como acupunturista, não mais como fisioterapeuta.

Resposta: Como acupunturista, fisioterapia é a base.

Pergunta: Como é o relacionamento com colegas fisioterapeutas?

Resposta: Bom, eu tenho pouco relacionamento com os colegas fisioterapeutas, né, eu tenho mais agora de minha própria área, e nessa equipe multidisciplinar, que são médicos, psicólogos, mais o meu relacionamento é social.

Pergunta: Você participa de associação profissional?

Resposta: Não.

Pergunta: Tem importância a associação profissional pra você?

Resposta: Acredito que para alguns profissionais tenha. Da associação profissional fisioterapeuta. Associação de acupuntura eu não participo ainda, mas eu pretendo fazer parte dessa associação.

Pergunta: Você está satisfeito com o seu trabalho?

Resposta: Muito satisfeito.

Pergunta: Em que sentido ele te realiza?

Resposta: Financeiro, no sentido, de queee, eu achei, acredito eu que achei, função

nessa vida, certo, pelas próprias habilidades, pela visão, que tem não somente do paciente, mas aquela visão total do paciente, é uma totalidade, desde a aura, é, sensação, energia, isso, tenho uma completa realização.

Pergunta: Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na saúde da coletividade (entrevistadora repete a pergunta)

Resposta: Se ele é relevante ou não?

Pergunta: É, qual é a importância?

Resposta: A importância? Bem eu acredito que seja importante, é importante principalmente naquelas pessoas, no programa de Saúde da Família, onde não se atua diretamente no posto de saúde, parado, esperando o paciente fazendo o atendimento ortopédico. Mas aonde existam pacientes neurológicos, pacientes pediátricos, necessitando desse auxílio fisioterapêutico e não tenham condições de sair de sua localidade, de sua habitação. Acredito que o fisioterapeuta se inclua nisso, na questão da Saúde Pública.

Pergunta: No modo assim de promoção da saúde?

Resposta: Promoção da saúde habitacional, digamos assim, pessoa que não possa sair de sua habitação e necessite de atendimento, não tenha condições, o fisioterapeuta se encaixaria no Programa de Saúde da Família nesse sentido.

APÊNDICE G) Entrevista 3

Fisioterapeuta do Programa de Assistência e Internamento Domiciliar, do Sistema Público Municipal de Cascavel, PR.

Data: 23 de junho de 2006.

Nome: Laís.

Pergunta: Qual a sua idade?

Resposta: 28 anos.

Pergunta: Estado Civil?

Resposta: Casada.

Pergunta: Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área?

Resposta: Especialização. Cardio-respiratória e Geriatria.

Pergunta: Essas são as suas área de atuação hoje em dia?

Resposta: Elas, elas fazem parte da minha atuação, não é exclusivamente essas áreas, mas são as que eu mais atuo, na respiratória e geriatria.

Pergunta: É, e qual a outra área que você atua hoje em dia?

Resposta: Eu atendo todos os tipos de pacientes neurológicos, pediatria, é, eu acho que é mais isso, ortopedia também, os politraumatizados, né. Saúde Pública, todos os pacientes da Saúde Pública.

Pergunta: Quantas horas você trabalha nessa área por dia?

Resposta: 6 horas.

Pergunta: Você participa de cursos com frequência?

Resposta: Não..., não.

Pergunta: E você trabalha com demais profissionais de saúde?

Resposta: Trabalho.

Pergunta: Quais são?

Resposta: Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, nutricionista e assistente social.

Pergunta: E como é o relacionamento da equipe?

Resposta: Aqui é muito bom, a gente tem um bom relacionamento, tem facilidade de comunicação entre nós, a aceitação do trabalho do outro, é muito boa a relação, aqui dentro da equipe é muito boa.

Pergunta: E vocês trabalham com a interdisciplinaridade, além da multidisciplinaridade?

Resposta: Bastante, a gente faz inclusive aqui dentro do programa, reuniões mensais, onde a gente trabalha, estuda o caso de cada paciente, e estuda o que cada profissional pode contribuir com aquele paciente. Então a gente repassa pra cada profissional qual que é a tua atuação, qual que é a tua função, e você aprende qual é a função deles, todo mundo conhece um pouco da profissão de todo mundo aqui dentro.

Pergunta: Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação dos demais profissionais?

Resposta: A maior parte do tempo.

Pergunta: E todos os profissionais dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe?

Resposta: Eu não entendi muito bem, assim...

(Entrevistadora repete a pergunta).

Resposta: Não, aqui na, pros nossos pacientes aqui todos tem uma função muito importante. Não existe um profissional que possa ser retirado da equipe. Até mesmo o assistente social, que, não interfere muito na questão da patologia em si, mas na questão social do paciente, se o paciente não tem condições sócioeconômicas de manter a alimentação, higiene e condições da casa, o paciente não tem a melhora clínica também, né. Então não tem um profissional que possa ser retirado da equipe.

Pergunta: Qual profissional na sua opinião contribui mais e qual contribui menos para a multi ou interdisciplinaridade da fisioterapia?

Resposta: Da fisioterapia?

Pergunta: Sim.

Resposta: Eu acho que os profissionais que mais contribuem são o médico e a enfermeira, são os mais, que atuam mais diretamente na equipe. O que menos contribui é o assistente social, na verdade, até ele passa casos que acontecem, mas ele não interfere no meu tratamento, não dá contribuições técnicas pro tratamento.

Pergunta: E pra você, o que é Saúde Coletiva?

Resposta: Saúde Coletiva...(risos), também tá complicado. Saúde Coletiva, eu acho é o tratamento do paciente..., é o tratamento global que você, você, você interfere na sociedade, não só na patologia do paciente. Você entra numa sociedade, ali onde o cidadão, com, convívio familiar, convívio dele no bairro.

Pergunta: Você acha que há diferença entre a atuação ou o trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública?

Resposta: Diferença de atuação entre uma e outra?

Pergunta: No trabalho.

Resposta: Não, não vejo diferença assim, atuação de, entre um e outro, como eu posso dizer... na verdade assim, eu tenho dificuldade em diferenciar a Saúde Coletiva da Saúde Pública pra responder isso, não sei se você pode me ajudar a diferenciar bem ela.

Pergunta: Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso?

Resposta: Na verdade, o meu, o meu dia-a-dia, o que eu menos aplico são técnicas de fisioterapia, o que eu mais aplico são, é, são conhecimentos, a aprendizagem de novas maneiras de ensinar os pacientes a realizar essas técnicas, então assim, cada paciente que eu vou, eu me, eu me, eu me confronto com a necessidade da criatividade no meu trabalho, porque eu não consigo aplicar a mesma técnica pra cada paciente, porque cada paciente é uma realidade totalmente diferente. Então na verdade, cada dia eu, muito mais aprendo do que eu aplico técnicas, na verdade, com eles.

Pergunta: Você se considera plenamente apta a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade?

Resposta: Eu tô tentando me tornar apta, porque assim, eu não tive a formação pra Saúde Coletiva, na faculdade, não tive nem pra Saúde Coletiva, nem pra Saúde Pública também. É, então eu tô a cada dia aprendendo a lidar com a interdisciplinaridade, com a Saúde Pública, com a diferença que a gente percebe na, na formação universitária que é basicamente hospitalocêntrica e clínica, pro que eu tô enfrentando hoje, que é a realidade da comunidade... eu tô, tô tentando me tornar apta pra, pra essa nova realidade que eu tô atuando.

Pergunta: Defina o que você entende por Humanização e Integralidade na saúde.

Resposta: É, Humanização, é, não só, é, assim, Humanização pra mim seria oferecer ao paciente, ao usuário de saúde, todas as possibilidades que ele tem de chegar à saúde, não é só a parte clínica, não é só a parte clínica da doença, é ver a pessoa como um todo, como uma pessoa inserida no contexto familiar, como uma pessoa inserida no contexto social, e avaliar ele na visão integral do usuário, pra a partir daí eu perceber qual vai ser a maneira de, de dar as melhores condições pra ele. E a outra é a?

Pergunta: Integralidade.

Resposta: Integralidade e a?

Pergunta: É sobre Humanização e Integralidade.

Resposta: Eu acho, acho que as duas se complementam muito, né. Você tem que ter a visão humanista do paciente, é, como eu falei, não, não ver só o lado clínico, lado patológico do paciente, mas inserir ele na família, na sociedade, pra a partir daí eu poder traçar os meus objetivos com ele.

Pergunta: Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?

Resposta: É, acho, na, na minha atuação aqui, a primeira visão que eu tenho do paciente é qual que é o papel dele naquela família. Quais as dificuldades dele com relação ao, à situação familiar dele, e as situações, as dificuldades dele nas atividades de vida diária dele. Primeiro eu tento ver quais são as principais atividades dele, a partir daí, enxergar o que eu posso fazer pra tentar ajudá-lo a superar essas dificuldades.

Pergunta: Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários pra trabalhar na sua área, na saúde da coletividade?

Resposta: A formação teórica mesmo, a formação técnica vem da universidade, mas a, a, essa capacidade de interagir com, é, com outros profissionais e com o meu grupo de pacientes veio no meu dia-a-dia mesmo.

Pergunta: A quantos anos você trabalha nesse cargo e com essa área?

Resposta: Nesse, nesse cargo, como fisioterapeuta faz 6 anos, e nesse cargo faz 2.

Pergunta: O relacionamento da equipe sempre foi o mesmo?

Resposta: É, nós tivemos muita dificuldade no entrosamento entre a equipe, no começo pra montar a equipe, nós tivemos muitos profissionais que não conseguiam se adequar, tanto com a assistência domiciliar, não conseguiam ter o perfil pra esse tipo de assistência, tanto pessoas que não conseguiam interagir com outros profissionais, que só tinham a visão exclusiva da sua profissão, e não conseguiam contribuir, e o contrário, até prejudicavam o trabalho. Então, devagarinho, a gente foi readequando a equipe, a gente tá numa equipe hoje, que a gente consegue ter essa visão de, de equipe mesmo.

Pergunta: De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe, hoje em dia, a seu ver?

Resposta: Eu acho que, ele ainda não é um profissional visto como essencial, nos trabalhos de, de equipe. Mas assim, devagarinho tá começando a mostrar o trabalho, a mostrar o serviço, mostrar a importância, e devagarinho ele está sendo inserido nas equipes profissionais.

Pergunta: Quais as características que o fisioterapeuta deve ter para melhor atuar em equipe e para contribuir para o reconhecimento da profissão?

Resposta: Pra contribui pro reconhecimento primeiramente é trabalhar muito bem, fazer, gostar do que faz, e atuar de maneira, de maneira a convencer o paciente da importância, e você convencendo o paciente ele vai te reconhecer, e você vai convencer o restante da equipe que todo o teu trabalho foi bem feito. É, o reconhecimento também é, participar de, de, de reuniões das equipes, mostrar que você tem o conhecimento não só da tua área, mas que você consegue interagir com as outras áreas também, o que mais.. é.

Pergunta: Explique como está sendo pra você o reconhecimento da fisioterapia desde o início de sua atuação profissional até os dias de hoje.

Resposta: Na verdade assim, quando, quando eu me formei, a visão que eu tinha é que o fisioterapeuta ele era muito mais bem reconhecido na sociedade. A partir do momento que eu entrei na sociedade, e de lá pra cá, eu vejo assim, o próprio profissional ele tá se diminuindo na sociedade, ele tá se prostituindo, não, não tá conseguindo passar o seu valor, e com isso a sociedade não dá o devido valor pra, pra, que ele tem. Tem muitos profissionais que conseguem se destacar, estudar e mostrar que são competentes, e tem áreas de atuação que ele consegue ser valorizado. Mas, na verdade, eu acho que, quando eu me formei pra cá, tem sempre mais decaído do que evoluído.

Pergunta: Como é o seu relacionamento com os colegas fisioterapeutas?

Resposta: Aqui em Cascavel, eu não tenho muito relacionamento, justamente porque eu não tenho colegas fisioterapeutas dentro do meu local de trabalho, mas nas outras clínicas ou na universidade o relacionamento é muito bom, a gente consegue trocar, trocar conhecimentos, trocar informações de pacientes, assim é um bom relacionamento.

Pergunta: E você participa de associação profissional?

Resposta: Não.

Pergunta: Qual a importância da associação profissional pra você?

Resposta: É uma maneira de ter força profissional pra poder conquistar os objetivos da profissão, pra podê ganhar destaque na profissão.

Pergunta: Está satisfeito com seu trabalho?

Resposta: Bastante.

Pergunta: Em que sentido ele te realiza ou ele não te realiza?

Resposta: É, como eu posso dizer... eu adoro trabalhar em equipe, eu acho que eu tô aprendendo muito trabalhando, é, com outros profissionais, eu vejo, a minha visão do paciente, da, da doença, da comunidade, trabalhando na Saúde Pública, trabalhando na assistência domiciliar, a visão que eu tenho da, da, das condições de saúde do paciente são muito maiores do que quando eu tava numa clínica, que eu tratava um joelho ou eu tratava um ombro. Aqui eu consigo ter uma visão muito maior do paciente, e isso tá me abrindo muito a cabeça com relação à minha profissão. Não tem nada que me desgosta, Na verdade assim, o que me desgosta é ver, que tem muitos pacientes que precisam, o campo de atuação é muito grande, a demanda de paciente pra serem atendidos pela fisioterapia é muito grande, e a gente não tá conseguindo, tá deixando a desejar, deixa a desejar com os pacientes porque eu não consigo dar conta de atendê-los, porque eu não tenho profissional mas eu tenho uma demanda muito grande. Então isso me frustra um pouco porque eu não consigo fazer o meu trabalho como deveria ser feito na verdade.

Pergunta: Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na saúde de uma coletividade?

Resposta: É, como, como qualquer outra profissão, toda a, a interação de todas as profissões só vem a contribuir pro, pro paciente. Então você não pode cuidar, você não pode ter uma visão única do paciente, por um lado, só pelo lado médico, só pelo lado da enfermagem, se tem que ter uma visão de tudo. O fisioterapeuta na verdade, é aquela coisa: o médico trata, o enfermeiro cura a ferida, o assistente social dá a cadeira de rodas, mas o fisioterapeuta ensina ele a caminhar. Então eu vou poder dispensar a cadeira de rodas, eu vou poder curar a minha ferida e o paciente vai ser visto como um todo.

APÊNDICE H) Entrevista 4

Fisioterapeuta e Coordenadora do Centro de Reabilitação da UNIOESTE, do Sistema Público Estadual de Saúde, localizado em Cascavel, PR.

Data: 06 de julho de 2006.

Nome: Carmem.

Idade: 40 anos.

Pergunta: Estado Civil?

Resposta: Solteira.

Pergunta: Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área?

Resposta: É, especialização em Saúde Pública.

Pergunta: E esta é sua área de atuação hoje em dia?

Resposta: Sim.

Pergunta: É, existe alguma outra área que você atua também?

Resposta: Também atuo com órtese e prótese, né... estou como coordenadora do Centro de Reabilitação, então atuo como fisioterapeuta próprio então na parte de órtese e prótese.

Pergunta: Quantas horas por dia você trabalha nessa área?

Resposta: Como docente seriam 4, né, e quatro como fisioterapeuta.

Pergunta: Participa de cursos com frequência?

Resposta: Eu estou indo pra um curso agora, então normalmente eu procuro fazer bastante cursos...é...infelizmente às vezes fica difícil pela distância, a maioria dos cursos que eu quero fazer, pelo menos, são em São Paulo, e fica mais difícil.

Pergunta: Qual a área que você faz os cursos geralmente?

Resposta: Geralmente relacionados à reabilitação, órtese e prótese normalmente.

Pergunta: Qual é a frequência que você está fazendo os cursos?

Resposta: No mínimo um por ano.

Pergunta: Você trabalha com demais profissionais de saúde?

Resposta: Trabalho, com psicólogo, terapeuta, não, terapeuta ocupacional no momento não, mas fonoaudióloga e enfermagem. E médicos.

Pergunta: No momento não é, por quê?

Resposta: A TO (Terapeuta Ocupacional) não tá mais conosco, tava até pouco tempo.

Resposta: Mas ela vai voltar?

Pergunta: É existe uma possibilidade, devido ao estatuto da faculdade ainda não

conseguimos, não só pelo estatuto, mas pelas normas, né.

Pergunta: Como é o relacionamento da equipe?

Resposta: Bom, é, no começo não foi muito fácil, porque no princípio...eu já trabalhei em, em equipe né, mas o que eu notei quando cheguei aqui, que era assim, muito mais, cada um importava o seu, é, o trabalho. Mas é, e conseguimos graças a Deus interagir mais agora, porque é a grande necessidade, o objetivo do trabalho é o paciente. Não importa que seja, ele melhorar na minha mão, na terapeuta ocupacional, na fono, não importa, o objetivo único é o paciente. Então, através de diálogos, sentar, conversar, questionar algumas coisas, nós conseguimos hoje já um trabalho melhor.

Pergunta: Vocês trabalham com a interdisciplinaridade, além da multidisciplinaridade?

Resposta: Uhm, péra aí, deixa eu lembrar. É que eu tô confundindo agora.

Pergunta: Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação dos demais profissionais?

Resposta: Se eu trabalho?

Pergunta: Com a presença e a atuação dos demais profissionais, pra fisioterapia?

Resposta: Eu trabalho mais com a fono e trabalhava mais com a terapeuta ocupacional. Hoje, é, apesar de eu ter feito bastante, é, um contato mais direto com o médico e o psicólogo, porém não estou junto atuando na hora que eles estão em atendimento, mas existe uma ligação muito grande entre nós antes ou depois.

Pergunta: Todos os profissionais que você citou, dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe?

Resposta: Eu acho que ali sim, acredito que sim.

Pergunta: Você conseguiria citar a contribuição de cada um para esse trabalho em equipe?

Resposta: Olha, o psicólogo por exemplo: quando eu, eu encaminho, vamos supor o caso que me aconteceu ontem. Eu tenho, recebi um paciente, de 16 anos, amputado. Ele estava assim, bastante assustado, porque a amputação dele foi na sexta-feira, e ontem quarta, estava saindo do, praticamente do hospital, bastante receoso com o que ia acontecer com a vida dele, como seria. Daí eu cheguei, eu conversei, expliquei, eu mostrei o que que era a prótese, passei até um filme pra ele, mas ainda sentia que ele tava muito apreensivo, e o pai se sentindo muito culpado, porque era o pai que tava dirigindo, né. Aí eu conversei, o psicólogo foi lá, conversou com ele, e os dois, tanto pai quanto filho já saíram muito mais calmos... então eu acredito, que não esse meu lado de dar explicações do que seria uma prótese, e o que ele viu através da imagem, do filme que eu passei pra ele, mas assim, o

apoio, a fala do psicólogo trouxe mais calma pra eles. E isso também com o fono, eu noto bastante.

Pergunta: Qual profissional contribui mais e qual contribui menos para essa multi-interdisciplinaridade da fisioterapia no seu trabalho?

Resposta: Eu não vejo nem que, é, o profissional que vai contribuir mais ou contribuir menos. Eu acredito que a ligação, o vínculo que o profissional tem, em, querer o seu paciente melhor, é que vai tá determinando. Não existe a profissão, acho que todas, e qualquer área é muito bem vinda. Acredito a ligação do profissional é que é diferenciada.

Pergunta: E no seu caso todos contribuem o mesmo tanto para a fisioterapia, para o teu trabalho.

Resposta: Sim, ahã.

Pergunta: Pra você, o que é Saúde Coletiva?

Resposta: Saúde Coletiva, bom... Ai que difícil. É, eu me perco um pouco quando eu vou falar de Saúde Pública, então, olha só. É o bem estar, é, de uma população, digamos assim, tá. É...são várias pessoas, eu coloco, na minha maneira de ver, quando eu coloco a Saúde Coletiva ali no Centro de Reabilitação, eu estou, é, verificando não só o paciente, mas os familiares dele também. Isso é o meu coletivo, tá, não é assim o que é dito, o é, nomenclatura de quem tá na Saúde Coletiva. Isso é o meu, é o que eu considero uma Saúde Coletiva. É, o pai estando melhor, vai ajudar melhor os seus filhos, uma mãe sendo mais orientada também, e aí vai. Como um fato lá, eu tenho um paciente que vão falar com outros pacientes pra dar um apoio maior, então isso pra mim é o coletivo. No meu ver.

Pergunta: Você acha que há diferença entre atuação ou trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública?

Resposta: Não, não vejo, pra mim não. Aí que tá, é o meu ver.

Pergunta: Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso?

Resposta: Não, eu não me considero uma pessoa técnica, né. Eu vejo assim. Eu.. eu tive uma experiência já grande com relação à atendimento com paciente de São Paulo, né, então o que eu verifico, então é assim, é, eu não sou técnica, eu sou muito mais humana, eu sou mais humana, eu consigo observar meu paciente quando ele tá, é, quando ele chega lá pra mim, se é melhor eu ter uns minutos de conversa antes, pra que ele melhore, e aí se ele quiser tá, realizando a fisioterapia a gente até realiza, mas assim, por exemplo: ele chega com a pressão alta. Não adianta nada eu começar a desenvolver técnicas lá, ou até esperar a, a, a pressão abaixar um pouco, se eu não souber o que aconteceu na casa dele, o porque ele está daquele jeito, se ele tomou o medicamento. Então eu prefiro interagir

mesmo.

Pergunta: Você se considera plenamente apta a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade?

Resposta: Sim.

Pergunta: Tem motivos? É... Pelo que você já falou?

Resposta: Eu acho que sim, é minha experiência, minha trajetória profissional até hoje, mas mais o que mais eu sinto é a minha vontade, eu gosto.

Pergunta: Você gosta do que faz.

Resposta: É.

Pergunta: Defina o que você entende por Humanização e Integralidade na Saúde?

Resposta: Ah, isso... ah.. Aí eu lembro do curso que teve há pouco tempo, né? O que que é Humanização. Humanização é, aquilo que não deveria ter deixado de existir. Na verdade, o termo humanização se torna pra mim redundante. O que que é humanizar? Eu penso, todas as vezes que eu vou atender um paciente, o que eu gostaria que fosse feito por mim. E se eu estivesse ali naquela situação? Eu gostaria que eles pegassem uma perninha, esticassem, dobrasse, sei lá eu, vou falar um termo bem, não apropriado, não!, eu não gostaria disso. Então eu assim, é uma coisa que tá em moda, vamos dizer assim, humanizar, tem que humanizar, mas eu acho que nem deveria ser cogitado. Isso ééé fundamental. Você pensar numa profissão da área da Saúde sem pensar na humanização, acho que não, não existe. Ou você é um mero apertador de parafuso. Você fazer um, um atendimento com um ser humano, porque nós somos muito mais que um ombro, que uma perna, tem muito mais do que, então, pra mim, eu acho assim, é moda. Porque eu não encaro de outra maneira o atendimento.

Pergunta: E Integralidade na Saúde? O que seria pra você?

Resposta: Péra aí, eu fiquei meio tímida. Bem, Integralidade pra mim seria, também a, a união paciente, médico, todos os profissionais e família, essa é a minha visão. Não sei se eu respondi. Eu não lembro definições, porque pra mim eu não considero.

Pergunta: Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia?

Resposta: Olha, é, normalmente o que eu vejo, é, eu tento normalmente me colocar no lugar dele, né, primeiramente. É um ser que tá ali, sinceramente, ele está na minha mão, eu tenho que fazer o melhor possível por ele, porque ele tá confiando em mim. E ele tem dúvidas que eu posso ajudar um pouco. Ele tem receios, que eu considero que eu tenho um pouquinho mais de conhecimento da, da, dor dele, vamos dizer assim, mas ele tem conhecimento da dor que ele tá sentindo. Então eu tenho que passar a minha parte, tenho que passar a dele, pra gente ter uma boa relação.

Pergunta: Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários pra trabalhar com a sua área, na saúde da coletividade?

Resposta: Onde eu adquiri? Olha, eu considero que isso vem um pouco mais de berço, né. Eu acho que sempre, é... eu fui criada dessa maneira, né. A minha mãe sempre foi uma pessoa extremamente...ela não fez nenhuma faculdade de Saúde Pública, faculdade área de Saúde, ela era professora, mas uma pessoa extremamente dedicada ao ser humano. Então eu considero que vem disso, e a minha paixão pela profissão.

Pergunta: Há quantos anos trabalha nesse cargo e com essa área?

Resposta: Nesse cargo estou há dois anos e meio, né...aqui eu trabalho, eu estou em Cascavel há três anos já, e há dois anos e meio nesse cargo. Nessa área também.

Pergunta: E quanto ao tempo que você trabalhou antes, você tem uma outra experiência, não é?

Resposta: Antes, já eu já trabalhei em Centro de Reabilitação em Ribeirão Pires mesmo antes de ser formada, eu fui estagiária e já optei pelo Centro de Reabilitação, depois de formada eu continuei lá, depois eu trabalhei em Centro de Reabilitação em Santo André, tudo isso faz 6 anos.

Pergunta: Nesse cargo aqui em Cascavel, né, o relacionamento da equipe sempre foi o mesmo?

Resposta: No começo, como eu já tinha dito, foi bastante difícil. É, infelizmente eu sentia, é, eu pensava que era pelo fato de ser faculdade né, por estar envolvida. Que eu acho assim, temos grandes cabeças na faculdade, mas temos grandes orgulhos, então eu falava "ai meu Deus, entrei na fogueira das vaidades". Aí eu começo a sentir que existe também um certo medo dos profissionais, de se mostrar afetivos também, mas hoje já, tá bem melhor.

Pergunta: De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?

Resposta: De um modo geral, bom, como ele se encontra. Eu acho que ainda, se a gente considerar a fase de desenvolvimento motor, engatinhando. Eu acredito que tá começando... apesar que eu acho assim, que a nossa profissão é a melhor. Ela só tá assim a grandes pulos.

Pergunta: É? Qual é a sua perspectiva?

Resposta: Melhora, melhora, melhora... Eu vejo assim, que depende muito de nós, formadores, né? Eu acredito que nós estamos conseguindo passar um pouquinho. Nós não vamos conseguir 100%, a gente tenta tudo, mas se a gente conseguir 10% tá muito bom. Mudar esses pontos de vista.

Pergunta: Quais as características que o fisioterapeuta deve ter para melhor atuar

em equipe e para contribuir para o reconhecimento da profissão?

Resposta: Características? Olha, pra mim é assim, você saber que você é humano, você precisa um do outro, e assim, é... não adianta você pensar que consegue desenvolver qualquer trabalho sozinho. Então o orgulho, talvez assim, o que eu tava falando, na faculdade eu senti muito isso. Agora eu acredito que, vá melhorando. Então, é gostar do que faz, e...trabalhar.

Pergunta: Explique como está sendo para você o reconhecimento da Fisioterapia desde o início da sua atuação profissional até os dias de hoje.

Resposta: Nossa, mudou bastante. Quando eu entrei na faculdade eu lembro que eu falava assim "ah, eu faço fisioterapia". "Massagista?" Eu odeio, tanto que eu não faço massagem, tá, peguei trauma. Então na realidade era assim, é, era, era visto uma coisa assim, como profissional coadjuvante, era, realmente isso, se via como um massagista. Mas na realidade, o fisioterapeuta hoje ele tá conquistando todos os espaços. Porque a nossa profissão é um leque, nós podemos atuar em todas as partes. Aí vai também da nossa visão, nossa... nossa busca. Eu lembro que há poucos dias eu fui dar uma aula no hospital, a respeito de UTI, o atendimento do fisioterapeuta na UTI, aí eu passei que não é só a história de aspirar, não é só a parte respiratória. Tudo bem, um paciente que tá lá na UTI ele é crítico, você vai, é, é, priorizar a parte respiratória, mas você não deixa de fazer o motor. Então o que eu notei que os médicos ali da UTI tinham aquela visão de que fisioterapeuta de UTI é apenas respiratória, e não é, você tem, você tá ali, se o paciente teve, por exemplo, um acidente, ou um AVC, você tem como já favorecer ... impedir deformidades, porque esse paciente vai recuperar. Nós não podemos dizer que porque entrou na UTI é óbito. Mas se ele recuperar, o que nós vamos fazer, uma qualidade de vida melhor. Então aí acho que vai do fisioterapeuta, conquistar o seu espaço.

Pergunta: Como é o seu relacionamento com colegas fisioterapeutas?

Resposta: Bom. Eu acredito. Como eu disse, eu já tive alguns percalços, algumas coisinhas, tal. Por exemplo, onde eu trabalhava, eu tinha mais dois fisioterapeutas que trabalhavam comigo e tinha dois professores também que tavam lá com alunos, e a gente se dava muito bem, no seguinte aspecto, por exemplo, se eu tava atendendo um paciente há um certo tempo, a gente sempre trocava, ou eu, tava ali, eu tive assim, ah, hoje eu vou passar tal paciente pra você, pra você atender porque às vezes você vai perdendo até o olho, né, pra ver se tá tudo bem. Então eu acho, eu acredito que no, no atendimento sempre foi muito tranquilo, eu acho, eu gosto dessa participação. E o que eu notei aqui é que às vezes você queria participar com alguém e era assim, "um, você não sabe?" E não é bem por aí, é uma troca.

Pergunta: Você participa de associação profissional?

Resposta: Não.

Pergunta: Qual a importância dessa pra você?

Resposta: Ai, sinceramente... não sei referir.

Pergunta: Está satisfeita com o seu trabalho?

Resposta: Estou, bastante.

Pergunta: Em que sentido ele te realiza ou não?

Resposta: Bom, ele me realiza principalmente agora que, não só a parte dos alunos que eu tô conseguindo colocar pra eles que o ser humano é algo mais que uma dor, que uma região afetada, e eles tão conseguindo, eu tenho observado que eles tão conseguindo ver, é, a pessoa, e até tentar se posicionar, se colocar no lugar do paciente. E outra coisa que, assim, eu me realizo é quando eu ponho a mão, quando eu tenho o contato.

Pergunta: E tem alguma coisa que não te realiza?

Resposta: Não me realiza? Um, normalmente tinha algumas falhinhas entre os colegas, mas já tá superado.

Pergunta: Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na saúde de uma coletividade?

Resposta: Relevância? Total. Eu acho que...é fundamental. É... hoje em dia, eu vejo assim, nós temos várias coisas: temos o PAID, temos o PSF, e, e eu acredito que logo devemos estar engajados em todos eles. A coletividade, no posto de saúde eu, eu acredito que exista a necessidade de fisioterapeutas, enfim, é fundamental essa profissão.

APÊNDICE I) Entrevista 5

Fisioterapeuta do Centro de Atendimento à Criança - CEACRI, do Sistema Público Municipal de Saúde de Cascavel, PR.

Data: 14 de julho de 2006.

Nome: Adriana.

Pergunta: Qual sua idade?

Resposta: 28 anos.

Pergunta: Estado Civil?

Resposta: Casada.

Pergunta: Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área?

Resposta: Eu possuo especialização, é, em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva e Dermato-Funcional.

Pergunta: Estas são as suas áreas de atuação hoje em dia?

Resposta: A Traumato-Ortopedia sim, que a gente trabalha bastante aqui, é com crianças e adolescentes a parte ortopédica e traumatológica também. A gente tem alguns pacientes que são pós-operatórios, né, se é trauma, fratura, daí a gente atende aqui também.

Pergunta: Tem mais alguma outra área de atuação aqui?

Resposta: Aqui tem neuro e respiratória, então são essas quatro. Neuro, respiratória, traumato e ortopedia.

Pergunta: Quantas horas por dia você trabalha nessas áreas?

Resposta: São seis horas por dia.

Pergunta: Participa de cursos com frequência?

Resposta: Geralmente sim, a gente sempre tem cursos, atualização da prefeitura, né, então de qualquer área a gente participa, seja na área médica, na área de fono, a gente tava, teve um curso esses tempos, é, distúrbios fendo-palatais, né, a gente foi também, então a gente sempre tá participando de cursos sim, dentro da prefeitura. Ano passado eu fiz RPG, tive licença pra sair fazer, né, e, tamos sempre nos atualizando.

Pergunta: Pelo jeito vocês fazem bastante cursos de outras áreas, multidisciplinares.

Resposta: Multidisciplinares também.

Pergunta: Que tipo de cursos são oferecidos pela prefeitura como você falou?

Resposta: Tem vários, a gente fez um de tuberculose, com os médicos da equipe da prefeitura ano passado, teve esse de lábio leporino, fendo-palatais. É, até um tempo atrás,

teve o lançamento de um programa sobre, é... abuso sexual também. Que assim, é bom a gente tá fazendo esses cursos pra conhecer, que a gente bastante pacientes carentes aqui, que às vezes sofrem abuso, até pra gente saber como lidar um pouco melhor, por mais que tenha os psicólogos, a gente participa, faz reuniões assim, meio que direto.

Pergunta: Interessante pra saber que não é só na sua área, né?

Resposta: É. Na minha área específica aqui dentro de Cascavel tem pouca coisa, eu tenho que buscar particular. Tem algumas escolas que dão cursos, né, tem o Ibrate, tem outros cursos, e a gente tem que buscar meio que fora.

Pergunta: E qual seria a frequência dos cursos que você costuma estar fazendo?

Resposta: Frequência? Então, eu fiz esse de RPG que eu fiz ano passado, faz mais ou menos um ano que eu fiz. Tô fazendo esses que surgem, aqui na região, da prefeitura, né. Eu tô grávida também, então não dá pra tá fazendo muito, então eu vou dar uma esperada, o bebê, pra eu tá indo de repente pra fora, a gente solicita uma licença com, é, antecedência, pra vê se é liberado, geralmente liberam, pra gente fazer os cursos fora. De repente a gente repõe horas depois, com reposição de carga horária, então tem essa flexibilidade também.

Pergunta: Você trabalha aqui com demais profissionais de saúde?

Resposta: Sim.

Pergunta: Quais são eles?

Resposta: É, fonoaudiólogas, psicólogas, médicos: pediatra e oftalmo, e dentistas, quatro dentistas, quatro dentistas. E aí a equipe de, tem uma auxiliar de enfermagem e a enfermeira, têm um programa da prefeitura que se chama programa Ninar, então tem as auxiliares de enfermagem, elas vão aos hospitais cadastrar os recém-nascidos, fazer todo o levantamento, é, de todos os hospitais, todos os dias, levantar quantos recém-nascidos, se eles têm riscos, se são prematuros, e tudo mais.

Pergunta: Como é o relacionamento da equipe?

Resposta: É bom, bastante bom, assim, a gente tem um relacionamento assim amigável.

Pergunta: Você poderia comentar um pouquinho?

Resposta: Então, a gente faz as reuniões na sexta-feira, discussão de caso. É, a minha forma de encaminhamento aqui, no meu setor, de ambulatório por exemplo, é interno. Então os outros profissionais, os médicos, podem encaminhar pra mim, pessoal de fono, de psicologia, que denotam problema, pedem uma avaliação, eu avalio, se eu acho necessidade eu já passo pro médico pediatra, ele faz uma avaliação também, daí ele manda pro ortopedista, se for o caso pro neuro, daí a gente dá uma avaliada prévia às vezes, ou normalmente vem pro pediatra já com o diagnóstico de fora, também a gente atende aqui.

Pergunta: Vocês trabalham com a interdisciplinaridade, além da

multidisciplinaridade?

Resposta: Um, pegadinha essa questão. Multidisciplinar, Interdisciplinar. Deixa eu pensar aqui. Tá, que daí multiprofissionais é toda a equipe, né, os vários setores, os ambulatórios. E inter, eu acho que é aquele relacionamento interno de cada um. Você poderia repetir a pergunta?

Pergunta: Vocês trabalham com a interdisciplinaridade, além da multidisciplinaridade?

Resposta: Então é que nem eu te falei mesmo, a gente tem esse relacionamento interdisciplinar mesmo, de tirar dúvidas, de repente eu tenho dúvidas sobre uma criança que tem respiração oral, né, sobre a parte mais específica da fono, trabalho também respiração bucal aqui com exercícios respiratórios, manobras, tudo, mas eu vejo também com elas a parte específica, né, o que que elas trabalham também. Até um paciente que é mais agressivo, às vezes tem problema social, é, é... pobreza extrema, ou é vítima de abuso, daí também tira dúvida com a psicóloga pra tá auxiliando, dando suporte, assim, tal, né, recebemos o suporte deles também; odonto também, quando eu vejo algum pacientinho que tem cárie, que faz tempo que não vai no dentista, a gente encaminha pra eles, então é bem, uma coisa bem coesa assim.

Pergunta: Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação dos demais profissionais ou não?

Resposta: É, não devia ser a maior parte do tempo, a gente tem o atendimento interno, né, o atendimento do setor, fica cerca de 45 a 50 minutos com cada paciente, e quando necessário a gente pede intervenção do outro profissional pra tá dando uma olhadinha, a gente marca uma avaliação e passa pra ele.

Pergunta: E todos os profissionais dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe?

Resposta: Geralmente sim, tem um ou outro que às vezes é mais na deles, mas geralmente se a gente solicita, dão o retorno.

Pergunta: Na sua opinião, qual profissional contribui mais e qual contribui menos com o trabalho multi-interdisciplinar da Fisioterapia?

Resposta: Qual contribui mais? ... Acredito que o pediatra contribua bastante e...

Pergunta: E menos?

Resposta: Talvez o oftalmo, que a gente tem menos ligação, por ser uma área específica.

Pergunta: Pra você, o que é Saúde Coletiva?

Resposta: Saúde Coletiva?.... Deixa eu pensar..... Acho que a Saúde Coletiva é aliar vários setores da Saúde pra promover tratamentos assim, tanto de prevenção, como de

recuperação da saúde, das pessoas.

Pergunta: Você acha que há diferença entre atuação ou o trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública?

Resposta: Acho que os dois são muito parecidos, os termos, Saúde Pública e Saúde Coletiva, é difícil às vezes diferenciar, né. Mas eu vejo que sim. Saúde Pública é a arte de você estar tratando, de procurar novos métodos e meios pra tratar, promover saúde e tudo mais. E Saúde Coletiva eu acredito que seja o trabalho com as equipes multidisciplinares. É você promover um tratamento adequado pras pessoas assim, né, seja em todas as áreas, desde vacinação, saneamento básico, é, o que mais, vigilância sanitária, epidemiológica. É, o que mais, assim, interligar mesmo todos os setores, enfermagem, cursos pra gestantes, pra, é, idosos, né. Tem aquela, aqueles pacientes que são de mais riscos de adquirir doenças, que é gestante, prematuro, idoso, então é também tá fazendo um trabalho preventivo, eu acredito que seja mais assim, que esteja interligada, é.

Pergunta: Você considera o seu dia a dia profissional como uma execução de técnicas ou existe algo além disso?

Resposta: Eu acho que há execução de técnicas você visando o todo, você visando a recuperação do paciente. Porque assim, você tratando a parte física do paciente, o psicológico muda, né. Uma criança por exemplo, que tem uma dificuldade, uma hemiplegia, que ela tem mais dificuldade em pegar uma caneta, um lápis, então ela sempre, de repente, tá em defasagem com as outras crianças. De repente ela tem um probleminha que os outras não têm, de repente a gente tá trabalhando, dando uma melhorada nesse aspecto motor, a gente consegue, é, repercussão à nível psicológico também.

Pergunta: Você se considera plenamente apta a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade?

Resposta: Acho que sim.

Pergunta: Tem motivos?

Resposta: Ah, então, porque a gente busca atender bem o paciente, busca conversa com os outros profissionais, busca ter um diálogo, ter uma troca de informações, e... eu acho que é isso assim. Eu acho que assim, a gente sempre tem que tá se renovando, sempre fazendo curso, né, aquilo que você comentou dos cursos, né, perguntou. Então tá sempre assim tá se reciclando pra poder oferecer o melhor, né, e...

Pergunta: Defina o que entende por Humanização e Integralidade na Saúde.

Resposta: Humanização é você realmente ver o paciente como um todo, tratar não só o físico dele mas ver que ele também vem de uma família, tem irmãos, né, meio social que ele vive, é...daí tem crianças que são, tem mais, nível mais baixo, social, outras já é um pouquinho, as mães já têm um pouquinho mais de conhecimento, de estudo, tem um outro

nível, então, é, não fazer essa diferenciação, é tratar todos por igual né, apesar do nível um pouquinho mais baixo ou mais alto, é, repete a outra.

Pergunta: E Integralidade na saúde.

Resposta: Integralidade?... Então eu acredito também que, de repente assim, tem um paciente que, às vezes tem uma cariezinha, a gente também não tem muito conhecimento da área mais específico, mas, você observa que faz tempo que a criança não vai no dentista, às vezes já comenta com a mãe, a mãe comenta, “ah, é verdade, faz tempo que não vai mesmo”, você já passa pra odonto. Daí ele tem uma respiração mais oral, tá sempre com a boquinha aberta, dorme mal, não presta atenção na escola, tem déficit de atenção, já passa pro pediatra, fala “ah, doutor, ele tem uma respiração mais oral, curta, tal, né, exemplifica, de repente solicita um otorrino, ou de repente passou batido uma alteração de postura, um ombro tá bem mais baixo, quadril, membro inferior tá bem mais curto que o outro, solicita também um ortopedista pra, né, uma consulta, ou neuro dependendo do caso, e isso trabalha a integralidade, você de repente ver que uma criança não é só a fisioterapia, não é só de repente uma perninha mais curta, né, um encurtamento, um déficit neurológico. Você avaliar tudo assim, ah, precisa de dentista? Passa pro dentista. Precisa de repente um médico específico, um otorrino, um neuro, passar também pras outras especialidades assim. Uma orientação da enfermeira, que tem uma paciente que ela tem problema cardíaco e renal, então às vezes a pressão vai bem alta, então se tem que tá sempre controlando a pressão. Auxiliar de enfermagem, ela vem e mede a pressão antes e depois da fisio, então tá sempre integrando todos os setores assim.

Pergunta: Como você vê o paciente que encontra-se á sua frente na terapia? Acho que um pouquinho você já respondeu, você quer complementar?

Resposta: Então, eu procuro me dar bem com os pacientes, assim, eu adoro trabalhar com criança, né, agora a gente entrou com os adolescentes também, e eu adoro o meu trabalho aqui, procuro tá sempre assim a par, a criança vem, procuro olhar o todo mesmo, que nem eu já te falei, encaminhar pros outros setores. A gente tem um bom vínculo com os pacientes, eu posso dizer isso, de repente até as mães podem falar, a gente tem um bom vínculo mesmo, de trabalho e de afeto com os pacientes.

Pergunta: Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários pra trabalhar na sua área, na saúde da coletividade?

Resposta: Então eu acho que é uma vivência, né? Tô com três anos agora de prefeitura, vou completar em setembro três anos. Eu tenho muito pela frente ainda, em Saúde Pública né, na parte pública mesmo. É, é uma vivência mesmo, eu acredito, cê traz a bagagem da faculdade, o que você fez, tudo, mas dia a dia você vai pegando. Acho que eu aprendi muito nesses três anos que eu tô aqui na prefeitura, e tenho muito a desenvolver, a aprender.

Pergunta: A quantos anos trabalha nesse cargo e com essa área? Três?

Resposta: Vou completar três anos em setembro.

Pergunta: O relacionamento da equipe sempre foi o mesmo, desde que você entrou?

Resposta: É, mais ou menos, assim. A gente trabalhava com a equipe da educação, é, teve umas mudanças, passamos a ser só a Saúde aqui. Eu acho que melhorou em vários aspectos, porque a gente conseguiu abranger um público maior, porque antes era só as escolas do município, só as escolas municipais. Hoje não, por exemplo, tem crianças que precisam de atendimento aqui, que não são matriculadas em creches ou escolas do município, às vezes porque tem alguma doença. Tem um menino que eu atendo, ele tá com distrofia muscular progressiva, herdou da mãe. Não tá matriculado em creche, fez cirurgia recente, seria uma criança que ficaria fora do atendimento, né. Então é uma criança que tá sendo atendida aqui, que se fosse antigamente não seria atendido. É, neonatos também. A gente tá, agora tem planos de ampliar, tudo, e atender também os neonatos, com fisioterapia, fono, a parte de suporte psicológico, tudo.

Pergunta: E de modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva, a seu ver?

Resposta: Eu acho que é muito importante o trabalho, desde você estimular o desenvolvimento motor, trabalhar a, toda a parte ortopédica, postural, prestar informações às mães, fazer grupos de orientações assim, postural né.

Pergunta: Quais são as características que o fisioterapeuta deve ter para melhor atuar em equipe e para contribuir com o reconhecimento da profissão?

Resposta: Eu acho que assim, ter o conhecimento técnico, um bom nível técnico, procurar estar sempre se atualizando, manter o diálogo com os outros profissionais, às vezes você tem algumas diferenças de profissional pra outro assim, às vezes tem, mas procurar não deixar isso, no plano profissional, você tá sempre, é, procurando mesmo um suporte técnico assim, de repente você não sabe uma coisa de tal área, você vai atrás, busca. Deixa eu ver o que mais. É, ah, eu acho que é isso, manter-se sempre atualizado, procurar conversar, com diálogo com as outras áreas, fazer cursos, né? Acho que seria isso.

Pergunta: Explique como está sendo para você o reconhecimento da fisioterapia desde o início da sua atuação profissional até os dias de hoje.

Resposta: Eu acho que tem crescido o reconhecimento da fisio sim. Eu que tem muito pra caminhar ainda, pra ser reconhecido, mas eu acho que tá, tá caminhandinho, tá indo.

Pergunta: Como é seu relacionamento com colegas fisioterapeutas?

Resposta: Bom, a gente não tem muito contato assim, tenho só mais com a Priscila, às

vezes a gente se fala assim.

Pergunta: Que é da prefeitura, do PAID.

Resposta: É da prefeitura. Quando eu trabalhava nas clínicas assim, que a gente trabalhava com mais profissionais da área, da minha área no caso, tinha mais contato, né, trabalhei na Clinifisio também, lá na Clínica São Paulo eu fiquei um tempinho, Fisiomed, então, tem mais contatos. Aqui eu tô sozinha. Então às vezes eu converso com a Priscila, que é fisioterapeuta, minha colega, mas a gente tá assim... eu participo do CREFITO só, do Conselho, aqui em Cascavel eu não tenho participado da AFIC....

Pergunta: Essa é justamente minha próxima pergunta, se você participa de associação profissional.

Resposta: Não participo, mas eu tenho muita vontade de participar. A gente teve uma reunião ano passado, lá na FAG, com o Esperidião, o ex-presidente do CREFITO. Daí a gente foi assim, peguei uma ficha pra colocar os dados, pra me associar, pra me filiar. Mas sabe que, assim, foi passando, eu fui deixando, eu tinha bastante contato com o Eduardo Gallas, eu trabalhei com ele um tempo também, e ele falou você vem e se afilia, e tal, mas eu fui deixando, por desleixo até, mas eu pretendo me filiar sim.

Pergunta: E qual a importância da associação pra você?

Resposta: Eu acho importante assim, não tô muito por dentro do que eles tão fazendo, parece que eu vi que tem alguns descontos, alguns benefícios pra quem tá, até de cursos tudo, então eu acho importante sim. Por mais que eu não esteja a par da associação, mas eu pretendo quando for possível me filiar.

Pergunta: E você está satisfeita com o seu trabalho?

Resposta: Aqui sim, bastante.

Pergunta: Em que sentido ele te realiza ou não?

Resposta: Ah, ele me realiza assim... pra gente poder ajudar as crianças, poder dar um algo a mais com a fisioterapia né, de repente ter esse vínculo mesmo com o paciente, de repente ver aquele caso sendo bem, encaminhado, tá passando pelos outros serviços que poderia passar. Então a gente vê toda essa parte, que nem eu já te falei, dentista, médico, fono, porque fono é um serviço que só tem aqui pelo município, que seria gratuito, né. E é um serviço bem específico, daí a gente procura encaminhar ali pra elas, e ver que a criança de repente fora daqui não teria condições de passar um serviço assim, né. As psicólogas, a gente tem um suporte delas, também. Eu acho muito importante. De repente a mãe fora daqui teria que enfrentar muitas filas, ou no CREA, ou na UNIOESTE, na FAG, né, ficaria um tempão esperando, daí a gente já pode, os que vêm aqui de repente a gente já tá encaminhando, aliando tudo o que ele precisa.

Pergunta: Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na Saúde de uma

coletividade?

Resposta: É relevante, bastante relevante. Não só eu tiro as dúvidas com os outros profissionais, como eles também, verifico se o paciente está tendo melhora ou não. Às vezes nem tudo é mil maravilhas, às vezes tem aquele profissional que não tem tempo pa sentar e escrever, e tal, por ser mais rápido, mais objetivo. Você tem que ir com o teu discurso pronto pra ganhar tempo, ser objetivo. O que chega é com o encaminhamento por escrito, e às vezes eles não concordam, aí a gente vai fazer o convencimento.

ANEXO a) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE

**PARECER 003/2006-CEP**

Súmula: Avaliação de Proposta de Projeto de Pesquisa.

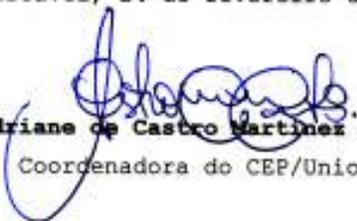
Em atendimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, reunido em sessão ordinária no dia 23/02/06 Ata 001/06, **Aprova** o protocolo abaixo especificado:

Protocolo: 017154/2005

Pesquisadores: Jordana Gargioni Salmória
Wander Amaral Camargo

Projeto: Os discursos dos fisioterapeutas que atuam na saúde da coletividade.

Cascavel, 24 de fevereiro de 2006.



Adriane de Castro Martinez Martins
Coordenadora do CEP/Unioeste

ANEXO b) Entrevista teste piloto 2

Instrumento de Coleta de Dados:

Questionário com os profissionais fisioterapeutas do município de Cascavel/Pr.

19/04/2006

- 1) Nome: Livian Christina Favoretti Garcia
- 2) Sexo: feminino 3) Idade: 30 anos
- 4) Estado Civil: casada
- 5) Você possui especialização, mestrado ou doutorado em alguma área? Cite-os.
Curso de Fisioterapia Dermato-funcional
facial e corporal
- 6) Qual é(são) a(s) sua(s) área(s) de atuação atualmente?
Fisioterapia Dermato-funcional
- 7) Participa de cursos com frequência? Em qual área e qual a frequência?
Não. No momento não participa, mas sempre
que possível sempre na área de pós-operatório
de cirurgia plástica.
- 8) Quantas horas por dia você trabalha nessa(s) área(s)? 6 horas
- 9) Você trabalha com demais profissionais de saúde? Quais são eles?
Sim. Médico Cirurgião Plástico, Vascular,
nutricionista e Psicóloga, Enfermagem.
- 10) Como é o relacionamento da equipe?
Muito Bom e sempre trocando informações
sobre os pacientes.
- 11) Trabalham com a interdisciplinaridade, além da multidisciplinaridade?
Explique de que forma isso acontece.
Trabalha mais com a interdisciplinaridade com o
médico cirurgião e com a enfermagem.

12) Você trabalha a maior parte do tempo com a presença e atuação dos demais profissionais ou não? Explique.

Participo do Tratamento Médico, porém o médico não participa no emagrecimento e no término do tratamento.

13) Todos os profissionais dão a mesma colaboração ao trabalho em equipe? Se não, cite-os e sua contribuição.

Não.
Médicos Cirurgiões Plásticos totalmente
Psicóloga raramente
Enfermagem totalmente
Fisioterapeuta raramente.

14) Qual profissional contribui mais e qual contribui menos para a multidisciplinaridade da Fisioterapia? Você poderia citar os motivos?

Com certeza o médico, pois trabalhamos totalmente em conjunto com a participação de outros e com discussões sobre cada paciente, para obtermos o melhor resultado possível.

15) Para você, o que é Saúde Coletiva?

Para mim Saúde Coletiva é realmente um trabalho em que todos os membros de uma clínica ou hospital ou posto de saúde se comunicam entre si e discutam qual a melhor

forma de atender os clientes.

16) Você acha que há diferença entre a atuação ou o trabalho em Saúde Coletiva e em Saúde Pública? Explique.

Sim, pois a Saúde Coletiva no meu entender
os profissionais trabalham de forma a obter
um resultado satisfatório para o paciente e para
os profissionais financeiramente e profissionalmente,
já na Saúde Pública, isso é mais difícil, pois
na maioria dos casos ela é de certa forma muito
simplificada.

17) Você considera o seu dia-a-dia profissional como uma execução de técnicas de fisioterapia ou existe algo além disso? Comente.

Algo muito além da fisioterapia, pois ocorre
muitas vezes interações entre nós e os pacientes.
Que seja nos tornamos às vezes participantes
do seu resultado físico geral mas principalmente
no resultado emocional.

18) Você considera plenamente apto a trabalhar na sua área de atuação e com a interdisciplinaridade? Explique os motivos.

Sim, pois me considero uma pessoa de fácil
conversação, sou amável e exponho minhas
formas de tratamento, aceitando opiniões que
ajam à acrescentar no tratamento ou enfim
no meu trabalho e experiência profissional.

19) Defina o que entende por humanização e integralidade na saúde.

Humanização seria, na minha opinião, nos
tornarmos participativos, todos profissionais que
realmente se importem com o ser humano que
está literalmente em nossas mãos. Integralidade

na saúde seria, fazer com que a pessoa seja integrada à uma comunidade para melhorar sua forma de

20) Como você vê o paciente que encontra-se à sua frente na terapia? Vê-se como alguém, a quem posso auxiliar, num momento em que se encontra frágil, e precisando de cuidados físicos e às vezes até emocionais.

viver em comunidade, com informações sobre sua saúde, com deveres e direitos

21) Na sua concepção, onde você adquiriu os conhecimentos necessários para trabalhar com a sua área, na saúde da coletividade?

Acredito que somente com a experiência e com muito estudo. E também trabalhando com profissionais que fazem à acrescentar novos conhecimentos além da nossa área.

22) Há quantos anos trabalha nesse cargo e com essa área?

Dois anos e mais mais ou menos.

23) O relacionamento da equipe sempre foi o mesmo?

Não pois no começo era apenas profissional, ou ^{ou inter}relacional, agora ^{somos} realmente "integrados" no resultado final do paciente. Ou seja no começo não possuíamos o mesmo entendimento e experiência necessários, para

24) De modo geral, como se encontra o fisioterapeuta no trabalho em equipe na Saúde Coletiva?

Ainda na minha opinião não somos muito valorizados, principalmente por parte de alguns médicos, que por desinformação ou comodidade acham nosso trabalho opcional e não como parte fundamental no resultado final principalmente do ato cirúrgico em si, ou seja o pré-operatório é fundamental para um bom resultado cirúrgico.

discussões e resultado dos realmente bons, ou seja no começo entramos com a teoria, e com o passar do tempo a experiência e que

25) Está satisfeito(a) com o seu trabalho? Em que sentido ele te realiza ou não?

Estou satisfeito, pois trabalho com o que realmente gosto, porém a minha classe ainda é muito desunida, fazendo que perdemos tempo para profissionais não tão bem preparados para realizar procedimentos que exigem dedicação e muito estudo. Sem falar na parte financeira que ainda não é muito valorizada,

26) Qual a relevância do trabalho do fisioterapeuta na Saúde de uma coletividade? ^{quando muitas vezes comparei com um "esteticista"}

Acho que é de muita relevância, pelo menos na minha área, onde posso falar com grande sinceridade que o nosso trabalho além de muito sério, se torna indispensável para um resultado final positivo para os pacientes.