

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
PUC-SP**

Samira Cássia Zar

Do Soma ao Corpo Vivo

**Revisitando a Clínica Fisioterápica e
Acolhendo o Corpo Humano**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Gilberto Safra.

**SÃO PAULO
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

BANCA EXAMINADORA:

Ao “bom encontro”, meu companheiro Paulo:

“Sem desassossegos, sem desconfianças

Teus olhos se entregam ao que vêem

Confiança de cristal

Entre dois espelhos”.

A Cabeleira das Carícias - Paulo Éluard (1895-1952)).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes, que me tornaram mais humana.

Ao Juliano Pessanha, que me abriu um portal de mestres e possibilidades.

Ao Gilberto Safra, que me compreendeu e encorajou.

A Sônia Novinsky, que me acolheu nas “paradas” deste percurso.

A minha família, que me ajudou construir o que Sou.

Ao Dharma, meu companheiro cão, que resgatou minha criança, meu brincar...

“Amigos... eles não têm noção de como me são necessários, de como são indispensáveis ao meu equilíbrio vital, porque eles fazem parte do mundo que eu, tremulamente, construí e se tornaram alicerces do meu encanto pela vida”.

Vinícius de Moraes

RESUMO

O objetivo desse estudo é refletir sobre a clínica fisioterápica tendo como vértice de trabalho os aportes sobre a condição humana ofertados pelos psicanalistas Donald W. Winnicott e Gilberto Safra. A clínica fisioterápica foi estabelecida por meio de um modelo estritamente biológico e mecanicista que, do meu ponto de vista, não se mostra adequado para acessar a subjetividade com as complexidades inerentes à condição humana, presentes nas queixas físicas dos pacientes. Interessa-me, sobretudo, os significados e sentidos do corpo que uma pessoa pode revelar em uma experiência de adoecimento e/ou sofrimento, que se apresentam na clínica fisioterápica. Utilizando a abordagem clínica em um vértice fenomenológico hermenêutico, percebe-se a necessidade de se situar o espaço clínico que favoreça o cuidado à saúde do ser humano em sua totalidade. Disponibilizando-se desse modo, o profissional é chamado a viver e testemunhar o seu próprio corpo como recurso fundamental na realização do seu trabalho. Assim sendo, o fisioterapeuta é convidado a compreender o modo de ser psicossomático de seu paciente como gesto de existência e não como simples disfunção física.

Palavras-chave: Fisioterapia, Corpo, Psicossomática, Cuidado Ético.

ABSTRACT

The objective of this study is to make a reflection upon the physiotherapeutic clinic, taking as vertex of work the contributions to the human condition given by the psychoanalysts Donald W. Winnicott and Gilberto Safra. The physiotherapeutic clinic was established through a strictly biological and mechanistic pattern which, from my point of view, is not adequate to access subjectivity due to inherent complexities of the human condition, present in the physical complaints of patients. I am mostly interested in significances and senses that one's body can reveal when going through an ailing or suffering experience. By means of an hermeneutic phenomenological approach, we feel the necessity of setting up the clinic space in order to benefit the health care of the human being in his totality. This attitude led the professional to live and to testify his own body as a fundamental resource in his work. The physiotherapist is invited to comprehend his patient's psychosomatic way of being as an expression of existence and not as mere physical dysfunction.

Key words: Physiotherapy, Body, Psychosomatic, Ethic care.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	7
1	FISIOTERAPIA.....	22
1.1	A História da Fisioterapia.....	22
1.2	Modelos teóricos e práticos de trabalho na Fisioterapia: minha trajetória clínica.....	24
1.3	Contribuições para mudanças de minha atitude clínica.....	27
1.4	Movimentos na Fisioterapia a favor de um “corpo vivo”.....	31
2	A CONTRIBUIÇÃO DO PENSAMENTOS E CONCEITOS DE D. W. WINNICOTT.....	36
2.1	O ambiente e a integração psique-soma.....	37
2.2	<i> Holding</i>	37
2.3	Estágio primitivo do amadurecimento pessoal: estágio de não-integração.....	38
2.4	A Mãe suficientemente boa e a elaboração imaginativa	39
2.5	Objetos e fenômenos transicionais e o espaço potencial	41
2.6	O verdadeiro e falso <i>self</i> e as doenças psicossomáticas	42
2.7	A saúde, a doença e a cura	44
3	METODOLOGIA.....	46
3.1	Investigação nas Ciências Humanas.....	46
3.2	Pesquisa Qualitativa.....	46
3.3	Método Clínico.....	50
3.4	O Pesquisador como hermeneuta.....	52
4	O CORPO E SEUS REGISTROS ESTÉTICOS - APRESENTAÇÃO CORPORAL NA SITUAÇÃO CLÍNICA.....	55
4.1	A Contribuição o pensamento e das considerações de Safran.....	57
4.2	Diferentes registros estéticos na constituição do si mesmo: vinhetas clínicas.....	60
4.2.1	O Corpo “Procurado”	60
4.2.2	O Corpo “Defendido”	62
4.2.3	O Corpo “Sem Fronteira ou Desabilitado”	64

4.2.4	O Corpo “Em Queda”	66
4.2.5	O Corpo “Perdido/Interrompido”	67
4.2.6	O Corpo “Encontrado/Vivente”	77
5	REVISITANDO A CLÍNICA FISIOTERÁPICA.....	80
5.1	Presença psicossomática do profissional.....	80
5.2	O Corpo e sua singularidade: constituição e busca do self.....	81
5.3	O Corpo como lugar e o cuidado ético.....	82
5.4	Compreendendo o corpo humano: o corpo como símbolo do <i>self</i>	84
5.5	Espaço Clínico – O “Espaço Potencial” e o “Lugar de Encontros”	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	91
	BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	94

INTRODUÇÃO

O ponto de partida deste trabalho é a necessidade e vontade de compreender o homem, dentro de minha prática clínica como fisioterapeuta, em sua trajetória de adoecimento e enfermidades físicas, que vai além do estudo e conhecimento do movimento humano e seu funcionamento - objeto de estudo da Fisioterapia, enquanto conteúdo das ciências biológicas.

Ao longo de minha experiência profissional, constatei que os referenciais teóricos e técnicos pelos quais me formei para avaliar e tratar meus pacientes não estavam sendo suficientes para que os atendesse, acolhendo sua subjetividade contemplada pela condição humana. Esta questão mostrou-se fundamental para sustentar minhas observações sobre a maneira peculiar de como cada ser humano sente e percebe o seu próprio corpo solicitando-me também uma forma singular para tratá-lo.

Observei que nem sempre as propostas terapêuticas que escolhia, lançando mão de algumas técnicas, conseguiam alcançar o objetivo de tratar, prevenir ou restabelecer disfunções ou dores de determinados pacientes. Havia um *a priori* à técnica, que era a maneira e o estilo de cada pessoa frente às suas possibilidades, ou não, de apresentação de seus corpos para interagirem com o tratamento e beneficiar-se dele. Fui criando assim novas formas de comunicação e realização de minha prática clínica para alcançar meus pacientes, colocando-os antes e acima da técnica.

O exercício clínico implica relação entre alguém que pede ajuda e o outro que acolhe e se inclina para aquele que sofre. Carvalho¹ citado por Calil e Arruda (2004, p.199) diz: “Dor e sofrimento, escuta e cuidado, relação pessoa a pessoa podem ser o campo da ação clínica”.

Em diversas situações clínicas deparei-me com uma apresentação física (a queixa física, o fenômeno somático) em que a demanda corporal, que inclui a subjetividade e questões relacionadas à própria condição humana, pode ser maior que ou tão limitante quanto o quadro físico presente. As tensões musculares e os “arranjos” posturais desta apresentação física mostravam-me a complexidade da

¹ CARVALHO, R.M.L.L. *Ludoterapia psicanalítica com criança e adolescentes institucionalizados*. Tese (Doutoramento) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.1992.

questão. Faltavam-me, porém, outros recursos e conhecimentos para a compreensão da condição dos pacientes, gerando uma salutar inquietude para buscar uma abordagem mais adaptada para atendê-los.

Foi na aproximação da teoria do amadurecimento de Donald Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, que encontrei sustento para uma perspectiva de cuidado a um corpo vivo, o que pode fomentar a clínica fisioterápica para a possibilidade de compreender o homem em sua complexidade. Diferentemente do que pode ser entendido pela Anatomia e Biologia, Winnicott (2000) definiu **corpo vivo** como sendo o bom resultado da conquista do alojamento da psique no soma que proporcionará, futuramente, um sentimento de “Ser um Eu” subjetivamente.

Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro, exceto quanto à direção desde a qual estivermos olhando [...] Suponho que a palavra psique, aqui, signifique elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física [...] Num estágio posterior o corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior, é sentido pelo indivíduo como formando o cerne do eu imaginário (WINNICOTT, 2000, p.333).

Trata-se então de um corpo que constitui a base do acontecer humano e que, no início da vida, as sensações, os movimentos precisam ser recolhidos por um outro (mãe devotada) para que ocorra a elaboração do estar vivo fisicamente. Estas experiências evoluem para as primeiras inter-relações, que incluem todas as operações mentais, acumulam as memórias do passado, do presente e as expectativas do futuro; estas experiências darão o sentimento de um “eu” e justificam a percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo. A toda essa complexa conquista Winnicott conceituou como **psique ou elaboração imaginativa** (retomarei este conceito no 2º capítulo).

Utilizarei apenas os conceitos de Winnicott, fundamentais para o conhecimento do fisioterapeuta, enunciados nas fases de desenvolvimento inicial da relação mãe-bebê, para compreender aspectos importantes da corporeidade na constituição de si e que podem se mostrar fecundos para a prática de minha clínica. Segundo este autor, o desenvolvimento físico e emocional de uma pessoa dependerá da qualidade deste encontro mãe-bebê, com implicações sobre sua vida, no que diz respeito a saúde e doenças. Winnicott (1999), em seus estudos sobre a natureza humana, assinala que saúde não é a ausência de doença, mas que o desenvolvimento emocional sadio fornece um sentido à saúde física, assim como a

saúde física provê um reassseguramento a saúde emocional. E que o desenvolvimento psicossomático é uma aquisição gradual e, se o ambiente sustenta a continuidade do ser, tem-se saúde. “Todo o processo do desenvolvimento deve ser levado a cabo, qualquer salto ou falha no processo é uma distorção, e um pulo aqui ou um atraso ali deixam uma cicatriz” (WINNICOTT, 1990, p. 47).

Meu objetivo neste trabalho é apresentar a construção de um modo de realizar a clínica fisioterápica a partir do conceito de **corpo vivo** de Winnicott (2000), que contempla a pessoa total. E também, apoiada nas reflexões do psicanalista Gilberto Safra (2004), apresentar minha intenção de estabelecer um cuidado ético no que se refere à maneira singular de acolher sentidos e significados que o corpo de um homem demanda para conquistar **saúde² em devir**. Safra (2004a) assinalava a questão fundamental na clínica contemporânea, que é o restabelecimento de uma ética que possibilite o resgate do **ethos** (morada) humano. Diz o autor:

Nossas teorias e práticas estão sendo questionadas pelas situações clínicas com que nos deparamos em nosso cotidiano profissional. Elas nos levam a rever o percurso de nossa disciplina, chamando-nos a fundamentar nossa atividade clínica sobre as questões fundamentais do destino humano, o que significa estarmos apoiados sobre o ethos humano (SAFRA, 2004a, p.37).

O caminho que se mostrou mais apropriado para que eu pudesse realizar esse percurso foi o método clínico, método de modalidade qualitativa, que me permite apresentar a construção de um conhecimento a partir do contexto da clínica fisioterápica. Sob a luz do pensamento de Winnicott, de Safra e de minha experiência clínica, decidi escrever e favorecer um campo de troca e diálogo com outros profissionais que também procuram em sua prática, na Fisioterapia, acolher a pessoa total, com um corpo que nos apresenta e relata sua história de vida. Essas pessoas necessitam de um espaço clínico que acolha as suas singularidades e favoreça condições mais “integradoras” para seu “restabelecimento”.

² Saúde: para Winnicott a continuidade do Ser significa saúde, estando totalmente dependente do ambiente, principalmente no estágio primitivo do desenvolvimento Este autor faz uma analogia do início da experiência de viver com uma bolha (ver p.148 no livro A Natureza Humana). E diz que a influência do ambiente pode levar a futura pessoa a buscar uma confirmação de que vale a pena viver, partindo para experiências, ou se retrairá, fugindo do mundo.

Delimitação do Problema

Comumente recebo pessoas para o tratamento fisioterápico com dores e limitações e sem nenhum contato ou conhecimento de seu próprio corpo; demonstram dificuldades em compreender ou realizar pequenas mudanças de movimento ou posicionamentos corporais. Apresentam-se de várias maneiras e, seu sofrimento físico, de várias formas: “desabados”, “enrolados”, “retesados”, “rígidos”, “inchados”, “flácidos”, com estruturas corporais cansadas, tensas ou agitadas sobre sustentações ineficientes e desgastadas. As pessoas que se alojam dessa forma em seu corpo sobrecarregam regiões e funções nobres deste corpo como a nuca, a face, o tórax e a respiração; não utilizam o apoio e sustentação eficientes de regiões de seu próprio corpo como os pés, os membros inferiores e o quadril, como também não se dão conta de seu apoio sobre o próprio chão e a terra, dando a impressão de que seus corpos estão pouco ancorados pelo centro de gravidade. Observo que não ocupam o espaço físico que lhes pertence, não se movimentam com a liberdade que suas alavancas articulares e seus músculos possibilitam. Os gestos dos membros superiores se mostram limitados, com ombros recolhidos, embora o corpo se encarregue de lançar mão de ajustes por meio de mecanismos compensatórios para recompor seu equilíbrio e preservar funções importantes dos eixos existencial e relacional, como locomover-se e realizar tarefas diárias. O problema acentua-se quando a pessoa não correlaciona esta sua apresentação física com seu contexto de vida, seus hábitos, seus cotidianos, suas emoções e sentimentos. Quero dizer com isto que há um desencontro, uma incompreensão do corpo e suas expressões, o que pode nos mostrar a dificuldade das pessoas em se perceber como um ser total, como unidade. Não é difícil “perder” ou não proporcionar esta presença inteira e viva com tantos estímulos e excessos que vivenciamos hoje, quando o corpo no mundo contemporâneo recebe um olhar objetificado e funcional.

Para lidar com tais problemas, ao longo de minha prática clínica construí uma forma de proporcionar o tratamento por meio de procedimentos que levam o próprio paciente a se dar conta da necessidade de autoconhecimento e autocuidado corporal. São exercícios que proporcionam, inicialmente, uma tomada de consciência global do corpo e a relação com a região dolorida e limitada. Crio assim um repertório de gestos e movimentos que acolhem não só o local da queixa, mas que permitem àquela área ou região afetada ser contemplada no seu corpo inteiro e

os exercícios tenham um alcance mais abrangente e integrador. De forma sucinta, é “distribuir” melhor as tensões musculares, reconhecer os melhores pontos de sustentação e apoio, liberar os pontos que devem permanecer livres e, desta forma, abrir espaço para um movimento corporal mais livre e criativo. Proponho que a queixa e o desconforto físico possam ser observados em relação aos movimentos diários, costumes, gestos e vícios posturais que geralmente levam ao modo **como a pessoa habita e vive em seu corpo**.

Esta foi uma maneira que encontrei para preparar o indivíduo para um gesto, um ajuste, um movimento, uma percepção de seu corpo para propor a Fisioterapia. Dessa forma, pude observar uma melhor recuperação do quadro clínico, uma manutenção do tratamento e uma considerável redução nas filas de espera para atendimento fisioterápico quando na aplicação desta forma de trabalho em centros de reabilitação. O mais interessante nisso é que os pacientes me davam sinais de sua maneira e estilo peculiar de sentir e perceber o corpo, da consciência de sua presença como um todo e, na medida em que aumentava meu contato e convivência com eles, ao longo do processo clínico, pude deparar-me com pessoas em que este caminho, este procedimento terapêutico, encontrava alguns impasses. Nem todos os pacientes, quando solicitados a sentir e perceber seus corpos, facilmente conseguiam. Num primeiro momento, estas dificuldades são vistas pelo próprio paciente como “descoordenação” ou um “não ter jeito”. Muitas vezes, até pela novidade e falta de estímulo, mas não só... Observei que estes impasses se acentuam, principalmente, quando o atendimento é individual e orientado por técnicas cada vez mais globais que “recrutam” consciência e percepção de si, de forma cada vez mais complexa e elaborada, como na ativação de músculos e respiração em determinados posicionamentos. Deparei-me com algumas apresentações de sentir e perceber o corpo bem peculiares... E que levantaram algumas questões, como a possibilidade ou não de um indivíduo apropriar-se de seu corpo, sentir-se presente, antes de se submeter a uma abordagem na Fisioterapia. Em alguns casos, ao serem solicitados a realizar um movimento ou simplesmente prestar atenção e sentir o corpo, alguns pacientes davam sinais de total desconhecimento, a tal “descoordenação”, estranheza e mal-estar geral, mesmo frente aos exercícios mais simples.

Ilustrarei com duas vinhetas clínicas este fenômeno quando me refiro a estes impasses, a estas possibilidades de sentir e perceber o corpo.

Caso A: Lina, 22 anos

A paciente chegou a mim por apresentar lombalgia; depois da avaliação, ao iniciar o meu trabalho, com a tomada de consciência e percepção para o corpo, a sessão transcorreu assim:

A paciente deitada em decúbito dorsal, pedi para que sentisse os locais de sua coluna que se apoiavam na cama - estava levando a ela a possibilidade de perceber a grande bacia anterior da pelve, o que fazia mesmo com os joelhos fletidos. Fui ofertando a percepção de seu tórax, de sua respiração, da possibilidade de entregar mais o seu peso na cama, na tentativa de que esta percepção favorecesse a correção para um melhor posicionamento de sua coluna. Neste momento, ela se queixa de um mal-estar, apresentando um leve tremor e palidez. Pergunto o que sente, o que a deixaria melhor, se ela quer mudar de posição... Então, ela se deita em decúbito ventral e fica bem recolhida. A partir daí, reiniciei o meu trabalho, de acordo com as possibilidades da paciente, mesmo não sendo este o primeiro caminho escolhido, tecnicamente, por mim, e trabalho com suaves toques em seus ombros e coluna, na tentativa de acompanhar o ritmo de sua respiração. Assim, fui convidando-a para que, a cada saída de ar, pudesse soltar mais o peso de seu corpo na cama. Gestos simples que respeitam uma condição que, a priori, não nos possibilita grandes abordagens técnicas e sim uma presença atenta, flexível que proporciona adaptação.

Caso B: Dalva, 63 anos

Paciente encaminhada por um médico angiologista após cirurgia de varizes, com a queixa de dores e limitação para caminhar. Na avaliação, além de todos os sinais e sintomas pós-cirúrgicos, pude detectar os desgastes e compensações pelo seu sedentarismo e obesidade. A paciente apresentava, de forma geral, sustentação sobre uma grande bacia anterior da pelve, uma hiperlordose lombar, geno-valgo. Enfim, uma postura que pedia realinhamento global, reeducação de seus movimentos e um equilíbrio muscular, para que sua dor pudesse ser tratada contemplando seu estado físico geral e não só por conta do estado pós-cirúrgico.

Início o trabalho de tomada de consciência corporal da paciente em posições bem habituais (sentada, em pé, deitada) e na realização dos movimentos que fazia

para alcançar tais posições. E o que pude constatar, além de uma enorme dificuldade de movimento, dor e limitação, foi a sua “estranheza” frente ao seu corpo. Havia momentos em que a paciente se ausentava totalmente das propostas de exercícios (a paciente não apresentava dificuldades mentais, muito pelo contrário, falava e articulava bem suas idéias, mas, na hora de envolver-se com o seu corpo, mostrava um grande “hiato”, um grande vácuo desta vivência).

Tive a mesma postura no caso citado acima. Diminuí meus pressupostos técnicos e fui me guiando pelas possibilidades da paciente.

Mas, neste caso, só depois de algum tempo é que a paciente percebeu que ocorria um certo “distanciamento” de sua percepção e consciência, durante o trabalho corporal. Aos poucos, ela foi correlacionando que esta dificuldade em sentir o corpo e a presença como um todo sempre a acompanhou. E me falou: **“Acho que nunca tive um corpo”**.

Com esta constatação, o que pude fazer foi respeitar sua condição por meio do tempo que ela demandava para conseguir vivenciar os exercícios e todo o trabalho corporal.

Foram situações como estas que me fizeram compreender que cada paciente tem uma via de acesso singular para que meu trabalho e minha técnica o alcance e se façam úteis. Neste momento de minha experiência clínica, utilizando cada vez mais técnicas manuais globais³ ainda de um ponto de vista biomecânico, foi apresentada tal singularidade, “arranjos” especiais, ou melhor, a trama psicossomática de cada paciente. Compreendi que minha abordagem necessita ser menos incisiva, menos técnica, num primeiro momento, para que eu possa adaptar minha intervenção ao clínico. Diz Safra (2004b): “Intervenção é um termo que significa a possibilidade do profissional ir ao encontro do paciente (movimento em direção à). Abordagem depende do percurso que um profissional fez na vida, suas técnicas, as terapêuticas”.(Informação verbal)⁴

³ Métodos de Fisioterapia de Reeducação Postural

A fisioterapeuta Françoise Mezières foi quem, silenciosamente, lançou a base para grande parte destes métodos e seus ricos desdobramentos, como: RPG (Reeducação Postural Global de Philippe Souhard), Cadeias Musculares e Articulares GDS (de Goelieve Denys-Struyf), Antiginástica (de Thérèse Bertherat) dentre outros. Por meio de sua observação de doentes com graves deformidades físicas, na década de 1940, verificou o funcionamento da musculatura encurtada, notadamente da face posterior do corpo, num cerne de globalidade e que veio a ser conhecido como “cadeia muscular. Mais detalhes a respeito podem ser encontrados em <http://www.reeducaçãopostural.blogspot.com>

⁴ Nota obtida em curso ministrado no Instituto de Análise Bionérgica, em 18/05/2004.

O que observo e recorto aqui são os impasses que podem advir dos casos que mencionei acima, nos quais o corpo não é uma aquisição *a priori*, pois há dificuldades de senti-lo, percebê-lo e habitá-lo.

Porém, podem aparecer outros casos de impasses, em que o paciente consegue realizar as propostas de exercícios, mas suas dores continuam e o tratamento é interrompido sem resultado, gerando frustrações por parte do paciente e do profissional, estabelecendo assim uma relação terapêutica “rasa” e “desvitalizada”. Nestes casos, muitas vezes, estes pacientes são referidos como os “poliqueixosos” ou que têm “doenças psicossomáticas” - estão “somatizando”. São situações em que a dor e a limitação podem estar servindo como “sutura”, como “cola” que garante uma certa defesa para a apropriação de si, para sentir um corpo. Para abordar esta questão, apresentarei o conceito de Winnicott sobre doença psicossomática no 2º capítulo desta dissertação.

Não quero aqui propor uma intervenção ou uma relação que não escape de desencontros e impossibilidades, mas quero assinalar o que pode ser um recurso para compreensão e tratamentos dos nossos pacientes na clínica fisioterápica, a partir de um maior entendimento sobre a complexidade que é **ter um corpo**. Para isso, necessitei sustentar-me em outras áreas de conhecimento, como na teoria psicanalítica, na tentativa de construir um conhecimento que possa favorecer minha atividade clínica.

E esta não é uma questão de descarte da evolução em técnicas e tecnologias, que proporcionam uma incessante inovação nos tratamentos na área da Fisioterapia e da saúde em geral, mas me parece que as doenças também evoluem para outras direções e pedem inovações para serem abordadas. Na atualidade, não é incomum ouvirmos que uma pessoa padece e sofre, mas que os médicos dizem que ela “não tem nada...” Outras demandas de adoecimento surgem a cada dia em nossos serviços e nossos consultórios, como dores crônicas, fibromialgias, LER/DORT (lesão por esforço repetitivo/ doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho), estresse, demandas estas que, de modo geral, pedem, além de competências técnicas, tempo e abertura, olhar e escuta do profissional. A possibilidade desta presença do profissional frente ao seu paciente restabelece a alteridade, o respeito, e isso, do meu ponto de vista, é o que primeiro favorece a saúde, pois possibilita um lugar, uma companhia em sua trajetória.

Estes pontos que destaco como sendo problemáticos para a clínica fisioterápica nascem, como vejo, de um contexto mais amplo e que passa pela história da fisioterapia como profissão construída nos alicerces das ciências naturais.

Justificativa pela escolha de Winnicott

Para que possa circunscrever nesta introdução o caminho que percorrerei e o horizonte que almejo assinalar, faz-se necessária a utilização, precoce, de alguns conceitos de Winnicott. No entanto, de forma mais detalhada e contextualizada, no 2º capítulo apresentarei os conceitos de sua teoria do amadurecimento que fundamentaram este trabalho.

Winnicott (1983) desenvolve a teoria do desenvolvimento emocional e os processos de maturação e assinala sua complexa conquista em relação a uma integração psique – soma e, a partir daí, a possibilidade de um corpo alojar o psiquismo para que a saúde seja algo a ser gozada. Ao contrário, haverá a ausência de saúde ou esta será procurada pela pessoa por meio de sintomas e sinais que se expressam, dentre várias formas, também no corpo, como dor, má postura, fadiga, dificuldades de percepção de si e conseqüentemente de consciência corporal, o que vem deflagrar os “abalos” e interrupções desta integração e que, por sua vez, afetará o processo do tratamento. Estes sintomas e sinais físicos podem significar a tentativa desta integração da psique ao soma para a possível apropriação de um corpo, por meio das chamadas doenças psicossomáticas que, segundo Winnicott, (2000) só terão chance de serem acolhidas e integradas-“re-significadas”-, **na presença de um profissional - presença psicossomática**. E na clínica fisioterápica, segundo minha experiência, estas tentativas de integração se mostram por meio da permanência dos quadros dolorosos, pela insatisfação do tratamento ou mesmo pela grande dificuldade em compreender suas propostas, gerando com isto uma grande dificuldade na relação terapêutica.

Portanto, foi com Winnicott que encontrei o fundamento para uma clínica viva e atenta, não só em relação ao corpo e seu adoecimento, como também para compreensão da complexidade da pessoa em alcançá-lo.

Posso observar na clínica pessoas com corpos sofridos expressando-se frente a uma condição atual negativa e que testemunham esta experiência vivenciando a dor, o desconforto, o cansaço e o estresse de uma maneira integrada

em sua vida. Nestes casos, o tratamento e o resultado correspondem, dentre outros fatores, a uma matriz suficientemente boa de integração psique-soma. Porém, há pessoas em que o corpo se apresenta quase como um fantasma, uma roupa, um objeto de movimentar uma vida; há ausência de percepção da sua condição como um todo, há ausência de um corpo vivo, de vivência. Já, nestes casos, o processo terapêutico se torna tão complexo quanto a trama psique - soma que se apresenta.

Winnicott (2000) nos diz que se tudo caminha bem no desenvolvimento da criança em seu processo de amadurecimento, facilitado pelo meio ambiente, o corpo e a psique se integram, aparecem como experiência de vivacidade - o corpo vivo, a psique no centro da corporeidade. Constituindo-se um *self*⁵ integrado e compreendido, em síntese, como a experiência de uma pessoa sentir-se real e espontânea.

Sendo assim, talvez não haja a necessidade de se compreender o corpo por esta perspectiva que estou assinalando, porque nessa morada (corpo) há conforto, segurança e não “estranhamentos” e os acometimentos físicos tratados comumente na Fisioterapia convencional podem alcançar ótimos resultados. Mas, na medida em que há um sintoma e um sofrimento que persistem em deflagrar um abalo da integração psique-soma, que faz o indivíduo padecer e sofrer, surge a demanda por uma maior compreensão e investigação desta dificuldade. Situações como estas indicam um desalojamento da psique em relação ao corpo, o que pode ser expresso de várias formas, por meio de várias sintomatologias. O que recorto aqui é o dano ao corpo, o que leva pessoas a procurarem médicos, terapeutas e especialistas na tentativa de encontrar a causa de seu padecimento, muitas vezes recidivo e persistente. A demanda física, a corporeidade da forma como apresento fomenta sentidos e significados à espera de acolhida. Geralmente, nestes casos, a expectativa da evolução do tratamento por meio de procedimentos e técnicas experimentadas em teorias de relação causa e efeito não é alcançado. O que se manifesta por meio dos sintomas é o anseio, a esperança de recuperar o alojamento originário na própria corporeidade.

O preparo do profissional para que alcance a profundidade desta emergência física é testado. E o que se detecta é uma terapêutica “abortiva” dos possíveis processos de integração e que poderiam ser contemplados por uma atitude que

⁵ *Self* – conceito winnicottiano que se refere a experiência de uma pessoa de continuidade no tempo sentindo-se real, espontânea e criativa.

lança mão de uma **compreensão do homem e de seu adoecimento**, de forma a considerar a riqueza e complexidade deste ser como um todo e que, portanto, pede abertura e adaptação.

É comum ouvir de profissionais da área da saúde que, em situações nas quais o paciente apresenta sinais e sintomas inexplicáveis para uma determinada clínica, devemos encaminhá-lo para outros profissionais, outras clínicas com competências para tratá-los, justificando que esta não é a sua área de trabalho e que, no caso da Fisioterapia, sua função é de “reabilitar” fisicamente a pessoa. Mas reitero que, para tal encaminhamento e, principalmente, para o não incremento de prováveis angústias e sofrimento do paciente, pede-se uma atitude calcada no respeito em ouvir, acolher e tentar compreender possíveis queixas, aparentemente sem senso para aquela determinada prática clínica. A partir daí, pode-se encaminhar e, mais ainda, atuar de forma interdisciplinar, quer seja na discussão do caso clínico ou na busca de outros referências teóricos.

Justificativa pela escolha de Safra

Outras questões me chamaram a atenção observando alguns pacientes em minha prática clínica. Quando vinham de outros atendimentos, estes pacientes muitas vezes expressavam em seus corpos, em sua forma, em seu gesto e movimento, uma adaptação às características de determinadas técnicas de abordagem corporal e não uma experiência pessoal, uma apropriação orgânica e singular. Chegavam ainda mais confusos, e muitas vezes mais doloridos, com as propostas corporais que receberam; pontuavam-me questões como: “preciso ficar com a coluna e o pescoço retos”, “meus ombros devem ficar desenrolados para trás”, “preciso respirar mais e direito”, “meus braços deveriam ficar ao longo de meu corpo”. E quando se deitavam, logo se rearranjavam de acordo com as instruções recebidas, como: braços estendidos, nuca alongada, coluna apoiada na cama, respiração “presente”.

Esta situação clínica me fez adotar uma conduta de incentivo a uma “desestruturação”, ou melhor, a uma reflexão de que todas aquelas “dicas” ou “posturas” para um corpo “equilibrado e saudável” nem sempre eram necessárias e adequadas a qualquer pessoa. Necessitávamos contextualizar o momento, quer seja o da sessão como simplesmente deitar, sentir o corpo e a respiração antes de

qualquer proposta ou “correção”, bem como contextualizar o dia, a semana, o momento de vida daquela pessoa. Porque, antes de aproximarmos a técnica à apresentação física quer seja a dor, a limitação, a má postura, devemos nos aproximar de um corpo, de uma pessoa, de uma corporeidade, isto é, de um corpo significado por uma pessoa.

Encontrei em Safra uma grande contribuição. Este autor contextualiza a problemática na clínica contemporânea que privilegia a técnica à ética. E seus trabalhos “A estética do self ”(2005) e “A pó-ética na clínica contemporânea” (2004a) foram muito importantes para fundamentar minhas inquietações e observações com meus pacientes. Safra aborda duas perspectivas na situação clínica que considera fundamentais ao ser humano: a **estética**⁶ e a **ética**.

Pelo vértice da estética, Safra aborda a constituição do *self* - a constituição do si mesmo, a constituição de um corpo - e apresenta a variedade de estímulos e absorções que um homem “metaboliza” em seu corpo, suas singularidades.

Utilizo o termo estética ao longo desse trabalho para abordar o fenômeno pelo qual o indivíduo cria uma forma imagética, sensorial, que veicula sensações de agrado, encanto, temor, horror, etc. Estas imagens, quando atualizadas pela presença de um outro significativo, permitem que a pessoa constitua os fundamentos ou aspectos de seu *self*, podendo então existir no mundo humano (SAFRA, 2005, p. 20).

Ele assinala a importância de reconhecermos as singularidades que um ser humano abarca e o quanto este saber é fundamental para que possamos acolher e compreender em nossa prática clínica nossos pacientes em relação às condições mais favoráveis ao **estilo de ser** de cada pessoa.

Sua contribuição favorece uma melhor compreensão das singularidades. Dessa forma possibilita um acesso mais justo à corporeidade de cada paciente, ao intervir para propor uma abordagem técnica. Assim, encaminho para a clínica fisioterápica um corpo para além do que pode ser percebido objetivamente - mecânico, objeto, coisa - mas o que nele tem de singular e subjetivo, à espera de outro. É possível ir ao encontro da necessidade do paciente sem reduzi-lo a um mero corpo (soma) necessitado.

⁶ O termo estético foi utilizado pela primeira vez por Baumgarten (1714-1762, *apud* SAFRA, 1999/2005). Tradicionalmente é um nome utilizado para referir-se à arte e ao belo. No entanto, a palavra estética designa a ciência do sentido, da sensação. Deriva do grego *aisthanesthai* que significa “perceber”; *aisthesis* que significa “percepção”; *aisthetikos* que significa que “o que é capaz de percepção”.

“Por esse tipo de comunicação há o reconhecimento da subjetividade humana ali presente à espera do outro. Este é o encontro que permite o acesso à existência humana” (SAFRA, 2005, p.19).

O vértice ético, segundo Safra (2004a), se dá em meio à necessidade de encontros que possibilitem condições do alojamento de homem no mundo com os outros. O autor utiliza a palavra **ética** em seu trabalho referindo seu sentido de **morada e pátria** e chama a atenção para a problemática da fragmentação do *ethos*-morada que leva a vários sofrimentos, muitos no registro ontológico.

Cada vez mais nos deparamos na clínica contemporânea com um tipo de problemática humana que nos coloca, como foco e urgência, o restabelecimento do *ethos*, o que nos leva ao estabelecimento de uma situação que possibilite o acontecer da condição humana, a partir da compreensão daquilo que é ontológico no ser humano (SAFRA, 2004a, p.33).

Deparei-me na clínica fisioterápica com situações nas quais alguns pacientes trazem percepções e sensações originárias e complexas sobre si e o mundo e que se revelam em seus corpos - *a priori*, com queixas pontualmente físicas, como neste caso que relatarei: uma “má postura”, “ombros fechados” e “coluna arcada”, segundo a paciente: “Quando presto atenção em meu tórax parece que a pele está muito esticada e muito perto do osso. Sinto como se em meu corpo não tivesse uma camada intermediária. É só pele e osso, está tudo esticado, apertado...”

Pedi que tocasse a região que mais a incomodava. Então, com as pontas dos dedos tocava em suas costelas. Convidei-a então a tocar de maneira que sentisse a densidade de outras estruturas como a pele, o músculo, a mama, os órgãos, e com a mão bem relaxada e receptiva. Assim ela ficou por um tempo...

Ao terminamos, perguntei: E a sensação da pele esticada no osso? Respondeu: “Incomoda menos”.

Na sessão seguinte relatou que, embora a sessão tenha sido realizada com toques muitos sutis, ficou sentindo a região do tórax com uma sensação dolorida. Referiu também sentir recentemente o coração acelerado, sem entender o porquê. Perguntei se seus exames de rotina estão em dia. E ela diz que sim. Depois de algum tempo disse: “Vivo um descompasso, sou de um jeito e a vida pede outro...” O desenrolar desta sessão foi muito significativo. Pois suas sensações e percepções apontaram para questões originárias de um EU, como a paciente disse. E que tinha medo de perder a sanidade por refletir sobre muitas coisas da vida como: “Encontrar

o quê? Quem sustenta essa coisa maior? Ao mesmo tempo em que quero viver, tenho medo...”.

Situações como estas demandaram um acolhimento e adaptação em meu trabalho, nas propostas de exercícios e toques para contemplar os sentidos que pacientes como esta estavam dando às suas sensações e percepções corporais. Estavam me apresentando um corpo vivo em seus sofrimentos, em suas vidas e em seu **modo de ser e de compreender o mundo**.

Em minha experiência clínica, especialmente em situações como esta, assinalo a suma importância do encontro, da companhia, da alteridade para possibilitar uma prática na **fisioterapia mais humana e pessoal**.

Por isso, encontrei em Safra (2006a) postura e atitude clínicas que buscam condições favoráveis ao resgate do *ethos*, no meu ponto de vista fecundas para contemplar as problemáticas na clínica fisioterápica, como descrevo.

Segundo este autor, esta posição é respeitada quando aceitamos acompanhar o paciente em seu processo clínico e estamos, necessariamente, eticamente posicionados frente à compreensão como dimensão fundamental da condição humana.

Clinicamente, é fundamental poder perceber as diversas dimensões de realização do *self*. Pensar o *self* é pensar o mundo, é não perder de vista o sofrimento humano no contexto das problemáticas mundiais, das questões fundamentais de seu tempo (SAFRA, 2005, p. 95).

Contextualizar o encontro, hoje, no meu modo de interagir na clínica, é fundamental para que possamos sintonizar as demandas do paciente, como também do próprio fisioterapeuta com seus recursos técnicos e pessoais, em suas corporeidades. Assim, creio, o fisioterapeuta pode acompanhar com sua sensibilidade, em seu próprio corpo, a interação e a integração das propostas de movimentos e vivências para o paciente adaptando o que for necessário, como o ritmo, o tempo, os objetos. Safra (2006a) reitera esta questão da disponibilidade e possibilidade empática do terapeuta e apresenta a contribuição de Edith Stein (1917) para quem a empatia é a possibilidade que temos de acompanhar o circuito da sensibilidade de um outro por meio de nossa própria sensibilidade corporal. Stein afirma que podemos acompanhar dois circuitos: o circuito da sensibilidade e o circuito da articulação do pensamento do outro. Jamais se alcança a experiência originária da sensibilidade do outro, assim como também jamais apreendemos pelo

conhecimento quais seriam os motivos, os valores últimos de alguém. Podemos intuí-los, mas não saber desses valores diretamente.

O nosso corpo nos fala por meio de imagens* (refere-se a formas sensoriais que se desenham na corporeidade de uma pessoa) que são evocadas em nossa corporeidade pelo modo como o paciente se apresenta. Essa perspectiva é coerente com o que Winnicott assinalava sobre a importância de o analista (e do fisioterapeuta, segundo meu ponto de vista) ter presença psicossomática na situação clínica (SAFRA, 2006a, p.47).

A clínica fisioterápica a mim se apresenta em crise não só pelo contexto citado anteriormente no qual o paciente, muitas vezes, não é acolhido na sua inteireza, como um corpo vivo, em sua condição humana, mas, também, pela pobre relação terapêutica que depende profundamente da presença do profissional. Abordarei este contexto mais detalhadamente no 2º e 4º capítulos, nos quais apresento respectivamente os conceitos sobre a importância da presença psicossomática do profissional, segundo Winnicott e sobre os símbolos representativos, segundo Safra.

1 A FISIOTERAPIA

1.1 A História da Fisioterapia

Braz (2006) apresenta de forma histórica e crítica, fazendo referência aos autores Sanches (1984), Rebelatto; Botomè (1999), Figuerôa (1996), Novaes Junior (2005), Barros (2003), Silva Junior (1998), os momentos em que os cuidados e estudos do corpo e da fisioterapia foram valorizados e construídos e outros momentos em que foram desvalorizados. Segundo seu relato, desde a Antigüidade os recursos da natureza como o sol, a água e o calor e o próprio movimento humano foram utilizados para fins terapêuticos. Refere-se a registros de cura pelo movimento, já no ano de 2698 a.C. na China, e obras na Grécia Antiga em 384 a.C, de Aristóteles, que descreviam a ação dos músculos, o que lhe conferiu o título de “Pai da Cinesiologia”. Cinesiologia que recebeu posteriormente contribuições sobre a mecânica corporal e a marcha humana, de Leonardo da Vinci, no século 16.

Braz refere que na Idade Média, devido à cultura religiosa, o corpo foi considerado um mero recipiente do espírito, diferentemente da época do Renascimento, com o Humanismo, quando as manifestações artísticas e políticas voltaram a valorizar a cultura física e a saúde. Na transição do Renascimento para a Revolução Industrial os estudos destinaram-se não apenas à concepção curativa, mas também à manutenção do estado normal existente em indivíduos sãos. No entanto, lembra que surgiu também, na época da Revolução Industrial, com o aumento das jornadas de trabalho, a criação de diversos tipos de ginástica e exercícios para aumentar a produtividade.

Observa que o campo da Fisioterapia recebeu muitas contribuições para o seu desenvolvimento no século 19, mas os conhecimentos advindos desta época eram de domínio da classe de médicos. Cita Gustav Zander e Frenkel como criadores do tratamento para ataxia, baseado na repetição lenta de movimentos específicos e coordenados utilizados até hoje nas universidades brasileiras e que os primeiros cursos de Fisioterapia no mundo surgiram no século 20 em um contexto de muitas mudanças na área da saúde, devido ao aumento de casos de poliomielite e às Grandes Guerras.

Em sua reconstituição histórica, Braz (2006) refere que o início do atendimento hospitalar e em centros de reabilitação aconteceu a partir do grande número de seqüelas da primeira Grande Guerra, quando o atendimento fisioterápico seguia as prescrições das atividades, principalmente cinesioterápicas de reaprendizagem do movimento. Só mais tarde, nos tempos de paz, é que esse atendimento se desenvolveu em relação a outras doenças, como a poliomielite. Até então, a definição da profissão de Fisioterapia estava limitada apenas ao caráter terapêutico, não competindo a ela o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Como auxiliar do médico recebia suas orientações quanto às prescrições.

Relata que no Brasil os primeiros serviços de Fisioterapia surgiram ainda no século 19 com a contribuição de vários médicos, dentre eles Artur Silva que em 1884 participou da criação do serviço de Fisioterapia do Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro. Em São Paulo, no ano de 1919, o médico Raphael Penteado de Barros fundou o departamento de eletricidade médica e Waldo Rolim de Moraes criou o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, para dar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia. Depois fundou o serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas onde, em 1951, foi criado o primeiro curso técnico de Fisioterapia. O seu reconhecimento como Curso de Nível Superior aconteceu somente em 1969, no Brasil. Em 1975, criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO - e Conselhos Regionais – CREFITOs - ,conforme a Lei 6319 de 17 de dezembro. O COFFITO assumiu a função de legislar, estabeleceu o código de Ética (Resolução nº10/78), normalizando a profissão e a atuação do fisioterapeuta. Ao CREFITO coube a função de legalizar e fiscalizar o exercício profissional.

Hoje, o fisioterapeuta é um profissional de nível superior da área da saúde e atua em diferentes áreas e segmentos, isoladamente ou em equipe. Como profissional, dá assistência em todos os níveis da saúde incluindo a prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidade; seu foco de cuidado está no movimento e na função corporal. Pode trabalhar em hospitais, clínicas e consultórios utilizando todos os seus recursos para diagnóstico, prognóstico, prescrição, tratamento e alta. Pode também atuar no campo da Fisioterapia do Trabalho ou Saúde do Trabalhador, bem como na área da educação como docente lecionando em disciplinas básicas nos cursos de graduação na área da saúde e em todas as disciplinas e conteúdos

básicos e específicos na graduação em Fisioterapia, além de coordenar ou dirigir e realizar projetos de pesquisa científica.

No entanto, há que refletirmos sobre as conquistas e os limites de nossa profissão. Mesmo ativos quanto à construção de nossa identidade profissional, ainda estamos, em nossa prática clínica, atrelados ao modelo biomédico sustentado pelo paradigma positivista que, por característica, nos apresenta o ser humano em partes e, por conseqüência, reflete os fragmentos de um clinicar fisioterápico.

1.2 Modelos teóricos e práticos de trabalho na Fisioterapia: minha trajetória clínica

Por meio do modelo biomédico⁷, o corpo humano e seu movimento, “objeto” de estudo da Fisioterapia, me foram apresentados a partir de uma visão científica direcionada à vertente biológica com suas classificações e categorizações. Assim, foram analisadas em cortes microscópicos sua estrutura e funcionamento tecidual e orgânico (histologia, fisiologia), aprendidas todas as suas complexas e maravilhosas conexões sanguíneas, hormonais e neurológicas (biologia, bioquímica), identificadas toda textura e forma anatômica do sistema orgânico e músculo - esquelético por meio de “peça” anatômica (anatomia) e estudadas a ação e sinergismo do movimento humano (cinesiologia). Neste momento, já havia condições de entender o funcionamento normal e fisiológico, bem como o anormal e fisiopatológico dos “sistemas” (circulatório, nervoso, respiratório, endócrino, músculo-esquelético).

Deparei-me depois com quadros clínicos comuns e incidentes na clínica fisioterápica tais como malformação congênita, lesões, afecções neurológicas, respiratórias, ortopédicas e reumatológicas. Concomitantemente, entrei em contato com os recursos propedêuticos e terapêuticos para avaliar, diagnosticar, tratar e reabilitar um paciente que apresentasse disfunção em seu movimento ou em sua postura. Assim, “munida” de conhecimento e recursos terapêuticos manuais e eletro-termo-terápicos, encontrei-me com o paciente para tratá-lo.

⁷ Originou-se nos Estados Unidos em 1910 através do estudo de Flexner, que representou uma avaliação do padrão educacional de escolas médicas americanas e canadenses, propondo uma reformulação da prática educacional com o objetivo de dar ao ensino médico uma sólida base científica (SILVA JUNIOR, 1998).

Algumas lesões levam o indivíduo a utilizar seu corpo de maneira não funcional, sobrecarregando-o, gerando dor, limitação, dependência, inadequação e exclusão social. Aprendi então que minha função como fisioterapeuta é trabalhar para a diminuição, prevenção ou eliminação de seqüelas e oferecer as possibilidades de inclusão ou adaptação social.

As instruções que obtive sobre a relação terapêutica são pautadas em uma postura de respeito e sigilo que preserva a “intimidade” do indivíduo a ser tratado, bem como a de não interferir ou deixar-se afetar por demandas emocionais, do paciente e de nós mesmos.

Dessa maneira, iniciei minha prática clínica em um grande hospital público, supervisionado por professores fisioterapeutas. Durante um ano, estive em contato teórico e prático com quase todas as formas de patologia nas áreas de pneumologia, neurologia, ortopedia e traumatologia, reumatologia, ginecologia e obstetrícia, atendendo pacientes em todas as faixas etárias (neonatal, pediatria, jovens, adultos e idosos). Atuei em vários setores, como ambulatório, enfermaria e UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

A experiência profissional neste período foi muito rica, pois acabara de me formar e já tinha em mãos a oportunidade de conhecer, e bem de perto, aquilo que me fizera completar o curso de Fisioterapia: tratar de pessoas que necessitavam e sofriam por alguma “questão física”. Mas, nesse hospital, meu contato com essa “questão física” foi para além do que se esperava em “reabilitar” traumas ortopédicos, lesões medulares e cerebrais, insuficiências cardíacas e respiratórias. Ali, encontrei todo o tipo e fase de sofrimento. Pessoas com doenças infecto-contagiosas (HIV e tuberculose), seqüelas de cirurgias infectadas que cicatrizam por segunda intenção (a pessoa fica com a “barriga aberta” mesmo, até que a pele se feche), seqüelas de tumores em face e boca, mãos estilhaçadas por armas de fogo e dilaceradas por armas brancas, acidentados automobilísticos, doenças neurológicas raras e progressivas, pacientes que não queriam a alta (pois não tinham onde morar). Enfim, uma infinidade de sofrimento humano e não questões físicas simplesmente; o sofrimento vivido na totalidade de uma pessoa. Como era um hospital que atendia sem fins lucrativos, pessoas carentes, acompanhantes dos doentes, dormiam em cadeiras e corredores.

Outro aspecto importante era a enorme demanda de pacientes para atendermos em cada estágio - atendíamos no ambulatório de 80 a 120 pacientes/

dia; na enfermaria, de 30 a 40 pacientes/dia e nas UTI's, que eram três, pediátrica, cardiológica e geral, em média 35 leitos. Com esta situação, um recém-formado é solicitado a ter dinamismo, criatividade e capacidade de improviso. Só depois começa a sentir **a dimensão do sofrimento humano**, do outro e do seu próprio.

Trabalhei por mais dois anos em outros hospitais, na área de Fisioterapia respiratória, com pacientes de pré e pós-cirurgia cardíaca. Experiência muito rica também, pois acompanhávamos o paciente antes, durante e depois da cirurgia. Preparávamos “o pulmão” do paciente para que ele pudesse se recuperar o mais breve possível e evitar alguma complicação por infecção pulmonar.

Recordo-me da ansiedade do paciente cardíaco nos dias anteriores à cirurgia; explicávamos os procedimentos, cortes, incisões e drenos a que seria submetido depois que acordasse da anestesia, e então era hora de pôr em ação todo o treinamento anterior pelos exercícios de ventilação, para a capacidade respiratória, e de drenagem pulmonar, para a eliminação de secreções. E avisávamos: “Vai ter corte e dor no seu tórax, mas você terá que respirar e tossir para limpamos o seu pulmão e trabalharmos com seu condicionamento cardíaco”. Vivíamos também momentos de muito aprendizado, mas o contato com a ansiedade do paciente e nossa era inevitável, embora, freqüentemente, não tivéssemos recebido nenhum “preparo”, ou melhor, nenhuma reflexão, na formação acadêmica, para lidar com demandas psíquicas e existenciais tão “pungentes” nos processos de adoecimento e eminência da morte como a vulnerabilidade, a precariedade, os limites em nossa condição humana.

Após três anos trabalhando em hospitais públicos e privados, prossegui no atendimento em um centro de reabilitação de idosos de uma rede municipal. Trabalhávamos com uma equipe multiprofissional com médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais e agentes de saúde, com assistência ambulatorial e domiciliar. Nessa época, em contato com pacientes idosos, deparei-me com questões sobre a saúde, a doença e a possibilidade de “reabilitação” dessa faixa etária, bem como com a falta de “sensibilidade” ou incapacidade para compreender o significado e o sentido de seus adoecimentos em sua história de vida. Constatei também minhas possibilidades e limites frente à condição social, econômica e familiar destes pacientes que, de uma maneira geral, eram desprovidos de recursos assistenciais a saúde e educação, vivendo em condições precárias de saneamento básico, higiene e alimentação. No atendimento

domiciliar, era fundamental a orientação aos familiares de como cuidar do paciente, ensinando-lhes o bom posicionamento no leito para prevenção de acúmulos de secreção pulmonar e de escaras (feridas na pele por compressão prolongada). Ao entrar em seus lares, era inevitável notar a condição de vida da família e percebia que não só o paciente estava enfermo, mas também quem cuidava dele. Havia um grande desequilíbrio no ambiente familiar.

Compreendi naquele momento do meu percurso profissional que o atendimento fisioterápico, o “reabilitar”, ou prevenir, promover, vem depois do “cuidar”. E cuidar (atender) pode ser simplesmente um **olhar que acolhe** uma situação e, somente a partir daí, é que alguma técnica ou terapêutica pode se assentar.

No modelo biomédico o corpo é visto como uma máquina, cuja avaria é representada pela doença. A intervenção terapêutica decorrente deste modelo busca a resolução da doença a partir da apreciação das partes comprometidas, sem que para tal o organismo seja visto em sua totalidade constituinte [...] (MARINHO⁸, *apud* BRAZ, 2006, p. 61).

Corroboro com a autora da citação acima, pois foi por este modelo que me graduei na Faculdade. E concordo que a construção de um conhecimento do corpo humano na Fisioterapia, alicerçada em uma vertente biológica e técnica, é fundamental para uma futura atuação profissional. Porém, no espaço clínico com nossos pacientes brotam múltiplas facetas da condição humana e os quadros físicos acompanham emoções, sentimentos, subjetividades e vidas e, inevitavelmente, o “objeto” da Fisioterapia - o corpo e o movimento - apresenta a história de uma pessoa.

1.3 Contribuições para mudanças de minha atitude clínica

Depois de algum tempo trabalhando com a Fisioterapia ainda sob o formato de uma “reabilitação” física mecanicista, foi ponto decisivo para mudanças em minha atitude clínica a oportunidade de tomar conhecimento de pensamentos e elaborações de autores que me apresentaram a anatomia como processo dinâmico

⁸ MARINHO, *A visão sistêmica na Fisioterapia*. Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.12, p.9-14, out-98/mar-1999.

no que se refere à sua interligação com a subjetividade. *A priori*, estes encontros geraram estímulo e alegria por compreender que minha atuação profissional poderia ser mais rica e viva, e por me apropriar de outros recursos para acolher meus pacientes e minha própria corporeidade.

Trago fragmentos de pensamentos de alguns autores e não a apresentação completa de suas elaborações, pois isso demandaria um aprofundamento que poderia gerar um viés da proposta desta dissertação. Deixo claro que não estou apresentando estes pensadores, vinculando-os a um mesmo paradigma e sim ao quanto são significativos em minha trajetória clínica. Quando correlacionar uma citação dos mesmos a algum conceito de Winnicott, estarei somente apresentando as “linhas” que costuram este trabalho.

Keleman (1992) chamou a atenção em seu livro “Anatomia emocional” para uma abordagem do corpo como sede de toda a experiência e a forma do organismo como uma estratégia da pulsação vital frente à existência. Ele assinala a correlação entre os diferentes registros: a pulsação vital, a ação gravitacional, o emocional, o afetivo, o mental, que geram as infinitas modulações e tonalidades do sentimento de estar vivo. Refere que a vida produz formas por meio de um processo de organização que dá corpo às emoções, pensamentos e experiências.

As formas externas do corpo e as formas internas dos órgãos nos falam da motilidade celular, da organização e movimento da psique e da alma. Os sentimentos gerados por essas formas constituem o fundamento dos programas cerebrais, da consciência, do nosso modo de pensar e sentir. (KELEMAN, 1992, p.12).

Com Keleman compreendi a anatomia, a forma e a postura de maneira mais viva e pulsante, pois as envolve e interliga aos conteúdos emocionais, às experiências da vida. Este autor afirma que o sentimento e a postura são nosso verdadeiro *self*, são uma função da pulsação. E diz que este é o processo que dá origem aos nossos pensamentos e imagens.

Ainda não conhecia a obra de Winnicott, quando entrei em contato com reflexões como estas de Keleman e, hoje, vejo uma aproximação com o que Winnicott conceitua como elaboração imaginativa, que é a elaboração dos elementos, sentimentos e funções somáticas que emergem do envolvimento com o ambiente - é a própria vitalidade física.

As autoras Piret e Béziere (1992), no livro “A coordenação motora: aspectos mecânicos da organização psicomotora do homem”, apresentaram-me a coordenação motora unida à vida psíquica, afetiva e de relação. Assim, o movimento, o gesto e o alcance de suas funções estão implicados na relação com o outro. Desta forma, o trajeto de um determinado movimento contempla o vivido, ou seja, através de uma expressão direcionamos nossa finalidade a um determinado objeto e isso é banhado de sensações e conseqüentemente de experiências.

Essas autoras descrevem as diferentes falhas ou dificuldades na coordenação motora supostamente derivadas de problemas de ordens mecânicas, neurológicas, metabólicas, psicológicas. Acentuo aqui a importância das dificuldades de ordem psicológica, pois encontro em Winnicott (1983) uma correlação dessa visão com que ele conceituou como os processos de integração e de personalização.

[...] diríamos que a criança parece só utilizar sua maturidade motora em função de sua maturidade psicológica; se ela não for capaz de dizer o ‘eu’ que a situa perante a sua mãe e separada dela, ela não utiliza seu corpo como uma unidade organizada num todo e, portanto, capaz de um ‘eu’. Vemos, inversamente, distúrbios de personalidade de um tipo bem diferente entre aqueles que não podem, por razões mecânicas, organizar-se nessa unidade e realizar o ‘eu’ que seu psiquismo reclamaria. (PIRET; BÉZIERE, 1992, p.13).

Faço aqui uma outra correlação com Winnicott sobre as elaborações imaginativas quando Piret e Béziere (1992, p. 10) dizem:

Tudo acontece simultaneamente na criança. Queremos dizer com isso que, através dos movimentos, ela percebe as diferentes sensações motoras, orgânicas, sensoriais, afetivas e etc. Desse modo, quando tiver percebido o movimento como um todo, e quando for capaz de reproduzi-lo voluntariamente, a criança reviverá as sensações que experimentou e que percebeu anteriormente.

Em “O bebê e a coordenação motora” (Béziere e Hunsinger, 1992) encontra-se uma infinidade de aproximações entre o que, de forma prática, as autoras usam para orientar os pais e terapeutas no cuidado aos bebês, e o que Winnicott conceitua, de forma experiencial, como a importância de se prover um bom sustento físico (*holding*), embora este conceito receba de Winnicott outras dimensões para além do encontro e suporte físico.

Mas, vale citar a forma como estas autoras direcionam o contato físico à experiência.

Enrolamento – torção - tensão, permitem que o corpo se organize em uma unidade estruturada, na qual a criança poderá se apoiar para avançar em direção ao mundo. É uma organização essencial, sobre a qual a criança estrutura seu corpo e sua personalidade (PIRET; BÉZIERS, 1994, p.25).

Em minha experiência profissional constatei a eficiência de oferecer aos meus pacientes consciência e noções básicas de auto-conhecimento e auto-cuidado corporal, pois eles saem da sala de atendimento sobre as mesmas estruturas, sobre as mesmas questões corporais que os trouxeram. A apropriação de suas dores, limitações e recursos corporais que emergem a cada sessão é fundamental para a evolução e construção do tratamento. Assim, encontrei na abordagem do método Cadeias Musculares e Articulares de Godelieve (1995) um cuidado corporal que contempla as várias formas corporais e seus aspectos psicocomportamentais, mais individualizada e rica de repertório de movimentos e vivências e que possibilitam um cuidar de si mesmo. Neste repertório, a pessoa pode perceber e realizar, por exemplo, se seu corpo em determinado momento e situação precisa enrolar-se, abrir-se para satisfazer necessidades, desejos ou, simplesmente, repousar e proporcionar condições para o seu bem-estar.

Há um terapeuta em cada um de nós. A dependência não é incentivada, cada um pode tomar consciência de que pode dispor das chaves de sua morada. Pelas vias do corpo, com essas 'chaves do corpo', cada um pode aprender a GERIR, aprender a desenvolver uma estratégia de prevenção psicocorporal bem calibrada ou contribuir para a cura do organismo que ficou doente (GODELIEVE, 1995, p.15).

No método GDS - Godelieve Denys-Struyf, o termo “cadeias” ultrapassa o conceito exclusivo de encadeamento de músculos unidos ponta a ponta, como propunha Mezières, já mencionado na Introdução. Godelieve refere-se a este termo como um procedimento preventivo e terapêutico dirigido a processos psicofísicos que, de certa forma, “encadeiam”, aprisionam as expressões e os gestos.

As correlações entre soma e psique de um corpo vivo não foram desenvolvidas e aprofundadas na área da Fisioterapia, sendo difícil encontrar autores e bibliografia que abordam o tema, o que me levou a buscar apoio em outros saberes para sustentar as questões que se apresentavam em minha clínica.

Encontrei respostas esclarecedoras em “Explorações psicanalíticas” (1994), no artigo *Fisioterapia e Relações Humanas* no qual Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis mostram a importância e a necessidade que Winnicott (1961) já assinalara quanto aos estudantes e profissionais de Fisioterapia atuarem a partir da compreensão da integração psique-soma no desenvolvimento emocional primitivo. Os organizadores mencionam a estreita conexão entre a Fisioterapia de homens e mulheres de qualquer idade e o cuidado inicial que uma mãe é capaz de fornecer ao seu bebê. O fisioterapeuta estaria fornecendo pessoalmente e em data posterior exatamente aquilo que normalmente é fornecido por amor (devoção) em data anterior e que permite a integração psique-soma e saúde. Onde ocorreu essa falha de cuidado está a base para uma cisão psicossomática e o surgimento das enfermidades. E o que se assinala aqui é uma compreensão para além das enfermidades ditas “puramente” físicas e uma **atitude pessoal e profissional que contemple a condição humana.**

De qualquer modo, quando o fisioterapeuta tem de lidar com problemas de coluna vertebral que não são devidos à enfermidade física, tais problemas podem muito apropriadamente serem relacionados a uma história, no caso individual, de sustentação e manejo falhos no estágio crítico em que a psique e o soma ainda não se soldaram em uma unidade (WINNICOTT, 1994, p. 432).

O que é enfatizado é a necessidade de refletir e assinalar uma atuação do fisioterapeuta que acolha e trate não só de enfermidades físicas, mas também do homem que adoece por meio destas.

1.4 Movimentos na Fisioterapia a favor de um “corpo vivo”

Braz (2006) desenvolveu sua tese com o título “Educação Integral: um modelo de ensino da Fisioterapia baseada na Física Quântica” a partir de uma pesquisa qualitativa e contextualiza, detalhadamente, a história da Fisioterapia com o objetivo de questionar o modelo teórico biomédico frequentemente utilizado nesta área de trabalho. Defende que a influência do paradigma cartesiano (clássico) sobre o modelo biomédico que constitui o alicerce conceitual da medicina científica moderna não contempla a totalidade e complexidade do homem. A autora assinala que,

embora seja este o modelo predominante na formação e prática dos profissionais de saúde, percebe-se que este se encontra em crise por sua característica mecanicista e reducionista e propõe um modelo em saúde embasado na física quântica que oferece uma nova perspectiva que permite lidar com o ser humano de forma integral. Neste modelo o currículo é orientado por competências profissionais humanísticas, centrado no estudante, baseado na comunidade como local privilegiado no cuidado à saúde e desenvolvido por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Ela indica o paradigma quântico como sustentação para uma educação integral do aluno de Fisioterapia, objetivando um olhar de totalidade ao próprio aluno, ao outro, à relação de cuidado e às práticas de saúde.

Sua pesquisa caminha para objetivos outros, que não os meus nesta dissertação, mas com toda certeza ampara e aprofunda minhas reflexões.

O modelo de educação sugerido enfatiza a importância das relações no processo de auto-organização, nas quais podem despontar propriedades emergentes que despertam no aluno um novo olhar sobre si mesmo, o outro, a relação de cuidado e as práticas em saúde. Além disso, ao enfatizar a interconexão e a interdependência, resgata um sentimento de ligação e de responsabilidade pelo todo (BRAZ, 2006, p.189).

Rebellato (2006) realizou tese em pesquisa qualitativa para verificar como tem ocorrido o processo de formação docente de Fisioterapia. Diversos aspectos foram investigados. Reafirma, contudo, a tendência tecnicista que privilegia a formação técnica em detrimento dos conteúdos científicos, éticos e políticos. Confirma que em nenhum momento a formação do fisioterapeuta parte de uma análise econômica-política-social que influi decisivamente na vida do sujeito de modo geral e na vida dos profissionais de Fisioterapia, que precisam atender às mudanças operadas no cotidiano da vida, juntamente com as novas patologias decorrentes da evolução.

Assim sendo, justifica-se e exige-se do profissional fisioterapeuta uma formação profissional mais densa, coesa e vinculada às demandas sociais (...) Priorizar a humanização da formação neste mundo globalizado é o desafio aos educadores e em especial aos profissionais da saúde e, em decorrência os docentes fisioterapeutas, pois repensar esse paradigma significa retomar a formação inicial e continuada possibilitando a sua realização enquanto profissional e ser humano (REBELLATO, 2006, p. 32).

Outro trabalho interessante é o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação da Fisioterapia da Universidade Regional do Alto Uruguai das Missões – R.S de Nogaro; Wilk; Tombini; Nemitz, (2006). Este projeto, do Departamento das Ciências

em Saúde, questiona o modelo científico ora em voga - a visão cartesiana do homem, o modelo médico – adotado pela Fisioterapia e que produziu, além de progressos científicos, profissionais da área da Saúde com um modelo de trabalho no qual o racional prevalece sobre o subjetivo, a “sabedoria” do corpo é ponto a partir do qual se estudam e se tratam a doença e o órgão enfermo, como partes de sistemas, transformando clínicas e consultórios em locais que promovem o interesse da Ciência, não as necessidades da sociedade e, dessa forma, desumanizam a relação fisioterapeuta/paciente. E que, hoje, o que se produz para responder ao sofrimento do homem é inventar sempre novas técnicas para reparar danos. Neste contexto, revela-se a necessidade de se re-implantar a consciência da unidade do *bios*, do *logos* e do *ethos*. Oferecem assim uma nova cultura de Saúde, segundo a qual saúde e doença não são acontecimentos estanques e isolados, mas são resultantes de um processo complexo que envolve variáveis ambientais, biológicas, psíquicas, de modo de vida de cada grupo, de cada cultura. A partir desta concepção de Saúde é que este projeto propõe compreender a Fisioterapia: “Ou seja, o presente projeto justifica-se, no âmbito profissional da Fisioterapia, na medida em que propõe uma inovação na formação do Fisioterapeuta que se utiliza a Educação para atenção integral à saúde” (NOGARO; WILK; TOMBINI; NEMITZ, 2006, p.18).

Marinho (2006) escreveu o artigo “Refletindo sobre a expressividade da dor e a relação terapeuta-paciente”. Neste artigo a autora possibilita uma reflexão sobre a expressão da dor como linguagem simbólica, suas implicações na relação terapêutica nos moldes atuais de atenção à saúde e que não contempla a complexidade do ser humano em seu adoecimento. A partir de uma perspectiva da medicina psicossomática, aponta para uma compreensão aprofundada do processo da saúde e da doença e a complexidade sistêmica como paradigma norteador. Assinala os pontos frágeis do modelo atual de causa e efeito que não dispõe de “recursos” para olhar o homem em sua totalidade.

Na prática, profissionais e pacientes sentem-se envolvidos em uma certa incompletude existencial, embora não a reconheçam, não a denominem e nem a percebam como tal, posto conhecerem e experienciarem apenas a lei da causalidade-efeito para explicação da vida (MARINHO, 2005. p.77).

Considero fundamental a qualidade desta reflexão para que possamos agregar possibilidades à construção de conhecimento e à prática fisioterápica que

sustentem o atendimento ao ser humano em sua complexidade e não somente de facetas do funcionamento de seu corpo.

Um outro artigo merece ser citado: “A formação ética do fisioterapeuta”, Machado D.; Carvalho; Machado, F.; Pacheco (2007), elaborado por alunos do 8º período de Fisioterapia pela UNIFESO, Teresópolis – RJ. É digno de nota que um tema tão rico tenha sido abordado por alunos que estão saindo da graduação, pois parecem já perceber o ponto emergente para a necessária mudança em nossa prática clínica.

O mito do progresso substituiu a ética pela técnica. Os currículos têm se tornado essencialmente científicos e as poucas atividades humanísticas inseridas não aparentam utilidade prática e por isso não despertam interesse.(...) Os profissionais tornam-se cada vez mais especialistas em suas áreas, porém continuam a se deparar com questões onde o conhecimento técnico não dá suporte à solução (p. 104).

Jean Paul Rességuier, fisioterapeuta francês diplomado em 1978, criou um método prático que tem por fundamento desenvolver no profissional uma postura reabilitativa e uma qualidade de presença mais efetiva. Segundo autor, esta postura de base beneficiará não apenas os profissionais das áreas da saúde e sócio-educativas, mas também todo aquele que deseja aprofundar esta qualidade de presença em suas relações. A base da aplicação prática do método no âmbito da reabilitação é chamada de Reabilitação Integrada. Em seus ensinamentos, este autor utiliza seu conhecimento de filosofia e de psicanálise para aprofundar questões como a ética, a subjetividade, o encontro com o outro.

Educar ou ainda cuidar é abrir espaços para a emergência e a colocação em prática das qualidades humanas, aquelas que nós conhecemos, mas também aquelas que pouco a pouco se nos tornam acessíveis. Que a vista ou o pensamento de um ser humano desligado de seu íntimo e tendo perdido sua dignidade se torne para nós definitivamente e totalmente insuportável. Então nós seremos bons terapeutas: o Vivo será nosso aliado. (RESSÉGUIER, 2007).

Tive a oportunidade de conhecer este fisioterapeuta quando dava palestra em um hospital. Nessa ocasião, ele expôs seu método e em seguida passou um vídeo de um recém-nascido em uma incubadora na enfermaria de um hospital sendo “manuseado” por uma enfermeira sem as orientações de seu método e, depois, este mesmo bebê sendo tocado para a realização das mesmas tarefas como trocar a fralda, alimentar, colocar soro etc, com a mesma profissional, já orientada pelo

método. As imagens chocam, pelas diferenças na relação, no encontro. O bebê pôde receber os mesmos cuidados com presença e atenção sem se sentir invadido; ele não expressa susto ou chora, ele simplesmente recebe o cuidado. Diz Rességuier (2006): “Humanizar nossas práticas de atendimento e de cuidados é muito mais permitir que fazer”.

Fiquei muito tocada por esta experiência, pela sensibilidade que o autor dedica ao cuidado do homem. Por isso sinto que posso incluí-lo neste movimento ao “corpo vivo”.

Alguns fisioterapeutas há anos se inquietam, se reúnem e discutem todas estas questões sobre a forma de compreender o homem em sua saúde e doença, de construir conhecimento e fazer clínica na Fisioterapia. Embora seja minoria, apresentam sua contribuição em congressos, semeiam suas idéias em instituições e faculdades e possibilitam o crescimento, em nossa área de conhecimento em direção ao humano e não só à aplicação de técnicas.

[...] O conceito de saúde na visão psicossomática não se define apenas pelo que deve ser evitado, controlado, mas passa pelo que deve ser compreendido no processo de saúde-doença. A dor muscular é sintoma benigno, antes de ser eliminada precisa poder revelar o corpo, seu mundo interno e sua subjetividade, em sensação, emoção, linguagem. Se for eliminada sem permitir integração e consciência perde seu caráter preventivo e de promoção de saúde. Ao comunicar a presença de um corpo que sente, tem conflitos, age, reage, pensa, lembra, esquece, sofre, se movimenta, a dor muscular é um indicador de saúde [...] (BIO, 2003, p.161).

As perspectivas metodológicas destes grupos são variadas, pois entram, no meu modo de compreender, em consonância com o percurso pessoal e profissional de cada fisioterapeuta.

Considero importante a possibilidade de diálogo e de troca, a fim de que possamos colocar em reflexão nossas experiências clínicas e contribuições científicas a partir dos diferentes pontos de vista que podem gerar crítica. Podemos caminhar na Fisioterapia, compartilhando o valor da tradição e o que emerge dos novos questionamentos e reflexões dos profissionais na atualidade. Desse modo, podemos favorecer, em nossa prática clínica diária, **o processo de vida no corpo do ser humano.**

2 A CONTRIBUIÇÃO DO PENSAMENTO E DOS CONCEITOS DE WINNICOTT

Em minha busca para **compreender a natureza humana** na saúde e na doença, encontrei em Winnicott concepções que vieram de encontro às minhas indagações.

Seja qual for o fenômeno humano que esteja sendo considerado, é preciso levar em conta a pessoa total e nesta existem o soma e a psique.

Winnicott (1983) estuda a natureza humana em sua **relação com o ambiente** que facilitará, ou não, o processo de maturação para o desenvolvimento pessoal. Parte do estudo das etapas mais primitivas do desenvolvimento humano observando os bebês com suas mães, as crianças e os pacientes gravemente acometidos por doenças mentais (psicoses), em um período anterior ao que a criança já anda com segurança, período em que Freud localiza a origem da neurose de adultos.

Este ponto de partida é fundamental para compreender a importância que este autor dá ao corpo e à **relação mãe-bebê**. Pois aí está a trama integração psique-soma que fundamentará sua teoria.

Embora Winnicott analise as várias fases do desenvolvimento emocional do ser humano, como as relações interpessoais, a sexualidade infantil, o complexo de Édipo, a teoria dos instintos, a posição depressiva, meu interesse me leva a partir do que ele elabora sobre o desenvolvimento emocional primitivo em relação com o ambiente. Acredito ser este o ponto de sua teoria que alimenta e agrega conhecimentos e mudanças em minha prática clínica.

Embora apresente alguns conceitos de Winnicott em forma de “tópicos” para facilitar o desenvolvimento de minha apresentação, reitero que este autor chegou a estes conceitos a partir de sua experiência profissional. Não é minha intenção utilizar seus conceitos como quadros teóricos abstratos, já que estes emergiram de seu olhar atento no encontro com seus pacientes na clínica pediátrica e psicanalítica.

Winnicott (1990) insiste na necessidade de olhar a pessoa na sua inteireza e na sua saúde e não a partir do patológico. Nomeia os fenômenos de forma justa para que sua metodologia de conceituação caminhe para uma teoria fenomenológica, que não fragmente a pessoa.

2.1 O ambiente e a integração psique-soma

Para Winnicott (1990), o **soma** envolvido por um ambiente e por cuidados vai gradativamente sendo habitado por um psiquismo e, aos poucos, constitui um **corpo vivo** de um homem.

É como se o soma significasse o terreno fértil para se plantar a semente corpo, daí o autor se referir ao **alojamento da psique no corpo**, processo chamado por ele de **personalização**, para descrever a conquista da relação íntima entre a psique e o corpo.

Isso não é tão fácil, pois é uma conquista a ser alcançada e que dependerá não só de fatores genéticos, físicos e funcionais, mas de como este processo se deu, ou melhor, como este “físico/ soma” foi sustentado pelo ambiente que, em primeira instância, é a presença e o colo seguro da mãe. Portanto, também dependerá dos fatores relacionais e emocionais da mãe, ou seu substituto, que oferece ao bebê sustentação, suporte e a possibilidade de favorecer a *continuidade do ser*, o que Winnicott chama de *holding* – centro de gravidade do ser na estrutura ambiente-indivíduo.

2.2 Holding

O *holding* é o sustentar da criança, tanto corporalmente quanto no tempo; é associado à função do esqueleto na sustentação corpórea. Assim, o corpo sustentado pela ossatura constrói oposições à força da gravidade e futuramente alcança espaços e um lugar para sua vida no mundo.

Podemos intuir que, ao pegarmos um bebê, devemos ter o máximo de cuidado para não lhe causar susto no momento de tocá-lo; devemos envolvê-lo de forma a criar um “ninho” que sustente sua cabecinha debruçada suavemente sobre o seu corpo no momento em que o transferimos para um outro lugar. Este gesto mostra o quão frágil é o seu físico. Mas, é a partir desta atitude que podemos compreender, segundo Winnicott, que o psiquismo do bebê, frágil como o seu físico, necessita de uma presença cuidadosa e receptiva que o sustente.

Diz o autor:

A integração também é estimulada pelo cuidado ambiental. Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro. Nestes estágios o cuidado físico é um cuidado psicológico (WINNICOTT, 1990, p. 137).

Esta citação me parece encerrar o cerne do pensamento de Winnicott e sua contribuição fundamental para entender os estágios iniciais do desenvolvimento humano.

2.3 Estágio primitivo do amadurecimento pessoal: estágio de não-integração

Existe um **estágio de não-integração**, no qual o ambiente é que proporcionará a **integração**.

Só depois, aos poucos, é que se pode conquistar um estágio de integração confiável por incorporar e reter as lembranças do cuidado ambiental, as sensações físicas de sustento, de acolhimento, de calor e ritmo da mãe e do bebê. Isso se dá, paulatinamente, pelo encontro pele a pele, mãe e bebê, pela presença viva da corporeidade da mãe, pelo seu corpo habitado por seu psiquismo e com toda as suas demandas de vida, incluindo as demandas de amor que sente pelo seu bebê, ou ódio, em alguns momentos.

Vou me aprofundar um pouco sobre os estágios de não-integração e integração, pela correspondência com algumas situações na clínica fisioterápica.

O autor nos alerta que, a partir do desenvolvimento e amadurecimento, a criança passa da dependência para a independência, começa a ter consciência do cuidado de si, perde aquela ingênua entrega de seu corpo relaxado; pode estar não integrada no colo da mãe, sendo importante que uma criança, para ser saudável, possa vivenciar essa situação. Prossegue em seu desenvolvimento, podendo se sentir relaxada e em descanso, mas com a lembrança do bom sustento vivido anteriormente. Caso este processo não ocorra satisfatoriamente para o bebê, o termo não é mais “não – integração”, mas sim “**desintegração**”, o que pode ser vivido como loucura ou estranheza.

Se a integração não foi alcançada no momento ideal, se foi necessário construí-la posteriormente, já na fase adulta, podemos compreender atitudes e sintomas que algumas pessoas apresentam frente à dificuldade de se entregar e descansar durante e após um trabalho corporal. Porque este “relaxar” é vivido como colapso, morte ou alguma outra sensação de desagrado e estranheza e, por isso, resultam em maior tensão muscular e respiração crispada na tentativa de “solucionar” aquele mal-estar. Isto mostrará também, de forma geral, como estas pessoas se localizam nos contornos e limites de seu espaço físico, em suas peles, na sensação e apropriação de habitar seus corpos e de se sentirem reais. Esta situação se traduz na clínica fisioterápica nas dificuldades e inabilidades em realizarem alguns movimentos e gestos, pois estes não se encontram ancorados na sensação e percepção de si mesmas.

Comumente, por observar em minha prática clínica pessoas com estas dificuldades é que creio importante compreender estas “inabilidades” por este prisma e não somente como uma leitura de coordenação motora, equilíbrio ou rigidez muscular. Faço referência aos dois casos clínicos que citei na introdução e que ilustram esta forma de apresentação física a que denominei “impasse”.

2.4 A Mãe suficientemente boa e a elaboração imaginativa

A mãe deve ser em sua corporeidade uma presença viva, verdadeira e inteira (presença psicossomática). É a mãe chamada por Winnicott (1983) de **mãe suficientemente boa**, o que não quer dizer, em hipótese alguma, perfeita, mas sim real. É importante assinalar aqui que Winnicott coloca como condição para a mãe ser suficientemente boa a sua capacidade de adaptação para se deixar ser usada por seu bebê e deixá-lo ter a **ilusão** de que criou o peito e ela mesma.

E descreve como **amor impiedoso** o fenômeno de o bebê ser amado em todo o seu vigor e agressividade para explorar os objetos, o ambiente e a própria mãe e assim, quando ela suporta e sobrevive à sua vitalidade, ele vive o seu corpo como próprio e não para fora de si. Com esses registros do seu **ser** e em continuidade, cria o mundo a partir de si, o que Winnicott (1983) denomina **gesto criativo**.

O gesto cria o objeto, mas cria concomitantemente o braço ou qualquer outra parte do corpo implicada na ação criativa.

Segundo Winnicott, o sentimento de ser emerge da fusão do bebê com a mãe ou parte dela - o bebê se transforma no seio, na mãe. Nesta relação, com objeto concebido subjetivamente, a partir do elemento feminino puro, funda o ser.

No crescimento do bebê humano, à medida que o ego começa a organizar-se, isso que chamo de relação de objeto do elemento feminino puro, estabelece o que é talvez a mais simples de todas as experiências, a experiência de ser (WINNICOTT, 1983, p. 114).

A partir deste ponto, pode se dar o início de um desenvolvimento emocional primitivo saudável. Pois o bebê “iludido” que criou o peito e sedento para satisfazer suas necessidades encontra com a mãe, com sua corporeidade receptiva e intuitiva e que lhe entrega aquilo que ele acredita ter criado, o peito. E não o contrário, a mãe, “sedenta” por satisfazer a fome de seu bebê, não respeita o momento da sua necessidade, o invade e impede a rica elaboração que o bebê faz.

De uma outra forma, o bebê é estimulado por suas necessidades a uma ação, assistido por sua mãe que o contempla, oferecendo e apresentando-lhe o que ele “criou”, quer seja o seio, o calor, o conforto corporal.

Mas é isso que dará ao bebê a capacidade de constituir o seu **ego** que está **em potencial**, construir uma unidade e tornar-se uma pessoa.

Com esta qualidade de encontro que o bebê teve com sua mãe, a criança ganha unidade corporal na qual as funções foram elaboradas paulatinamente. A esta complexa conquista Winnicott (1990) denomina de **elaboração imaginativa**. Diz o autor:

Emergindo do que se poderia chamar elaboração imaginativa de funções corporais e de todos os tipos e de acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo (WINNICOTT, 1990, p. 46).

E mais adiante, com consciência de ser um Eu separado do não-eu, sentindo-se real e estabelecendo relação com a realidade externa, estabelece-se o que Winnicott chamou de *self* (psique, alma, núcleo da personalidade).

2.5 Objetos e fenômenos transicionais e o espaço potencial

Mas, para que ocorra esta complexa conquista, Winnicott (1983) assinala vários momentos entre o estabelecimento da ilusão e a realidade compartilhada; para isto utiliza conceitos como **apresentação, relação e uso do objeto** (o seio, a mãe) e elabora a rica passagem da onipotência da ilusão pela utilização de **objetos e fenômenos transicionais**, o que possibilita, de fato, o transitar para a **realidade compartilhada**. Um exemplo destes objetos é a fralda, o cobertor, um boneco, objetos que facilitam a “viagem” da criança – para uma terceira área, nem realidade interna e nem externa - da dependência à independência, da realidade subjetiva à compartilhada. E é nesta fase que a criança inicia a capacidade de usar (uso pessoal, capacidade criativa) símbolos. Os fenômenos transicionais abrem para as possibilidades de experiências das crianças para a primeira **possessão não-eu**. “É verdade que a ponta do cobertor (ou o que quer que seja) é simbólica de algum objeto parcial, tal como o seio. No entanto, o importante não é tanto seu valor simbólico, mas sua realidade [...]” (WINNICOTT⁹ *apud* SAFRA, 2005 p. 23).

E Safra observa:

Trata-se de uma concepção do campo simbólico que vai considerar importante não tanto o significado de um determinado símbolo, mas fundamentalmente sua possibilidade de veicular uma experiência, uma vivência. É a função simbolizante que permitirá ao indivíduo seu atravessamento nas diferentes modalidades de estar no mundo: do estado subjetivo à realidade compartilhada (SAFRA, 2005, p. 23).

Winnicott correlaciona o ambiente, que engloba mais que o espaço ou a estrutura, à presença viva e confiante de uma outra pessoa - **presença psicossomática**.

“[...] é preciso lembrar que os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, podemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais [...]”. (WINNICOTT, 1983, p.179)

Com esta citação, chamo a atenção para a presença viva e confiante - presença psicossomática que o profissional deve ter, segundo Winnicott (1975), para

⁹ WINNICOTT, D. W.(1971). *O brincar e a realidade*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

possibilitar um ambiente adequado na situação clínica. E proporcionar o tão fundamental espaço potencial.

O **espaço potencial** é fruto das experiências, dos espaços transicionais, da mãe e do bebê, nas possibilidades de magia, onipotência e sonho. E na “precariedade” deste jogo, em um relacionamento de confiança, **emerge o brincar**.

A característica essencial do que desejo comunicar refere-se ao brincar como uma experiência, sempre uma experiência criativa, uma experiência de continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver (WINNICOTT, 1975 p.75).

[...] verifico que meu presente interesse pela brincadeira, no relacionamento de confiança que pode desenvolver entre a mãe e o bebê, sempre constitui característica de minha técnica de consulta [...] (WINNICOTT, 1975, p.72).

É no brincar que adulto ou criança podem acessar sua liberdade de criação, de busca de seu eu (*self*), tema que retomarei no 5º capítulo.

2.6 O verdadeiro e falso *self* e as doenças psicossomáticas

É o *holding* fornecido pelo **ambiente facilitador** que proporcionará ao bebê atingir várias metas, como a integração, a personalização e as relações objetais e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um ***self* verdadeiro**.

Para ser mais precisa em relação ao uso que faço dos conceitos de Winnicott, eu me volto para o significado que dá ao termo falso *self*, bem como ao significado dado ao termo mente. **Mente**, segundo Winnicott (2000), **é um ornamento** da integração psique e soma e seu surgimento deve ser gradual pela adaptação decrescente que a mãe naturalmente faz com o seu bebê, o que ele denomina **negligência viva**, passando de uma **dependência absoluta** para uma **relativa** por meio da compreensão mental.

Mas, quando a **falha ambiental** ocorreu e não foi possível o amadurecimento e a integração psique e soma e a mente vem usurpar o papel do ambiente, surge o que Winnicott (2000) chama de **falso *self***. A mente fica dissociada do corpo psíquico (elaborado imageticamente). Assim, a ancoragem de si passa a ser a mente e não esse corpo.

O verdadeiro *self*, provido em integração psique – soma, produz um corpo criativo com gesto espontâneo. Este *self* permanece incomunicável e isolado para a garantia da saúde mental; mostra-se presente ao interagir com o meio ambiente mantendo compromissos na realidade externa compartilhada, mas sem a necessidade de submissões nas relações interpessoais.

O falso *self* ocorre na fase de dependência absoluta quando o bebê é, com apenas um potencial de ego, forçado a defender-se demasiadamente de um ataque da **falha ambiental** com uma de suas “armas” que é a **dissociação**. Como isto ocorre por uma má provisão ambiental, toda a conquista de uma integração psique e soma satisfatória, passando pela complexa elaboração imaginativa que, gradualmente, vai dando ao bebê a possibilidade de se sentir real e criativo, fica incompleta; para sobreviver à demanda existencial, o bebê lança mão de uma precoce compreensão mental de suas experiências. É a partir daí que se forma uma personalidade enfraquecida no sentir-se real e espontânea, podendo desenvolver a **despersonalização** que, de uma maneira geral, significa a perda de contato do indivíduo com o seu corpo e funcionamento corporal.

Nesta situação, muitas vezes os sintomas e as doenças revelam esta dissociação e pedem que a psique volte a se relacionar com o soma e se distancie da mente.

Mas é neste momento que, segundo Winnicott (1990), **há uma esperança** de que **a comunicação** seja recebida e surja uma chance para que as forças integradoras tenham êxito.

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: um elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é tremendamente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma (WINNICOTT, 1990, p. 185).

Para a compreensão, segundo Winnicott (1988), dos distúrbios psicossomáticos na criança ou no adulto, é importante a ausência de qualquer doença ou limitação física prévia. Assim podemos examinar o gradual entremesclar do corpo e da psique de uma pessoa e compreender um estudo tão complexo.

Não quero conduzir a prática fisioterápica a um mundo complexo e diferente do que se conhece mas, quero sim, conduzi-la a uma atitude mais atenta e flexível,

que envolve um **corpo** e não somente um soma (corpo anatômico) na existência do paciente.

2.7 A saúde, a doença e a cura

Gostaria de destacar o sentido que Winnicott (1999) dá aos termos **saúde, doença e cura**.

Winnicott estende a possibilidade de saúde para além das ausências de patologias e deficiências físicas e emocionais, portanto claramente perceptíveis. E assinala que há duas formas de pessoas, aquelas que tiveram uma boa provisão ambiental e tendem a aproveitar a vida com saúde, alegremente, e aquelas que viveram experiências traumáticas e decepções ambientais e que serão candidatas à doença.

Mas Winnicott completa:

Existe, no entanto, um grupo intermediário e poderíamos incluir aquelas que trazem consigo a experiência de ansiedades impensáveis ou arcaicas, e que estão mais ou menos bem defendidas contra recordar-se de tal ansiedade, mas que, não obstante, vão usar qualquer oportunidade que se apresente para adoecer ou ter um colapso a fim de se aproximar daquilo que é terrível - e por isso impensável – O colapso raramente leva a um resultado terapêutico, embora se deva reconhecer um elemento positivo no colapso. Às vezes, o colapso conduz a uma espécie de cura, e então aparece de novo a palavra 'saúde' (WINNICOTT,1999, p.15).

Para Winnicott, a fuga em direção à sanidade não é sinônimo de saúde e diz que a saúde é tolerante com a doença.

Neste ponto, gostaria de retornar ao que Winnicott diz a respeito das **doenças psicossomáticas**.

A doença psicossomática é muitas vezes pouco mais que o reforço do elo psicossomático em face da ameaça de rompimento do mesmo; esse rompimento resulta em vários quadros clínicos que recebem o nome de despersonalização (WINNICOTT,1983, p. 201).

Considera como sendo objetivo inconsciente da doença psicossomática conduzir a psique para longe da mente, de volta à associação íntima com o soma.

Ele nos convida a refletir sobre a dinâmica ou situação que se estabelece na relação “doente” e o profissional da saúde, pois o doente, de volta a uma condição de dependência, leva naturalmente o profissional para a posição dos que respondem às necessidades, ou seja, à adaptação, à preocupação e à confiabilidade, cura, no sentido de cuidado.

E sugere que os profissionais se especializem em “**curar - cuidar**”, que é uma extensão do conceito de “**sustentar**” (*holding*), mais do que em “curar erradicando agentes do mal”. Lembra também que apliquemos um tratamento, mas facilitando o crescimento.

Winnicott (1999) diz que o “sustentar” pode ser feito, com sucesso, por alguém que não tenha o menor conhecimento intelectual daquilo que está ocorrendo com o indivíduo, e o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber o que se sente.

Utilizo um fragmento de um texto de Winnicott (1999, p. 106) para destacar, neste caminho que percorro, aspectos fundamentais que vislumbro nesta dissertação.

Devido à vastidão do campo, é inevitável a especialização num sentido ou no outro. No entanto, como pensadores, não estamos dispensados de tentar uma abordagem holística. O que as pessoas querem de nós, médicos e enfermeiros [e dos fisioterapeutas, segundo meu ponto de vista]. O que queremos de nossos colegas quando somos nós que ficamos imaturos, doentes ou velhos? Essas condições – imaturidade, doença e velhice – trazem consigo a dependência. Segue-se que é necessário haver confiabilidade. Como médicos assistentes sociais e enfermeiros (fisioterapeutas, segundo meu ponto de vista) somos chamados a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico), a ter confiabilidade construída sobre nossa atitude geral. (Vou presumir no momento nossa capacidade para reconhecer a dependência e nos adaptarmos ao que encontramos).

3 METODOLOGIA

3.1 Investigação nas Ciências Humanas

A necessidade do estudo do homem, deste tipo de pesquisa, não só é indispensável eticamente, como extremamente necessária num momento de crise da humanização, em que o ser humano perdeu todos os seus centros de apoio, e precisa apoiar-se em si mesmo (BALINT, 1975).

As inquietações e questões que surgiram em minha experiência pessoal e profissional levaram-me a uma posição para escrever este trabalho. Meu ponto de partida é sobre a “esteira” das Ciências Humanas, pelo enfoque da fenomenologia, que sustenta recursos necessários para apresentar a construção de um conhecimento, no contexto da prática profissional na área de Fisioterapia, pela observação e vivência com meus pacientes.

Formulo e delimito um problema que se origina de uma questão que é justamente a concepção de corpo sob o paradigma positivista das Ciências Naturais, freqüentemente utilizadas na clínica fisioterápica, e que não contempla a **subjetividade** e a complexidade da **condição humana**. O que dificulta, a meu modo de ver, **compreender** as demandas tão **singulares**, quanto aos seus **sentidos e significados** no encontro com meus pacientes em seus padecimentos ou adoecimentos.

O caminho que se mostrou mais apropriado para que eu pudesse transitar, conhecer e apontar apenas uma faceta do que me proponho estudar - o corpo na constituição de um si mesmo – foi pelo método clínico, habitualmente posicionado entre as modalidades de pesquisa qualitativa.

3.2 Pesquisa Qualitativa

O método qualitativo (ou compreensivo-interpretativo) tem pouco mais de um século e teve início com a idéia de se criar as Ciências do Homem, em contraposição às já estruturadas Ciências da Natureza.

O homem ocupou-se, na realidade, desde muito remotamente, em compreender o próprio homem, tendo-o como objeto de investigação. Já por muitos séculos esta abordagem circunscrevia-se, contudo, ao campo da Filosofia. [...] Estes estudos do homem surgiram num período em que prevalecia uma forte concepção empirista e determinista da ciência, o que levou os cientistas a buscarem leis causais necessárias e universais também para os fenômenos humanos, consistindo assim num trabalho por analogia, porém, com resultados muito contestáveis e pouco científicos (CHAUÍ, 2004).

Foi principalmente com o período chamado historicismo, desenvolvido pelo filósofo e historiador alemão Wilhelm Dilthey (1833-1911) - um representante da oposição à corrente positivista que se destacou entre aqueles que insistiam nas grandes diferenças existentes entre Homem e Natureza sob o aspecto de objetos de estudo, e que se tornou propícia à concepção das Ciências do Homem. Dilthey considerava a compreensão dos fenômenos humanos como possível somente por meio da denominada experiência vivida. E dizia: “[...] explicar a natureza, mas compreender o homem¹⁰”.

Há uma distinção rigorosa que podemos fazer entre ‘explicar’ e ‘compreender’. O termo ‘explicar’ advém do latim *explicare* que é propriamente ‘desenvolver, soltar’, composto do *ex* (que indica movimento para fora) e *plicare*, ‘regar, dobrar’, dando a idéia de algo que deixa de estar pregado ou dobrado para então se ver suas ligações causais. O termo ‘compreender’, por sua vez, também advém do latim, *comprehendere*, composto de *cum*, ‘com’, e *prehendere* ‘perceber, apreender’, levando-nos a pensar em algo percebido ou apreendido no conjunto (TURATO, 2003, p.184).

Turato (2003) destaca o momento das buscas da área médica para abordar e definir a influência da subjetividade e da relação terapêutica que, com seus sentidos e significados, atuam no processo de adoecimento e cura. E nos lembra a importância do médico e psicanalista inglês Balint, personagem inesquecível da psicologia médica que, com sua sensibilidade, validou a importância e a influência daqueles que se ocupam em cuidar de uma das coisas mais importantes da vida, a saúde. Ele também resgata a necessidade da contribuição de Balint, neste momento de fascínio pela tecnologia médica que obscurece os olhares dos profissionais para tais questões nos *settings* de saúde. Assinala que as contribuições da psicologia

¹⁰ DILTHEY, W.(1992). *Teoria das concepções do mundo: A consciência histórica e as concepções do mundo – Tipos de concepção do mundo e a sua formação metafísica*. Lisboa, Edições 70 [Trad. de Artur Morão].

médica à saúde vêm se mostrando com noções restritas à área clínico-assistencial dos profissionais médicos. E que, modernamente, tem se usado o termo psicologia da saúde para abarcar a complexidade da área da saúde com maior abrangência em seu objeto de estudo psicológico e psicossocial de caráter interdisciplinar, mas que esta, como a primeira, também carrega preponderantemente a atuação de um tipo profissional, os psicólogos. Pontua que embora haja uma vasta literatura sobre metodologia qualitativa aplicada a várias áreas como sociologia, antropologia, educação ou enfermagem, citando as que mais se destacam na utilização deste método, na área de saúde em particular ainda é tímido o uso dos conceitos psicanalíticos e filosóficos, já que é raro encontrarmos uma bibliografia com um significativo referencial. E que, para poder optar por este modo de trabalhar com pesquisa qualitativa em saúde, não é necessário obviamente ser um filósofo e um psicanalista de graduação, bastará ser um intelectual sensível ao convite da filosofia e da psicanálise para conhecer o que de simples e básico oferecem como instrumento de trabalho humanístico de pesquisa.

Tratando-se do uso do método qualitativo aplicado em *settings* de saúde, segundo Turato, é imprescindível ao investigador, acolhendo uma atitude clínica, valorizar a existência das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, bem como as suas. Pois as próprias angústias e ansiedades do pesquisador igualmente o movem para buscar entender as leis das manifestações humanas. E propõe um novo olhar e possível construção de conhecimento para a clínica e para a pesquisa e contribui, assim, com seu trabalho sobre **método clínico – qualitativo**.

É o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em *settings* de Saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentido e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo (TURATO, 2003, p. 240).

Embora encontre em Turato o apoio para conhecer o cenário histórico e filosófico e assim compreender as possibilidades e limites da utilização do método qualitativo, suas concepções epistemológicas e sua utilização e contribuição na área da saúde - o que considero muito fecundo para a clínica e pesquisa na Fisioterapia - encontro também um problema para o continuar acompanhando no que definiu para método-clínico qualitativo, quanto a alguns procedimentos que propõe para compreender sentidos e significados do fenômeno humano.

[...] A partir das atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica – pilares do método clínico - qualitativo, que propiciam, respectivamente, a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo [...] (TURATO, 2003, 243).

Sua proposta, quanto ao pilar psicanalítico, pressupõe a **valorização dos aspectos psicodinâmicos na relação com o sujeito em estudo**. O meu referencial teórico psicanalítico é o pensamento de Winnicott, que assinala que **há fenômenos anteriores ao estabelecimento de uma dinâmica psíquica**. Assim sendo tomar estritamente a posição de Turato torna-se inadequado por gerar um viés em meu trabalho. Winnicott (1983) elabora sua teoria a partir de outro problema, de uma outra observação que se localiza em fase anterior a que Freud elabora a psicodinâmica das neuroses; fase do desenvolvimento emocional primitivo no ambiente – o bebê no colo e cuidado materno de onde emerge a continuidade de ser que é a base da força do ego; fase em que considera, fundamentalmente, a aquisição de um “ser”. Portanto, antes da possibilidade de mecanismos mentais complexos para o “desejar” e o “fazer” como pressupõe Freud na condição de valorização dos aspectos psicodinâmicos, no Complexo de Édipo. (WINNICOTT, 1975).

No entanto, deve ser ressaltada a contribuição de Turato. Estimula percursos, como este que faço, ao afirmar que na área da saúde predomina o pesquisador que se apóia em pesquisas quantitativas, pois estas garantem aceitação, confiança e respeito do ambiente acadêmico; isso ocorre pela hipertrofia de um biologismo festejado pelos profissionais que, em sua formação universitária de cunho positivista, são conduzidos quase que espontaneamente para o raciocínio automático das relações causa-efeito e assim produzem suas pesquisas. Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa organiza-se em contra pronto com a pesquisa quantitativa. No entanto, nesse trabalho utilizo o método clínico que pode ser compreendido como abordagem sobre o ser humano para além do qualitativo ou quantitativo, como veremos a seguir.

3.3 Método Clínico

O método clínico é uma forma de trabalharmos, mais associado a uma **atitude do profissional**, seguindo alguns modelos nos quais os procedimentos poderiam inspirar-se em sua formação teórica e clínica, e não apenas no uso de técnicas específicas.

O método clínico pressupõe a realização da investigação científica do fenômeno humano por meio da interpretação e da compreensão simbólica, buscando o consenso simbólico pelo exercício da criticidade, dentro da relação clínica (REUCHLIN¹¹ *apud* CALIL; ARRUDA 2004, p. 200).

Esta atitude depende de uma formação mais reflexiva, integrada e humanizada que pede, sobretudo, elevar a reflexão filosófica e metodológica do processo de construção de conhecimento e de interpretação.

Calil e Arruda (2004) assinalam a contribuição em alguns pontos referentes à aplicação do pensamento psicanalítico ao método clínico, como um aparato teórico especial que pode enriquecer os procedimentos, bem como a compreensão e análise de resultados propostos por este método, por meio da análise e interpretação dos conteúdos latentes nos discursos manifestos e de outros fatores, como o estudo das relações transferências e contratransferências, os mecanismos de projeção, introjeção e identificação. Não é, porém, a forma psicodinâmica (recurso psicanalítico, uso de símbolo de função representativa) que disponho e desejo para compreender o homem.

O método clínico transita por momentos distintos na história da Medicina, da Psicologia e da Psicanálise (SCHNEIDER, 2002). Tomo, porém uma posição em relação ao método clínico como procedimento dentro da clínica fisioterápica por meio da anamnese, da observação de sinais e acolhimento dos sintomas no encontro terapêutico, como campo de atuação e, finalmente, como área de produção de conhecimento.

Assim, nesta dissertação, permaneço ligada ao campo de pesquisa em ciências humanas, no método clínico, considerando como critério de cientificidade a intersubjetividade e o consenso simbólico na relação sujeito-sujeito.

¹¹ REUCHLIN, M. Métodos na psicologia, 7ed. Lisboa: Teorema, 1986.

Haverá entendimento na medida em que consigamos desenvolver nossa capacidade simbólica, isto é, nossa sensibilidade para com os diversos sentidos, da maneira como se apresentam. É nesse sentido que se fala de uma pessoa sensível como alguém capaz de perceber o sentido em suas mais diversas manifestações. [...] ‘consenso simbólico’ significa ‘fazer sentido junto, de maneira que o sentido de um acrescente aos sentidos dos outros. Por aí também a verdade fica em aberto, como possibilidade de novas descobertas. [...] Não há última palavra no consenso simbólico. Ele continua à espera de mais sentido (REZENDE¹² *apud* CALIL E ARRUDA, 2004, p.199).

Nesta perspectiva, no envolvimento para compreender a complexidade do homem no campo da Fisioterapia, caminho neste estudo com a intenção de perceber e validar os fenômenos na corporeidade para descrevê-los em uma abordagem fenomenológica. No entanto, em minha contínua busca e possibilidade de compreensão da singularidade de meus pacientes, considero fundamental acompanhá-los na sua saúde e doença em sua condição humana.

Em conferência proferida no Simpósio de Psicologia em Cardiologia, em abril de 2007, Safra lembrou que: “A condição humana na corporeidade é consciência de precariedade, é necessidade do outro, é aberta a sentidos e presentifica uma biografia. Neste sentido, e o mal - estar físico não é só funcional, ele está vinculado a estes sentidos”.

Na clínica contemporânea é muito importante voltarmos a atenção para o *ethos* e para a própria condição humana, a fim de que nossas conceituações sejam, justas e compatíveis com o *ethos* humano, evitando dessa maneira uma abordagem do paciente ou do analisando que o leve a um adoecimento ainda maior (SAFRA, 2006a, p.21).

Com esta referência, caminho mais segura para apresentar minhas intenções, indagações e reflexões sobre fenômenos que colhi, ao longo deste percurso no qual caminhei, utilizando como “ferramenta” minha própria sensibilidade e corporeidade para compartilhar, e tentar, re-significar o corpo com meus pacientes, como uma “morada”. Encontrei em Safra (2006a) uma perspectiva que acolhe minhas inquietudes, bem como me possibilita uma compreensão dos fenômenos que observo em minha clínica.

¹² REZENDE, A.M. *A questão da verdade na investigação psicanalítica*. Campinas: Papiros, 1999.

3.4 O Pesquisador como Hermeneuta

A perspectiva nesta pesquisa está assentada na **compreensão e na abertura** para o ser em sua entrada no mundo. “Entrada” esta que, segundo Winnicott (1975), é indispensável à recepção por outro (presente psicossomaticamente), que sustente uma conquista de corporeidade, de um corpo vivo de uma pessoa. Para que assim esta pessoa possa atravessar a condição ontológica humana.

Portanto, assumo por esta perspectiva uma posição ética hermenêutica que segundo Safra (2006a), é fundada no momento que aceitamos o paciente para acompanhá-lo em um processo clínico e, necessariamente, que estejamos eticamente posicionados frente à compreensão como dimensão fundamental da condição humana. “Isso significa que, quando uma pessoa nos fala, ela nos apresenta o seu mundo pessoal e nos coloca em determinadas posições neste mundo” (SAFRA, 2006).

Nessa relação inter-humana é que se dá a possibilidade desta travessia. Safra (2006a) observa que a base para esta travessia está na empatia e na compreensão mútuas. Mas assinala que é muito importante diferenciarmos empatia e sensibilidade de sentimentalismo pois, se podemos acompanhar o paciente com sensibilidade, também podemos dizer **não mais!**

Esta possibilidade de dizer não mais nos coloca em uma posição a partir da qual podemos acompanhar o paciente subjetivamente e nos discriminarmos dele, sem que para isso seja necessária a objetificação do analisando (do paciente, segundo meu ponto de vista - interpolação minha) (SAFRA, 2006a, p.48).

E completa: “Então compreendemos que nossa biografia é diferente da de nosso paciente, mas somos companheiros de viagem pelas intempéries da vida [...]” (SAFRA, 2006a, p.147).

Apesar do vasto escopo de significância, o que interessa aqui é uma discussão menos universal da hermenêutica e, mais especificamente, a aplicabilidade do pensamento hermenêutico em um processo de pesquisa e de interpretação. Para isso, recorro à hermenêutica no que ela tem de mais próximo com a atividade de levar uma obra ao seu destino, tal qual ela pode ser apreendida em toda a sua diferença ou em toda a sua estranheza original (CAVALCANTI, 2002).

Para descrever o modo como trabalharei os fenômenos que observei, parto de uma compreensão *a priori* da condição humana. “Interpretarei”, ou melhor, acolherei os significados e sentidos que meus pacientes apresentaram em suas corporeidades.

Utilizo os termos significado e sentido como preconizados por Safra, (2005). O “significado” do gesto de alguém é compreendido por tudo que uma pessoa viveu até o momento atual; “sentido” é aquilo que a pessoa espera ainda viver, posicionar-se em direção a. Esse autor diz que, quando é possível acompanhar alguém a partir destes dois referentes, a pessoa se sente profundamente compreendida em sua singularidade e como ser em fluxo.

Segundo Safra (2006a), encontramos habitualmente no mundo ocidental duas noções fundamentais sobre os símbolos. A concepção mais disseminada compreenderia o símbolo por meio de função representativa. Esta concepção entende o símbolo como um sinal que faz referência a um objeto ausente; os trabalhos em Psicologia e em Psicanálise, na maior parte das vezes, são fundamentados a partir desta perspectiva. Segundo a teoria psicanalítica, é a partir do momento em que um indivíduo pode suportar a ausência do outro, suportar a não satisfação do desejo, é que haveria o acesso à representação e que o discurso nos possibilita essa alternativa. Uma segunda noção de símbolo foi estudada por filósofos e psicanalistas por volta da década de cinquenta do século passado; descreve e nomeia o símbolo como **apresentativo**. Safra refere que Susane Langer (1941–1953) nos ensina que os símbolos apresentativos também são de grande complexidade e sofisticação intelectual e que apareciam com maior frequência nas artes, mas estão presentes no cotidiano de todo ser humano. Estes símbolos utilizam, basicamente, a linguagem plástica, mas podem também fazer uso das palavras. Sua função não é representar, mas sim **apresentar**. Propicia uma experiência de um saber não-intelectual. Frente ao símbolo apresentativo se tem um tipo peculiar de experiência estética (SAFRA, 2006a).

Para este autor, os símbolos apresentativos são importantes por sua composição orgânica, pois são criados a partir da corporeidade humana; trata-se de uma articulação orgânica de experiências estéticas. Estes símbolos apresentam as sensações, as diferentes experiências de estar vivo; abrem a possibilidade de ser por meio de qualidades de pulsação e guardam relações com a corporeidade da pessoa.

O ser humano estende seu corpo, transfigurado pela elaboração imaginativa, sobre o mundo e desse modo semantiza, organicamente, suas experiências pessoais e existenciais. Por esta razão o símbolo apresentativo mostra-se vivo, proporcionando uma experiência a quem entra em contato com ele, veiculando uma concepção a respeito da vida, da existência e do mundo humanos (SAFRA, 2006a, p. 44).

Segundo Safra, embora Winnicott não tenha abordado, explicitamente, a questão dos símbolos apresentativos, reconhecia que as organizações simbólicas na materialidade têm um valor em si importantes não só porque representam, mas também pelo fato de **possibilitarem uma experiência**. E quando Winnicott se referia às questões relacionadas aos objetos e fenômenos transicionais, era importante não só a representação, como a mãe, mas sim como veículo de um processo. Uma outra questão que Safra (2006a) correlaciona às questões dos símbolos apresentativos é a capacidade do profissional ter acesso a eles para compreender seus pacientes, o que, de certa forma, Winnicott (2000) já assinalara como a importância da presença psicossomática do terapeuta.

Caminho nesta dissertação, refletindo sobre os sentidos e significados que pacientes me apresentam. Suas queixas, suas formas físicas, seus movimentos, suas dores e sensações, suas falas lançam-me questões, respostas e muitas vezes direções.

É neste “espaço potencial” que relato alguns momentos de alguns destes processos clínicos nos quais, agora sei, fui guiada pelos símbolos do corpo.

Relatarei apenas fragmentos deste “acolhimento”, e que me conduziram a uma adaptação e, não, a algum tipo de “técnica”, o que será trazido no próximo capítulo.

4 O CORPO E SEUS REGISTROS ESTÉTICOS: APRESENTAÇÃO CORPORAL NA SITUAÇÃO CLÍNICA

Como Winnicott (1999) nos diz, o nascimento biológico não assegura ao ser humano sentir-se uma pessoa real e presente frente aos outros. Ter uma unidade e **se sentir real** é uma aquisição que depende, fundamentalmente, da recepção de alguém. Portanto, esta é uma **aquisição interpessoal**.

Num ambiente que propicia um 'segurar' satisfatório, o bebê é capaz de realizar o desenvolvimento pessoal de acordo com suas tendências herdadas. O resultado é uma continuidade da existência, que se transforma num senso de existir, num senso de Self, e finalmente resulta em autonomia (WINNICOTT, 1999, p.11).

Já no útero o bebê vivencia sensações advindas de ritmos e sons da mãe, das ondulações da musculatura lisa e estriada, das batidas cardíacas, do ritmo da respiração, o que gera uma marca, uma memória sensorial. O movimento do corpo da criança ganha pelo seu desenvolvimento modulações e gestualidade que são banhadas por qualidades de sons, cheiros, cores e temperaturas Winnicott (1975).

Segundo Winnicott (1975), podemos observar nos bebês diferentes tonicidades, uns mais quietos e calmos, outros mais agitados. E se tudo caminha bem, a mãe adapta-se ao ritmo de seu bebê por um processo de identificação ou, como diz Safra (2005), por meio de uma apreensão estética. Este fenômeno não é pensado e sim sentido e isso permite que o bebê seja bem recebido pelo mundo, em uma linguagem pré-verbal que o ampara e o protege da gravidade. Dessa maneira, o bebê vive no corpo presente e silencioso da mãe, lugar de repouso e de serenidade que virá a se tornar o seu próprio lugar e o seu corpo mesmo.

O bebê, quando recebe a hospitalidade e o suporte (os braços e o colo), tem protegida sua precariedade frente à ação da gravidade; vive uma experiência de lugar, inserindo-se no mundo por espaços que acolhem. Ele conquista assim uma unidade e registra suas experiências de si mesmo.

Mas o bebê pode vivenciar sensações de queda sem fim ou de dispersão de si e esta é a experiência de horror, é o corpo horror. Winnicott (1983) refere que as ansiedades originárias dos estágios iniciais se relacionam com a ameaça de

aniquilamento. E diz: “A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila [...]” (WINNICOTT, 1983, p. 47).

Estas experiências sensoriais não são mediadas pelo psíquico ou pelo mental, estão presentes desde o início da vida e darão condições para que o homem se constitua no mundo a partir destes **registros contínuos do seu ser**. E como Winnicott nos diz, criar o mundo a partir de si é um gesto criativo.

A possibilidade de ação cria a mãe, o *self*, o gesto e o mundo do bebê.

O corpo do bebê é marcado esteticamente pelo corpo da mãe: as significações das zonas erógenas, organizando a vida instintual e a vida erótica (potência sexual), a agressividade, a vontade. Estes importantes aspectos se constituem paralelamente ao *self* e têm origem na ação da musculatura estriada; proporcionada pela presença do outro, propicia uma oposição gerada pelo impulso do bebê no corpo da mãe, favorece a motilidade (movimento) que possibilita à criança diferentes modos de estar no corpo e, mais tarde, no mundo. E nesse fluxo surgem possibilidades de compartilhar a vida com a realidade externa e relacionar-se ao estar vivo. E isso para Winnicott é criatividade. “[...] A criatividade, então, é a retenção por toda a vida de algo que pertence exatamente à experiência do bebê: a capacidade de criar o mundo” (WINNICOTT¹³ *apud* ABRAM, 2000, p.89).

Sendo assim, existem pessoas com possibilidade de sentido de gesto e que conseguem projetar o seu corpo sobre a existência. Sua corporeidade foi constituída, favorável ao processo de personalização, registrando qualidades que significam sua vida.

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes, e de fato a tarefa da mãe de proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer [...] (WINNICOTT, 2000, p. 228).

Mas este encontro pode não favorecer o *holding* para uma boa integração psíquica – soma e um bom processo de personalização (uma constituição de um si mesmo). Para estas pessoas o corpo não é lugar de encontro e vivacidade que permite um transitar pela vida para encontrar sentidos e significado e passam por situações de forma rasa, sem peso, sem forma, sem continentes, sem valências afetivas. Este corpo torna-se funcional e não pessoal.

¹³ WINNICOTT, W. (1970). *Living creatively*, pp.39-40.

Quando não existe a possibilidade de suporte, o bebê é jogado para um mal infinito, para uma queda sem fim. Ele vivencia um despedaçamento e perde o contorno de si, perde o seu lugar, ficando em um desalojamento absoluto, o que pode levá-lo a ansiedades psicóticas.

Mas como vimos anteriormente, defesas e adaptações são construídas quando o *holding* não favoreceu o estabelecimento *do self* e várias formas da constituição de si, de corpo, surgem e se expressam em um estilo e uma forma única de ser.

E nos alerta Winnicott (1990 p. 144): “[...] Existem ansiedades psicóticas subjacentes às perturbações psicossomáticas, ainda que, em muitos casos, em níveis mais superficiais, possam ser percebidos claramente os fatores hipocondríacos e neuróticos [...]”.

4.1 A contribuição do pensamento e considerações de Safra

O que se observa é o aparecimento do self, nos diferentes sentidos da realidade, em formas orgânicas. Nelas, as vivências de um indivíduo e seu estilo de ser constituem-se esteticamente. O self se constitui, se organiza, se apresenta por fenômenos estéticos (SAFRA, 2005, p. 26).

Afirma Safra que o uso dos **símbolos estéticos** que veiculam ao *self*, um **modo e estilo do ser**, constituídos a partir de **registros estéticos**. E diz que os símbolos orgânico-estéticos veiculam o sentir, o ser, o existir e apresentam (e não representam) uma articulação orgânica de experiências estéticas. Tal registro estético tem uma configuração no campo sensorial, que pode estar aparentada com o estilo de ser de alguém.

Aqui é preciso distinguir o registro estético que é aparição, do estilo pessoal daquele que é decorrente da estética massificada e impessoal. Esse fenômeno é comum em nossa época. A estética massificada nada tem de pessoal e de revelação de estilo de ser de alguém [...] Evidente com esse uso a coisa torna-se objeto de consumo e perde seu estatuto ontológico (SAFRA, 2004a, p.94).

Suas concepções amparam minha observação clínica sobre a apresentação física de meus pacientes. Há neles diferentes “pulsações” (vivacidade ou não) dos

encontros que viveram, e que agora vivem comigo, refletidas em suas formas, gestos, movimentos, expressões e falas. Safra diz: “E a dimensão do gesto e dos registros estéticos de uma pessoa dá a ela ou não condições de expressões criativas no mundo” (SAFRA, 2005).

A isso ele denomina um **estilo de ser** que apresenta a singularidade da pessoa, considerando ainda as influências de sua etnia, seu grupo familiar, social e cultural. Safra complementa que com um **bom encontro** estético, encontro no qual a presença de um outro me afeta, gerando mudança e adaptação às necessidades, há a possibilidade do estabelecimento de uma **ética do ser** e é nesta ética que o indivíduo passa a conhecer o que é bom para o seu vir-a-ser e para o seu **alojamento no mundo**. Em “A face estética do *self* “ diz: “Não se deve pensar o *self* como uma organização mental, ou como uma representação de si mesmo, mas como o indivíduo organiza-se no tempo, no espaço, a partir de sua corporeidade. O *self* se dá no corpo, *self* é corpo (SAFRA, 2005, p.144).

Acrescenta que um indivíduo pode repetir inúmeras vezes uma ação, um gesto, até que ele possa acontecer no mundo na companhia de outros humanos.

Assinala as várias maneiras de sofrimento por “fraturas éticas”, visto que estas acontecem, freqüentemente, em uma situação originária, na relação primitiva da mãe com seu bebê. No entanto, do ponto de vista da clínica, é muito importante reconhecermos que esta “fratura ética” pode ter ocorrido em momento posterior da vida. Estas “fraturas” podem decorrer de fenômenos sociais (étnicos, culturais) e também acontecimentos ontológicos; fenômenos que rompem a possibilidade de o ser humano habitar eticamente o mundo. Mas pontua:

Nas formas de sofrimento contemporâneo algo que temos a possibilidade de testemunhar, com muita freqüência, são problemas de alojamento no corpo. Na atualidade o corpo, tal como é veiculado culturalmente, nos remete muito mais ao funcional do que ao existencial (SAFRA, 2006a p 48).

Pois o corpo demanda organizações rítmicas, temporais e espaciais que sejam aparentadas com seus ritmos e dimensões. A estética decorrente do mundo digital e das máquinas leva a uma forma de adoecimento em que o corpo deixa de ser um lugar de alojamento da psique.

Reitero então uma perspectiva clínica na Fisioterapia que contemple as condições necessárias para o estabelecimento desta ética do ser que se assenta no próprio corpo das pessoas como um *a priori* a qualquer técnica ou procedimento.

Portanto, o corpo que é para além do *soma* e sim a conquista de um *self*, merece, do meu ponto de vista, ser **o lugar** que alimenta e direciona o olhar e a atitude do profissional que, guiado pela ética do ser de cada paciente, o aborda por meio de uma presença viva e, possivelmente, confiável.

Hoje posso compreender as demandas “corporais” de um outro lugar. Lugar de abertura para o encontro, de acolhimento dos significados e da singularidade, de possibilidades e sentidos, de acompanhar um momento de uma trajetória favorecendo, concomitantemente aos meus recursos terapêuticos e técnicos, um restabelecimento “físico” que **suporte a colheita de pulsações das experiências**, passadas e presentes, e seus desejados re-significados.

Esse efeito estético apresenta perspectivas, modos de ser e, principalmente, comunica o modo como o paciente é afetado pelo sofrimento. Comunicamos nossos sofrimentos falando sobre eles e apresentando-os esteticamente a fim de que o Outro possa nos compreender [...] (SAFRA, 2006a, p.154).

“No modelo clínico, interpretarmos o fenômeno corporalmente e não, simplesmente, teoricamente. Isto é deixar-se afetar com rigor: é a colheita de experiências, é o sentido existencial, é o trânsito pela vida, é a construção de sentidos”. (Informação verbal)¹⁴

Trarei algumas vinhetas clínicas que são exemplos desta presença mais atenta e adaptada que acolhe os sinais e sintomas físicos - uma leitura estética da maneira como a pessoa se aloja no corpo e no mundo - para integrá-los na história da pessoa e a partir daí caminhar rumo a uma intervenção corporal que, de modo geral, é guiada pela sensibilidade de escuta, de olhar e toque, direcionada para o restabelecimento, *a priori*, da condição humana. Dessa maneira, como compreendo, se favorece o êxito do clinicar.

Os símbolos do *self* articulam-se em imagens, em objetos recortados na materialidade, apresentando os enigmas da vida do indivíduo e também seu estilo de ser. Em decorrência da constatação deste fenômeno, amplia-se a possibilidade de intervenção do analista **[incluo o fisioterapeuta – interpolação minha]** no campo clínico (SAFRA, 2005 p. 31).

¹⁴ Nota obtida em aula de SAFRA, Gilberto. Edith Stein – Estrutura da Pessoa Humana, PUC SP 07/05/2005.

4.2 Diferentes registros estéticos na constituição do si mesmo: vinhetas clínicas

Descrevo agora em vinhetas alguns fenômenos que me foram apresentados. Faço uso de alguns adjetivos ou “situações” na tentativa de criar imagens, metáforas, que me aproximam de maneira fiel e justa, a cada caso, ao apresentá-los. Mas que também se aproximam das sensações e percepções que me foram geradas a cada encontro com estes pacientes.

As vinhetas clínicas apresentadas não têm por objetivo expor, em detalhe, a avaliação física e/ou a seleção de técnicas. A proposta da apresentação destes fragmentos clínicos remete à questão que levanto nesta dissertação e que é a observação de um **corpo vivo**, segundo as elaborações de Winnicott, e às adaptações aos procedimentos e recursos terapêuticos que construí ao longo de minha experiência profissional para contemplar a complexidade e vivacidade nas apresentações físicas de meus pacientes. Esta proposta remete, portanto, para um **cuidado ético**.

4.2.1 O Corpo “Procurado”

João, 32 anos, procurou-me por apresentar tendinite em cotovelos e punhos pelo excesso de atividades físicas que vinha realizando como tênis, musculação, esteira e bicicleta. Relatou-me que havia perdido mais ou menos 20 kg em poucos meses (sempre se achou gordo). Assim, este paciente chegou para tratar a dor que o impedia de voltar a jogar e conseqüentemente de manter o seu peso. Logo no início do atendimento notei sua preocupação com a aparência física; buscava sempre o espelho, certificando-se de sua forma e contorno. Havia porém pouco interesse e contato com as propostas e vivências dos exercícios. Eu sentia uma certa dificuldade para evoluir as sessões que com frequência eram interrompidas pela sua dispersão e desatenção. No início isso me incomodou, depois fui percebendo que esse era o “jeito” do paciente frente às atividades físicas que não eram prazerosas (diferentemente do que gostava, como uma partida de futebol

seguida do encontro com amigos para um lanche), mas que de certa forma estavam cuidando para que ele não descuidasse de seu corpo, de seu peso...

Embora o nosso objetivo com o tratamento fisioterápico fosse tratar da dor para que ele pudesse participar de campeonatos e torneios esportivos, aos poucos pude observar a grande questão entre a sua oscilação de peso e de suas atividades físicas e, conseqüentemente, o surgimento ou manutenção de lesões.

Durante a evolução do tratamento (em torno de 6 anos), João se apresentou em diferentes formas físicas, magro, “engordando” e obeso (oscilando de 70 kg a quase 100 kg), sem demonstrar, no entanto, preocupação do que vinha lhe ocorrendo.

Acompanhei a falta de seu objetivo quanto ao tratamento, o contexto havia mudado e ele continuava vir às sessões sem pedir ou dar novos sentidos quanto ao tratamento ou à sua condição física.

Tive então que pontuar e tentar correlacionar a relação do peso com o estilo de vida que vinha mantendo e buscar qual seria então o nosso caminho. Que relação poderia haver, que sentido poderíamos percorrer já que algo o mantinha ali sob meus “cuidados”.

O que quero registrar aqui são fragmentos deste processo clínico que apontou para uma **busca de corpo, na justa medida** que pudesse conter seu estilo de vida em uma forma mais estável e confortável (“peso”) e a possibilidade de acompanhar os sentidos e os significados desta escolha.

Assim, nosso trabalho clínico centrou-se, basicamente, no acompanhamento de suas tentativas de encontrar este equilíbrio entre o cuidado com corpo, no que se referia ao seu preparo físico para realizar uma atividade física adequada e prazerosa, e suas necessidades e vontades alimentares que incluíam sua vida social.

Continuei o atendimento, sempre numa atitude de acompanhar sua busca de adequação e equilíbrio entre seu corpo, sua saúde e seu estilo e modo de ser. Eu utilizava todos os procedimentos e recursos corporais que pudessem proporcionar contato e consciência corporal para reeducar posturas e movimentos que o auxiliassem em seu percurso para encontrar uma atividade física confortável e eficiente quanto ao controle de seu peso. Embora nesta fase do tratamento ele se encontrasse fora de seu peso “ideal”, conseguia direcionar atenção e compreensão às propostas de vivências e exercícios corporais. Conseguia perceber e relatar as

mudanças de peso e correlacioná-las a seu momento de vida, seus hábitos e escolhas – é digno de registro que estas “mudanças de peso” ganhavam um sentido e significado em concordância com a sua vida e principalmente com suas escolhas. O corpo não era mais aquela “bomba” inflável à deriva de qualquer correlação, mas sim o lugar que refletia o peso e a forma de um modo de viver, agora no controle de suas mãos.

É digno de registro também que, a partir desse momento, o paciente relatava a alegria de sentir que não devia nada a ninguém, se ganhava, perdia ou mantinha o seu peso, era tudo por sua conta e dizia: “eu não devo nada a ninguém”. Este foi um dos momentos mais significativos no processo clínico, pois foi quando mostrou um trânsito livre e autêntico em sua vida por meio de escolhas que eram experienciadas em um corpo vivo, e não mais aquele “controle estanque” sobre um peso e uma forma de um “objeto” que aparecia em seu cotidiano. **O encontro de um corpo vivo.**

4.2.2 O Corpo “Defendido”

Elizabete, 51 anos, veio ao meu consultório indicada por um médico angiologista porque se queixava de incômodo peso e dor em seus membros inferiores. Relatou que o médico indicou medicação antiinflamatória e não havia necessidade de intervenção cirúrgica em seu sistema circulatório venoso. O encaminhamento médico era para que, por meio do tratamento fisioterápico, ocorresse a melhora de seus sintomas por meio de uma reeducação postural.

Em nosso primeiro encontro para a avaliação, a paciente chegou, ao subir as escadas, muito ofegante e cansada. Motivo que me fez, de imediato, direcionar meu olhar para sua condição física geral antes de colher sua história (anamnese); relatos de sedentarismo e uso de cigarro de longa data fizeram-me certificar se seus exames de rotina e acompanhamento em outras especialidades médicas estavam em dia. Segundo a paciente, estavam.

Iniciei o meu modo de trabalhar, como já citei anteriormente, que é contextualizar, ou melhor, facilitar a localização da pessoa em seu corpo nas condições naturais da sala de atendimento pois assim conseguia observar melhor

seu estilo e maneira de se mover, posicionar, mudar de posições, respirar, falar, bem como sua capacidade de perceber e sentir o seu corpo e seu estado geral enquanto experienciávamos aquele início de tratamento.

Mas, o que aconteceu é que, mesmo com todo este procedimento que, *a priori*, facilitaria minha conduta para abordar a paciente, deparei-me com mais uma forma de “impasse”. A paciente parecia que ia “explodir” tal como uma panela de pressão: ombros enrolados para frente e presos para cima (“quase encostados nas orelhas”), peito estufado (tal como uma “bisnaga” de creme dental quando se aperta sua base) e seu ritmo respiratório a lembrar o “chiado” de uma panela de pressão. Fez-me parar e expirar profundamente.

Assim, fui utilizando a própria imagem da panela de pressão, ao abrir a válvula, para conduzir uma forma para que ela expirasse, eliminasse o ar devagar e de acordo com a sua possibilidade. Neste momento, senti o quanto havia de tensão e rigidez em seu corpo.

A impressão que tive foi que todas as propostas de exercícios e vivências teriam que partir do pressuposto de não “apertá-la”. Dizendo de outra forma, não realizar movimentos que de alguma forma “dobrasse” um segmento corporal sobre o outro, como uma flexão anterior da cabeça ou do tronco. Fui assim seguindo com propostas de imagens, movimentos e toques que levavam à possibilidade da paciente “decantar”. Dizia a ela: “Sabe quando mexemos um copo de água com açúcar e aí fica tudo agitado? Então, vamos dar um tempo para que o açúcar chegue no fundo do copo até parar a agitação da água”. Com isso, intuía que ela pudesse, aos poucos, “aterrar”, “decantar”, quer fosse na cadeira, no chão ou em seu próprio corpo.

Depois, ao longo do tratamento, aos poucos fui convidando-a a realizar pequenos movimentos articulares nos tornozelos, artelhos, punhos, dedos e todas as outras articulações, como se fôssemos uma “marionete” toda articulada. E dizia: “Até o tórax, o peito e as costelas têm pequenos movimentos e podem participar desta “dança da marionete””.

Assim, depois de muito tempo, consegui oferecer alguns posicionamentos para que ela pudesse receber toques, manobras e leves alongamentos com “possibilidades” de relaxar seus músculos e seu corpo. Porém, foi neste momento, quando pude tocá-la, que percebi a enorme “armadura” que envolvia seu corpo, a grande pressão interna de seu tórax, além do inacreditável relato de que ela não

sentia ou percebia sua tensão muscular e sua dificuldade respiratória e nem mesmo correlacionava este fato a algum incômodo ou questão. Tudo parecia estar “bem” e “agradável”. Mas minha sensação, claramente, era que havia um distanciamento, uma “barreira impenetrável” que impedia as sensações e percepções que podem emanar do trabalho corporal. E com isso, a dificuldade em perceber o próprio corpo com tamanha defesa em que este se encontrava.

Este processo clínico foi longo o suficiente para que eu tentasse diferentes maneiras e formas para “permeabilizar” o seu corpo, intercalando recursos terapêuticos, demasiadamente sutis e outros densos e vibrantes. Mas algo muito mais forte se impunha e só dava a oportunidade de eu me aproximar e constatar sua presença – a capa protetora, o corpo defendido.

Dessa forma, acompanhei seu processo, testemunhando e me envolvendo com a possibilidade de “lampejos” de alguma pequena abertura. Nestes momentos o seu corpo (tal qual a panela de pressão quando desligada fica ainda a “chiar”) vibrava em ritmo acelerado no peito e na respiração. E eu, cuidadosamente, tentava abrandar o “fogo” e abrir espaços para ventilar.

4.2.3 O Corpo “Sem Fronteira” ou “Desabilitado”

Luiza, 50 anos, chegou em meu consultório dizendo que, por ter encontrado um material impresso do meu trabalho, no qual explicitava cuidados com o corpo, pressentia que eu poderia ajudá-la.

Iniciou seu relato com queixa de dor em quadril, dificuldade de coordenação motora, um cansaço muito grande, corpo dolorido e cabeça pesada. E disse: “É muita exaustão, falta de energia...”; “Eu me arrasto para andar” ;“Preciso conhecer meu corpo para me equilibrar”. É digno de registro que esta segunda fala da paciente foi seguida por um gesto que sugeria “recolher” ou “amontoar”.

Mais do que nunca, senti que precisava contextualizar a presença de seu corpo já em nossa primeira sessão, propiciando sua percepção corporal no assento da cadeira, enquanto conversávamos.

Seu relato girava em torno de suas tentativas de ficar bem, de se conhecer e de se tratar adequadamente para ter uma boa qualidade de vida. Sentia que nunca

tinha um “lugar” e que ficava com a sensação de ter que fazer, correr, buscar e mesmo assim sempre com a sensação de que estava “atrasada” em suas buscas de auto-conhecimento e equilíbrio.

Logo no início, quando apresentei as possibilidades do meu trabalho de cuidado ao corpo que incluía o alívio das dores e do cansaço, mas que para isso era necessário, primeiro, habitá-lo, ela sorriu e disse: “É isso! Preciso habitar em meu corpo”.

O trabalho seguiu os procedimentos, que já havia adotado, de percepção, contato e consciência global – presença corporal. E, ao contrário de outros casos, a sensação que a paciente relatava a cada proposta de vivência e exercício era de encanto e bem-estar, de alegria mesmo. E dizia: “Nunca pensei que pudesse sentir assim... E completou: “o corpo todinho junto, todo redondinho!”

Mas, na sessão seguinte, relatou que, embora a dor tivesse aliviado, ficou sentindo durante toda a semana uma “coisa esquisita” e comentou: “Uma estranheza no corpo” por ele ficar sem tensão. E também sentiu vontade de ficar quieta, mais em silêncio. Perguntei: “Isso é ruim?” E ela: “Não, é novo”.

Neste primeiro momento, o trabalho foi em direção a favorecer recursos corporais para protegê-la dos excessos e desgastes que determinadas formas de se posicionar e caminhar acarretam, como: sentar-se sobre um lado do quadril, parar com os joelhos muito estendidos, caminhar projetando a cabeça para frente como se ela direcionasse o movimento e etc. Com isso, relatou um alívio do cansaço, mas as dores ainda persistiam. E suas percepções eram bem peculiares: “Ainda dói o quadril e o ombro, mas está tudo aqui, junto com o meu corpo”. E completou: “Sinto que melhorei o apoio dos meus pés no chão e isso ajuda a descansar, mas o tronco e os braços parecem amarrados...”.

Neste momento, interfeiri: “Então, vamos devagar, não precisamos soltar tudo de uma vez...” pois pressentia a utilidade de tanta tensão. E ela continuava a trazer questões: “Quando eu falo, parece que o que eu digo não sai de mim, vai e volta para todos os lados. Falo muito, mas sinto que não comuniquei o que eu queria; fica esparramado”.

“Falar implica a possibilidade de habitar, imaginativamente, as cavidades e o interior do corpo [...]” (SAFRA, 2005, p.121).

Um dia disse ao chegar: “Agora, falando pouco, sinto que comunico e ‘controlo’ o que sai de mim”, “é uma fala encontrada”. E me perguntou: “Você

entende?” Digo: “Completamente...” E a paciente completa: “Tenho dificuldade para escrever, mas venho notando que está mais fácil porque estou escrevendo o que penso e quero comunicar“. De vez em quando me indagava: “Você entende o que está ocorrendo? Tá tudo aqui...”.

Este caso é muito interessante, pois a questão corporal e o tratamento logo se mostraram no cotidiano da paciente que conduzia sentidos e significados muito agregadores para sua vida. E o que ela dizia ser mais importante era perceber que sabia que tinha possibilidades... “[...] um saber sobre o *ethos* tanto em decorrência das necessidades éticas contempladas, quanto em decorrência de um *ethos* que foi fraturado” (SAFRA, 2004a, p. 122).

Este caso fica bem ilustrado pelas palavras de SAFRA:

[...] a falta de lugar é a falta da possibilidade de ter construído morada junto a alguém significativo. É habitar no nada, no infinito sem rosto humano, é estar sempre em trânsito, sem espaço para o descanso [...]

[...] O ser humano precisa apropriar-se do espaço no mundo. A dimensão criativa do ser humano, que se constitui no gesto, dá ao indivíduo a possibilidade de tomar o espaço como elemento participativo do self (SAFRA, 2004a, p.92-94).

4.2.4 O Corpo “em queda”

Citei na Introdução duas vinhetas clínicas – Caso A e B (nas páginas 12 e 13) que contêm as reflexões sobre os registros estéticos, contidos neste tópico. Gostaria que o leitor se reportasse a elas para acompanhar esta apresentação.

Nestes casos, a demanda física vem com queixas localizadas, mas a maior demanda é o cuidado e a prevenção corporal de uma maneira geral. Estas pessoas se preocupam com o cuidado que devem ter com o seu corpo para não adoecerem.

Aqui, quando o trabalho corporal pede a percepção global e consciente de si, por meio de falas, toques e manobras, e principalmente se isto solicita um certo relaxamento, é comum surgirem reações corporais como inquietação, tensão e dificuldade em dar continuidade ao trabalho. Esse fenômeno ou acontecimento pode ficar consciente ou não para a pessoa que o vive; e o que para mim é importante, é a sensibilidade para perceber, **acolher e aos poucos comunicar o que se**

apresenta. Observo que o trabalho corporal aciona e revive a condição, muitas vezes, pouco segura, que aquele corpo experienciou.

4.2.5 O Corpo “Perdido/ Interrompido”

Neste caso, a comunicação por perguntas e respostas a respeito do que se sente e percebe no corpo é quase impossível. Há uma enorme dificuldade em relacionar sensações, percepções, sentimentos e pensamentos. Geralmente a procura pelo cuidado corporal é demanda de alguém da família e não da pessoa que ali está.

Estou me referindo à esquizofrenia que, de acordo com a fase e intensidade, envolve um “corpo coisa” que repete e realiza o que se pede.

Rodrigo, 31 anos, chegou em meu consultório de uma forma não convencional. Tocou a campainha e, acompanhado por um moço, não conseguia dizer pelo interfone à secretária o que queria. Falava frases interrompidas como: postura, coluna, jornal, até que pude entender que era a respeito de um anúncio de palestra gratuita que eu havia feito pelo jornal com o tema: “Adote Seu Corpo”. Observei e percebi o rapaz muito tenso e não conseguindo dizer muita coisa, até que disse: “problemas na coluna”. Comecei a falar do meu trabalho, já que Rodrigo não conseguia formular o que realmente procurava. Disse: “Sou fisioterapeuta e trabalho com o corpo de várias formas; o corpo é, mais ou menos, um ‘fio terra’”. Não sei bem por que disse isso, mas senti que era uma maneira de me aproximar dele e foi o que intuí que talvez procurasse. E ele só me dizia que queria tratar a coluna, pois diziam que ela estava “curva”.

Na primeira consulta, o rapaz compareceu acompanhado. Quis saber um pouco mais sobre a sua saúde física, se passara por algum problema mais sério, alguma cirurgia, se tomava alguma medicação, tão grande a “estranheza” que percebi nele. Mas o acompanhante não prolongou o assunto, dizendo, simplesmente, que ele havia passado por uma “crise” e que agora estava bem.

Como de rotina, num primeiro contato fiz o que, metaforicamente, chamo de “inventário corporal”, que é o relato de todo tipo de experiência e acontecimento que o indivíduo passou com o seu corpo como: nascimento, desenvolvimento, quedas,

fraturas, entorses, atividade física etc. Mas não consegui muita informação, só que a procura pela Fisioterapia era por conta da postura que estava muito “arcada”. O acompanhante retirou-se da sala e me vi com Rodrigo para uma avaliação física.

Ele apresentava postura muito cifótica (em fechamento, ombros enrolados para frente), a cabeça baixa e o olhar sem foco. Não tive como avaliá-lo dentro de minha rotina (ainda muito “afetada” por uma perspectiva biológica). Não o olhei detalhadamente, não pedi que trocasse de roupa, não usei o espelho e não o toquei.

Senti e percebi que seria demais para aquele moço o toque ou qualquer avaliação para correção. Comecei então a lhe mostrar figuras e fotos do corpo humano, ossos, músculos, tendões e órgãos. Fui explanando coisas sobre o corpo humano como estrutura dos ossos, força de músculos, movimento das articulações e proteção de órgãos. Assim foi nossa primeira sessão.

Durante meses não tive coragem de tocá-lo. Comecei de forma com que ele tocasse seu próprio corpo. Em uma das sessões, mostrei os ossos na figura e disse que podíamos ouvir o som se o percutíssemos.

Então, como sempre faço, utilizei metáforas que possam ajudar na compreensão e reconhecimento do corpo e realização de movimentos. Também disse que o som se propagava melhor no sólido, no chão e também nos ossos - comentei sobre uma informação que tive que a palavra hebraica para “osso” (*etsem*)¹⁵, significa algo como: “**Eu sou**” (como também “próprio” ou “essência”, refere-se espiritualmente ao âmago do nosso ser e fisicamente ao centro da estrutura do corpo). Rodrigo me olhou nesse momento mas, ao pedir que percutisse as clavículas, suas mãos só tocavam, com muita sutileza, sua roupa.

E as sessões transcorriam assim: eu dando “aula” sobre a construção do corpo e do movimento, usando muitas metáforas, como: os pés são como as raízes de árvores, como alicerces das casas, são a nossa “base”; a bacia é o “centro” e o tronco o “eixo” do nosso corpo. Ele, em silêncio ou falando muito pouco, “tentava” entender e realizar algumas de minhas propostas como observar o apoio de seu pé no chão, o peso do corpo, sentir a força do abdômen quando se tosse ou espirra, a temperatura do ar quando respiramos etc.

Nos meses seguintes, aos poucos, comecei a lhe pedir que fizesse pequenas mudanças de posição como sentar, levantar, ajoelhar e abaixar. Percebi que ele

¹⁵ Mais detalhes a respeito podem ser encontrados em <http://www.chabad.org.br/tora/cabalaterapia/cab074.html>

ficava confuso e tenso. Ao pedir para sentarmos no chão, detectei sua incapacidade e o quanto se sentia mal com sinais de vertigem e perda de equilíbrio. Neste momento, ele me fez um sinal de “tempo” com as mãos e segurou as costelas e o abdômen como se sentisse dor ou estivesse procurando ou segurando algo.

A observação clínica mostra que, muitas vezes, determinadas regiões corporais são vividas pelo indivíduo com estranhamentos, pois são áreas corporais que ainda se encontram em estado de coisa. Ele tem a sensação de que aquela parte do corpo não lhe pertence e nem mesmo é parte de si (SAFRA, 2005 p. 78).

A partir deste momento, meus cuidados se intensificaram ao solicitar ou programar qualquer exercício, qualquer toque ou manobra. Tive a certeza de que estava frente a um caso muito especial de atendimento e que nunca havia tido contato com tamanho sofrimento e estranheza de uma pessoa em “habitar” seu corpo. O que se apresentava ali era uma outra forma de sofrimento. Parecia um sofrimento de não contato, não conhecimento de que aquele corpo era dele. Por isso, ao mesmo tempo em que ele o protegia, este lhe causava medo e espanto.

Com muito cuidado, na solicitação de exercícios, na intensidade do toque e dos movimentos, prosseguimos.

Trabalhamos primeiro a consciência de que temos articulações, que são flexíveis e nos ajudam na realização de um gesto, sem receio de cairmos ou de nos machucarmos, pois necessitávamos dessa flexibilidade para ancorarmos no chão e em qualquer outra posição. Mas, a cada mudança de posição, ficávamos por um longo tempo, para que se tranquilizasse (ficava pálido, com os olhos sem foco e ansioso).

A construção e desconstrução de cada gesto desde a sua entrada na sala, sentar-se na cadeira, retirar os sapatos, inclinar-se para abaixar, deitar ou rolar, levou muito tempo - mais ou menos um ano e meio – para que ele conseguisse “aprender” a seqüência dessa “engrenagem” de movimentos.

Em uma segunda etapa do tratamento, iniciamos contato com outros objetos como: bola, bambu, almofada e exercício em dupla comigo, para realização de exercícios de força, coordenação e equilíbrio, sendo tais habilidades desinvestidas de tentativa, confiança e curiosidade. Mas aos poucos fomos nos entendendo e criando o estilo e o ritmo de cada sessão do nosso trabalho.

Por um bom tempo do tratamento não tive muitas informações sobre o processo psíquico de Rodrigo e da “crise” pela qual havia passado... Necessitei me guiar pela sensibilidade que aquele paciente me causava e de todas as formas de comunicação que o corpo oferece. Só depois consegui o contato com os outros profissionais que o atendiam, psiquiatra, psicopedagoga e acompanhante terapêutico. Assim, nosso contato foi tomando sustento pelo tempo, pela confiança e esperança mútua destes profissionais que, como eu, investiam e acreditavam na relação, na comunicação, evolução e presença de Rodrigo.

Para falar sobre a evolução de nossa relação terapêutica preciso dizer que Rodrigo, durante todo o tempo de tratamento, chegou muitas vezes a desenvolver quadros de ansiedade muito fortes, momentos de muita sensibilidade, fragilidade e estranheza.

Foram nestes momentos que tive a oportunidade de entender e me comunicar com muita “permeabilidade” com “algumas questões” que o afetavam.

Da primeira vez, assim que percebi sua tensão e agonia, consegui que ele aceitasse subir até a minha sala (no início, ele queria ir embora) e, com muito cuidado, fui relatando o que ele não conseguia nomear, confirmando que naquele momento algo o afetava.

Como ele se cheirava muito e dizia que “não devia ter feito aquilo”, que “foi uma mancada”, que “só precisava esperar um pouco”, perguntei-lhe: “Você fez cocô, sente alguma dor, fez ou falou alguma coisa para alguém?” Muito agitado me respondeu que não.

Então lhe disse que ia até à recepção me certificar se havia ocorrido algo (tinha dúvida e medo do que estava ocorrendo, mas precisava ajudá-lo naquele momento) e perguntei se aceitaria água ou chá. Aceitou chá.

Desci e perguntei à secretária se ele havia feito ou falado alguma coisa que não tenha sido muito agradável e ela respondeu que ele só estava um pouco ansioso, ficando em pé, perguntando se ia demorar (naquele dia ele chegou adiantado 20 minutos e eu estava atrasada 10 minutos - uma falha...). Voltei à sala com o chá e um pedaço de bolo. Quando entrei, ele me aguardava em pé e ainda muito ansioso. Disse-lhe: “Lá embaixo, você não fez nada e agora temos o nosso tempo da sessão para entender o que aconteceu. Acalme-se. Aqui tenho esse chá com bolo e a nossa sessão começou, está bem?” Ele aceitou, sentou-se e começou a comer o bolo com uma certa voracidade. Enquanto isso, eu ia lhe dizendo que ele

estava mais sensível aquele dia. E ele, comendo, concordou. E começou um diálogo: - “Essa sensação, neste momento, ocorre em seu corpo ou você está vendo algo?” Ele me olha e diz: “No corpo”. Digo: “É uma sensação muito ruim e desagradável porque dá medo e a gente fica vulnerável”. Ele concorda em olhar e gesto com a cabeça.

Continuo... - “Parece que tudo muda e fica diferente, o som, a temperatura, o quentinho e o redondinho do nosso corpo, a mão fica trêmula e fria...” Ele continua concordando, dizendo que é isso mesmo. E pergunta: - “Como você sabe?” Então digo que entendo o que ele sente de uma forma mais “branda”, mas eu entendo.

Nesse momento Rodrigo já havia comido todo o bolo e agora **compartilhava** comigo “aquelas” sensações corporais.

Continuo e pergunto: - “Como e quando isso começa ou começou?” E ele diz: - “À revelia.” Digo que entendo. E que tudo está bem e, de repente, acontece isso. “Não é mesmo?” E ele responde: - “É.”

Neste momento, “arrisco” dizer algumas coisas que “pressentia” fazer sentido com aquela experiência ocorrida. E continuo... - “Sabe, algumas pessoas são mais “sensíveis” e “permeáveis” que outras e isso nem sempre é muito agradável de sentir. Nestes momentos, em que sentimos que estamos muito “abertos” para os “excessos” do mundo (ele me olha e concorda dizendo: “Sim! é excesso!), nos sentimos muito sozinhos. Eu percebo que é muito importante encontrar pessoas que consigam nos entender e dividir com a gente estas percepções e pensamentos sobre as coisas, as pessoas e o mundo. E é uma grande sorte para todos nós, quando encontramos esse alguém. Acredito que a partir daí, talvez, possamos encontrar um lugar e repousar “.

Rodrigo me olha, “esboça” um sorriso. E eu pergunto: - “Você tem uma esperança nisso que falei?” Ele com um sorriso brando, diz: - “Só um pouquinho...”.

Nesse momento ele já está bem melhor e pede para trabalharmos o seu corpo. Pergunto do que ele gostaria, ou melhor, o que sente que deveríamos fazer. Ele levanta, movimenta os braços e, como sempre, não sabe pedir o que precisa.

Sugiro que se sente em um banco em frente de uma janela (que tem uma vista linda para umas casinhas, para umas árvores e se apresentava um final de tarde muito bonito).

Peço que apóie bem o seu quadril no banco, sinta os seus pés no chão, “alinhe” a coluna para que a respiração flua bem. Investi ainda mais com o toque de

minhas mãos, o apoio de seus pés no chão e assim fui proporcionado um toque contínuo e denso por todo o seu corpo, em cada articulação e segmento, utilizando manobras que direcionam e reorganizam a linha de tensão de cada grupo muscular.

Então perguntei: - “Como está? Como sente seu corpo”. E ele respondeu:

-“ **Está mais ‘presente’** ”.

Olhou pela janela o fim de tarde e silenciou-se, demoradamente.

É digno de nota que por muito tempo vinha utilizando este procedimento para que ele sentisse e percebesse alguma sensação no corpo (boa ou ruim) após o toque, o trabalho corporal como: o contorno, o volume, a temperatura, a circulação. Mas só neste momento pude testemunhar sua atenção para esse tipo de vivência.

Depois desse episódio, pude validar uma grande evolução e confiança na nossa relação terapêutica; assentada na minha sensibilidade e presença, acredito que ele pôde compartilhar momentos difíceis como este.

Em outras situações semelhantes, pude constatar que ele utilizou o *setting* e a nossa relação para comunicar o que estava acontecendo, mas sempre com muita aflição... Ele me avisa que estava “daquele jeito” e pedia um “tempo” antes de começarmos qualquer conversa ou atividade. A partir daí, podíamos “acomodar” suas sensações, criando um ritmo e um estilo para a sessão.

O tratamento caminhava com a intenção de acompanhar o que se apresentava em sua corporeidade, “proporcionando alguma possibilidade” de sustento (*holding*) às suas sensações e percepções, acolhendo possíveis sentidos e significados que podiam emergir de cada encontro.

O atendimento continuou por um bom tempo sem grandes ganhos, sem grandes intercorrências, mas, às vezes, com surpresas de rica “lucidez”. Falava de seus limites, de ser “pego a reveria” pelo seu “justo existencial”, de querer reconquistar algumas atividades do passado como dirigir. Em muitas sessões relaxava profundamente (e isso foi uma conquista muito demorada), sorria fazendo observações bem humoradas e inteligentes.

Mas, no final do ano, na ausência dos encontros terapêuticos e com viagens, Rodrigo ingressou mais uma vez em sua crise.

Relatos de alguns terapeutas que já estavam de volta a suas atividades vieram me comunicar que ele nos havia chamado de **Hipócritas**, pois na hora que ele mais estava precisando, não estávamos presentes.

De fato, motivo pessoal de alguns terapeutas resultou em ausência neste momento. **Uma falha...**

Realmente me preocupei, com a mesma “carga” que ocorre quando um amigo ou um conhecido não compreende algo que a gente fez e reconhece como displicência ou falta de interesse. Deixei um recado na secretária dizendo, claramente, o que estava me ocorrendo e que assim que chegasse o procuraria. E assim fiz.

Nesta ocasião, ele já estava um pouco melhor pelas medicações. Mas o fato foi que ele realmente começou a ficar muito perseguido, com dificuldades para se alimentar e realizar sua higiene pessoal.

Esta situação clínica, este encontro é muito rico em todos os aspectos da vida, de doenças, de relações humana, de limites e possibilidades.

Terei que limitar este fragmento clínico, pois meu objetivo neste tópico é mostrar mais uma modalidade, mais uma forma de apresentação corporal.

No entanto, relato um momento em que pude compreender o lugar do silêncio, da quietude (apenas presença viva – **mãe-meio-ambiente**) em meu trabalho como “recurso”, como acolhimento para as questões que carregam um corpo.

Quase todos os atendimentos com os profissionais passaram a ser em seu domicílio. Assim fui para uma sessão (encontro).

Sua agonia era tanta que procurei falar baixo e o mínimo possível, e realizar poucos movimentos e vagorosamente. Ele tentou indicar a sala para nos sentarmos melhor, mas não conseguiu. Então eu, delicadamente, convidei-o a se dirigir à sala; ele levantava e sentava e não sabia o que fazer. Até que conseguimos, aos poucos, caminhar para lá.

Safra (2004a) faz uma diferença entre agonia e sofrimento que, creio, acolhe fielmente este momento. Ele diz:

Compreendo a agonia como um estado em que a pessoa encontra-se sem gesto, sem voz, encarcerada em uma experiência que coloca o si mesmo encarcerado em um tempo infinito disruptivo. O sofrimento implica poder subordinar o vivido ao gesto, ao devir, e tomar o experienciado como próprio (SAFRA, 2004a, p.109).

Demorou algum tempo até que ele se sentasse, mas de forma alguma conseguiu “decantar” no assento e no encosto da cadeira.

Eu, nesta altura, estava muito aflita e nada que eu falasse ou sugerisse, como “tente se acomodar melhor, encostar as costas, relaxar”, o alcançava.

Então, tive um único gesto, abracei uma almofada, reclinei - me na poltrona e fiquei ali respirando, olhando e sofrendo junto dele.

Este gesto que me sobrou foi o que, de certa forma, nos aproximou. Pois, aos poucos e por um breve momento ele conseguiu se “acalmar”. Faço um gesto de “Ok” e pergunto, baixinho, se era melhor eu ficar quieta e sem falar. Ele acena positivamente com a cabeça e com afirmação no olhar.

Ficamos ali por mais ou menos uma hora e a casa estava em total silêncio...

Este momento foi de um breve “repouso”, de encontro, mas também de difícil manejo. Porque sentia que sair daquela posição, daquele estado, seria extremamente difícil. A sensação que dava era a mesma que tirar uma criança do berço pelos braços, deixando-a suspensa e assustada.

Quando foi chegando a hora em que tínhamos conversas e gestos repentinos (o que me preocupava por ver tamanho caos e sofrimento a cada mudança de gesto) pelo ambiente, com a chegada de pessoas, sugeri que tentássemos achar essa mesma “quietude” na posição em pé.

Demorou muito para que ele me fitasse e até que tentou, com a minha sugestão, desencostar-se da cadeira para daí iniciar o movimento para levantar-se. Mas fez um sinal negativo com a cabeça e não conseguiu.

Passei o resto do dia muito afetada com o que eu acabara de viver com Rodrigo. Senti impotência, fracasso e muita tristeza.

Enfim, Rodrigo foi internado e submetido, mais uma vez, ao ECT - a eletroconvulsoterapia¹⁶, é uma técnica na qual uma crise convulsiva generalizada é induzida deliberadamente, sob anestesia, para tratamento de transtornos psiquiátricos. Pois a “vivência” que o atravessava era avassaladora e paralisante, colocando em risco sua saúde física.

O processo de sua internação foi acompanhado por todos os que o atendiam - psiquiatra, A.T, psicopedagogo e eu. Pairava no ar a incerteza de tal procedimento.

Mas a situação estava tão inquietante, triste e desconfortável para todos que a atitude que sobrou, pelo o menos a mim, foi a reserva e o tempo que se dá a uma

¹⁶ Mais detalhes podem ser encontrados em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n5/243.html>

pessoa e seus familiares, quando se submete alguém a uma grave e importante cirurgia ou intervenção, na qual a pessoa fica em injúria e resguardo.

É muito delicada a experiência de reencontrar alguém que vive tantas oscilações existenciais; a gente não sabe se pergunta, se fala, se fica em silêncio, é muito estranho... E percebi que também para ele era. Mas conseguiu sorrir e comentou que era bom ver a gente por lá.

Senti que tinha que aguardar o seu momento de poder e querer voltar ao atendimento com o corpo. Então, só mantive contato com a equipe que o atendia (a qual dei o nome de “rede”).

Em uma visita que fiz, já em sua casa, ele me recebeu no portão, me conduziu até a sala, sentou-se e me olhou. Pergunto como ele está e ele, com um gesto, como quem diz: “no que é possível...”. Comento que acho legal ir devagar nesta fase e ele concorda. Conversamos sobre alguns assuntos e ficamos mais um pouquinho nos fazendo sala.

Eu estava com um livro sobre expressão corporal, junto a minha agenda. Então ele o olha e, pela primeira vez, me pergunta se seria bom recomeçar aquele nosso trabalho com o corpo (eu aguardava esse seu “**gesto**”).

Disse que acreditava que sim mas que qualquer exercício físico que ele fosse realizar, como uma simples caminhada, deveria sempre fazer sentido com suas percepções e que deveriam ser agradáveis. Ele, de início, parecia não me compreender. Repeti então comparando o que sugeri com atividades físicas que estressam a gente. Então, ele compreendeu.

Falei que poderia atendê-lo quando ele quisesse. Marcamos uma sessão para o dia seguinte. Recebo-o em meu consultório com uma preocupação em lhe reapresentar o local, pois percebi que ele olhava tudo com um certo pasmo de novo. Subimos à minha sala, mostro a janela que tem um vista agradável e ele a reconhece, mostro os quadros de corpo humano que tenho na parede e abro meu armário para lhe mostrar meus livros. Ele se interessa e diz: Winnicott ! (havia muitos autores, mas este chamou sua atenção...). Comento que ele era uma pessoa muito interessante e sensível e como pediatra e psicanalista criou uma teoria que fala, em suma, de como conseguimos conquistar um psiquismo bem alojado dentro do corpo e ele leva isso desde a relação do bebê no colo de sua mãe até nas relações entre terapeutas e pacientes, professores e alunos. Ele observa e diz: -“ Que legal!”

Então o convido para iniciarmos o trabalho. Ele fez as mesmas perguntas de antes, sobre tirar os sapatos, colocar a bermuda, ficar de blusa etc. Digo que não precisa fazer muita coisa, vamos apenas observar o corpo na posição sentada mesmo.

Neste momento, começo a recordar-lhe alguns pontos de apoio, como os pés e a bacia e o vou conduzindo a percorrer uma escala pela sustentação e endireitamento do corpo até que possamos reconhecer nosso posicionamento no espaço.

Mas logo percebo sua dificuldade em utilizar minhas informações como possibilidades de se recolocar melhor, com menos tensão e com uma postura mais confortável. Sua cabeça projetada para frente, seus ombros suspensos, seu abdômen flácido me mostravam que não conseguia usar as sensações do seu corpo para melhor o acomodar.

Então, inicio um trabalho com toques suaves em seus ombros, coluna e, suavemente, no pescoço e cabeça e observo um resultado melhor.

Depois desta sessão, a mim ficou claro que as intenções na abordagem das técnicas para oferecer recursos e exercícios de construção e estruturação do corpo, para “garantir” um mínimo de proteção de possíveis sensações desintegradoras (alojamento soma-psique) para o corpo de Rodrigo, não tinham sentido. Pois não há que se ter tanta preocupação em garantir algo que na verdade não existia ou, se existia, era muito incipiente. O que interessava naquele momento era oferecer um contato e uma troca e que estes se “presentificassem” em seu corpo por meio de um gesto cuidadoso e acolhedor, como o de uma mãe que envolve seu bebê e apenas transmite o calor de suas mãos.

Isso não quer dizer que não é importante a ação de terapêuticas, exercícios e técnicas que podem auxiliar na sensibilização para a apresentação do corpo deste paciente, mas que o momento de sua utilização deve ser tão sensível e acurado como as mãos que a conduz.

Hoje, Rodrigo continua com atendimentos e medicação psiquiátrica. E, pelo que sei, transita com dificuldade no cotidiano de uma universidade, mas está tentando...

Dito de outro modo, a psicose tem um vínculo estreito com a saúde, pelo grande número de falhas ambientais congeladas pode ser recuperado e descongelado pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana, tais como

as amizades, os cuidados recebidos durante uma doença física, a poesia etc,etc (WINNICOTT, 2000, p. 380).

4.2.6 O Corpo “Encontrado/ Vivente”

Tive casos clínicos em que a demanda física era clara, pontual e não se apresentavam marcas ou fissuras significativas na integração psique-soma. À medida que o trabalho com o corpo se construía, a pessoa o integrava e agregava em sua qualidade de vida. “[...] Desta forma, tocar uma parte de seu corpo é reencontrar a experiência afetiva-existencial vivida com a mãe ou seu substituto, é ter acesso a um repertório imaginativo através do qual o psíquico vive no corpo [...]” (SAFRA, 2005, p.48).

Ana, 60 anos, procura-me para melhorar sua postura. E relata que sua região da nuca (região cervical) é, às vezes, dolorida. Refere que anda se sentindo “pesada”.

Nosso processo se inicia em um clima de cuidado, suavidade, busca e curiosidade.

Desde a avaliação, na utilização de procedimentos que facilitam a percepção do corpo como um todo, a paciente mostrava um certo contentamento quando eu lhe dizia: “não precisa deixar a nuca tão reta, solte a correção dos ombros, pode fazer menos força, apenas sinta que a estrutura óssea dá suporte, sinta seu abdômen como uma “capa protetora”, “faça menos esforço”, “sinta mais”.

A proposta e convites a esse corpo, cheio de possibilidades de viver mais solto e eficiente, levaram a rápida melhora de seu sintoma de corpo pesado, por meio das descobertas de vivências “simples”, naturais, como sentar sobre uma estrutura larga com o quadril e deixar que a coluna se “alinhe” naturalmente com a cabeça, ou flexionar o tronco para frente e soltar o peso da cabeça para proporcionar um suave alongamento dos músculos posteriores e voltar, desenrolando o tronco, bem devagar, até posicionar a cabeça e o olhar. E assim foi desenvolvido um repertório de movimentos com o objetivo de restabelecer a flexibilidade articular, o equilíbrio muscular, a distribuição de tensão pelo corpo, ativando a expressão de gestos corporais criativos e lúdicos.

Em minha experiência clínica, muitas vezes, para alcançar a compreensão do paciente para a proposta do exercício ou para desbloquear determinado gesto ou movimento, lanço mão de exercícios desta natureza: lúdicos e cheio de metáforas. Naquele momento, quando iniciei o trabalho com bolas, bastões, pranchas, elásticos, a paciente se tornava uma criança. E assim que chegava para a sessão, queria movimentar-se e aprender mais.

Depois, fui convidando-a para vivências mais lentas e profundas, a possibilidade de relaxar. E propus: “Deite-se na posição mais confortável e deixe seu corpo receber o sustento da cama, a textura do lençol e sinta a temperatura do ar que entra fresco por suas narinas e sai morno, sem nenhum esforço ou controle, apenas sinta esta massagem em sua barriga e peito enquanto respira. E sempre busque o conforto, dê o que seu corpo pede, inclusive o meu toque ou minha ajuda para acomodar-se melhor.”

Assim vou procedendo com toques suaves, porém precisos, nas articulações como tornozelos, joelhos, quadril, ombros e observo um favorecimento da percepção da forma, do peso e contorno dos segmentos (tronco e membros superiores e inferiores); o repouso da mão sobre o ventre e tórax propiciam uma sensação profunda dos órgãos e seus ritmos. Dessa forma, deixava-a descansar, cuidando do som, da luminosidade e da temperatura da sala. Muito lentamente, ia retirando meu toque de seu corpo e ali ficava, zelando por seu repouso. Este é um momento sublime também para o terapeuta (quando se está bem) pois, se está realmente presente, recebe a reverberação da quietude e do silêncio. E isso é muito prazeroso...

Os relatos, ou melhor, os gestos de Ana após esta vivência eram de contentamento e satisfação. Ela até brincava: “quero mais bombonzinhos”. O que me assinalava que estava “nutrida”, sentindo-se bem.

Ao longo de minha prática clínica, constatei a necessidade das pessoas viverem este tipo de experiência. O que nem sempre é fácil, pois relaxar, entregar, pressupõem uma conquista que se iniciou muito cedo, no encontro único da mãe com seu bebê. Caso contrário, é aqui mesmo, num encontro terapêutico de abordagem corporal, como na Fisioterapia, que isto pode ser favorecido. Esta é uma vivência única e com extrema capacidade de restabelecer o organismo, deixando-o **vibrar em “vivência”**.

É na realização simbólica e lúdica que fica preservada a comunicação, pois por meio destes procedimentos, é possível ir ao encontro da necessidade do paciente sem reduzi-lo ao um mero corpo necessitado. Pois neste tipo de comunicação, há o reconhecimento da subjetividade humana ali presente à espera de outro. Este é o encontro que permite o acesso à existência humana (SAFRA, 2005, p.18).

5 REVISITANDO A CLÍNICA FISIOTERÁPICA

A leitura atenta de Winnicott me deu elementos para entender e melhor acolher a complexidade que é **ter um corpo**. Para que este corpo seja lugar onde uma pessoa se sinta inteira e com vivacidade, foi preciso que ela conquistasse muitas “tarefas”, na dependência do primeiro encontro. A partir daí, esta compreensão pode favorecer a clínica fisioterápica, dando ao profissional fisioterapeuta uma contribuição e uma mudança em sua intervenção e abordagem, bem como em sua relação terapêutica. Acolhendo o corpo por esta perspectiva, se acolhe muito mais que demandas “físicas” e sim o ser humano que as “entrega”, em sua condição humana, ao cuidado. E a própria condição humana coloca o ser humano em um estado em que ele indaga sobre seu começo e seu fim. Indagação esta sempre reafirmada pela faceta biológica da existência e que surge na clínica de cuidado à saúde, como na Fisioterapia.

Atribuo uma qualidade à clínica fisioterápica que contemple a concepção de **corpo vivo** para o **cuidado ético**. Para isso, registro algumas posições e compreensões do profissional que, creio, são fundamentais.

5.1 Presença Psicossomática do Profissional

Winnicott (2000) reitera a importância da presença psicossomática do profissional que, frente ao seu paciente, cria uma relação significativa por meio de sua sensibilidade corporal que acolhe e acompanha as experiências do paciente pelo modo como sua corporeidade o afeta, desencadeando ajustes e adaptações, assim como faz a mãe suficientemente boa. Dessa forma, o sentimento fundamental de confiança pode se estabelecer, sentimento gerado pelo que é sentido e não pelo que é pensado, o que indica que há compreensão e lugar para repousar a “experiência” de precariedade, limites e vulnerabilidade, freqüentemente “acessados” em um momento de padecimento ou doença física. É comum observar na clínica como, mesmo em casos não tão graves (do ponto de vista de lesões teciduais e funcionais como uma lesão da medula vertebral ou do cérebro), como a dor, a

limitação ou a falta de movimento geram inquietações quanto a *dependência* e fragilidade. Desta forma, como observa Winnicott (2000), o manejo clínico com a presença psicossomática do profissional pode **evitar as coincidências indesejáveis**, ou melhor, pode evitar a reprodução da falha ambiental que uma pessoa possa ter vivido em momentos de muita dependência em que podem ter ocorrido falhas, uma má provisão ambiental, nos estágios primitivos de seu desenvolvimento. Reitero aqui a importância clínica, já assinalada por Safra (2004), de estarmos atentos aos sofrimentos também por fraturas éticas em fases posteriores, mas que podem se expressar com abalos semelhantes.

Portanto, quer suas questões sejam provenientes da idade madura, quer sejam decorrentes de seus processos primitivos de maturação, observo pessoas com possibilidades de construção de corpo e de vida, mesmo que sejam baseadas em falsos *selves*, doenças psicossomáticas, experiências de ansiedade, corpos recheados de dores e patologias. E em outros casos, nos quais as possibilidades se “estreitam”, testemunho suas buscas e muitas vezes sua agonia.

Penso que esta possibilidade pode ser contemplada por uma atitude acolhedora e afetada por aquilo que toca. Assim já disse Godelieve D. Struyf quando afirmou poeticamente: “[...] com a cabeça na mão e minha mão dentro da cabeça, em pensamento, minha consciência inteira na extremidade do meu braço, eu vivo a minha mão e aquilo que ela toca”. (Informação verbal)¹⁷

5.2 O corpo e sua singularidade: constituição e busca do *self*

E é segurando na mão de Safra que caminho com meus pacientes em suas buscas de e com seus corpos.

Em “A Face Estética do *Self*”, Safra apresenta suas elaborações sobre a constituição e evolução do *self*. Ele contempla, claramente, o lugar e a importância do corpo - modalidade estética - na clínica contemporânea para favorecer o estabelecimento ou **resgate do ethos** (morada) humano, bem como as experiências

¹⁷ Nota obtida durante formação do método GDS, São Paulo, 2000.

e suas qualidades, como o tempo, a sonoridade, a ação, o gesto, imprimem no *self*, no corpo, uma singularidade.

Dessa maneira, aumento a colheita de minha sensibilidade para compreender a pulsação do corpo em significados e sentidos de vida que ele “carrega”. Amplio assim meu olhar e presença que facilitam meu encontro e troca com meus pacientes. Observo em minha prática clínica como a temperatura - uso ou não de cobertas, meias ou roupas -, o som - a utilização de música ou o silêncio -, a textura dos objetos -, a maca, o lençol, o toque das mãos -, o espaço - o aconchego da sala ou a acomodação e ajuste do posicionamento do corpo com ou sem auxílio de almofadas e outros -, a luminosidade - pacientes que gostam de pouca luz e outros que sentem “angústia” com pouca luz -, enfim, como uma variedade de situações e experiências podem favorecer ou não o trabalho corporal que acolha a singularidade da pessoa. Mas isso dependerá não só da proposta de trabalho na sessão, mas também e principalmente o que melhor se adapte para acolher o paciente.

Certa vez, durante um breve momento de relaxamento, diminuí a luz da sala. O paciente imediatamente me pediu: - “Por favor, deixe luz acesa, pouca luz me dá angústia...”.

Em outra ocasião, acreditando que com o auxílio de uma música eu pudesse favorecer a compreensão de movimentos que liberassem a tensão e a rigidez do corpo de um paciente, ele me disse: -“Como alguém pode gostar de música? Eu não gosto de nenhum tipo...”

Enfim, a adaptação às singularidades dos pacientes pede um repertório bem variado...

5.3 O corpo como lugar e o cuidado ético

Colocar-se frente a essa condição em presença psicossomática, como ensina Winnicott, ou numa posição ética – hermenêutica, como sugere Safra, é muito importante para uma intervenção fisioterápica que pode caminhar por uma atitude de acolhimento, de compreensão, de adaptação e de respeito frente a uma morada, morada esta que é corpo e que contém a história de uma vida com todos os seus registros de vivências e experiências e, assim, várias maneiras e **possibilidades de**

constituição de si mesmo. Colocar-se frente às singularidades de morada de cada pessoa, de cada paciente morar em si e morar no mundo é a conseqüência de uma atitude ética que permite o surgimento de um si mesmo. Ir para clínica com este olhar é proporcionar um cuidado que estabeleça as condições necessárias para um acontecer humano por meio de um cuidado ético.

O encontro de cuidado ético que permite o surgir de si mesmo é reconhecido como uma experiência de qualidade estética: é uma experiência de encanto, de júbilo, de sagrado. A ética desvela-se como beleza, como verdade, com dignidade, como presença de si e do outro (SAFRA, 2004a, p.27).

No entanto, na clínica o encontro estético pode também desencadear o horror ou promover o repouso, pode dar ou não dar lugar a um corpo (como no processo de amadurecimento na íntima relação mãe-bebê como descreveu Winnicott).

Assinalo aqui as possibilidades de um encontro para um cuidado ético na clínica fisioterápica. Assim, o corpo, lugar de sofrimento e limitações, pode também ser o lugar de onde emerge o sentido de si. Pois uma pessoa pode sofrer na carne (no corpo) os abalos, as fissuras ou rompimentos de sua “integração psique-soma” como Winnicott propõe, ou sofrer “fraturas” em seu “*ethos morada*” como propõe Safra; mas, se o *holding*, o lugar necessário for dado, no caso, *a posteriori*, por um profissional, o sofrimento com a presença de um outro pode trazer descobertas ou apropriações de estilos, de maneiras de ser. Assim, a constituição da singularidade e a dor ficam ao alcance do gesto, na possibilidade de ter um lugar e um devir.

“Embora a marca (o sofrimento, a doença psicossomática) esteja sempre presente na vida da pessoa, pois não dá para suprir aquilo que não houve e ‘curar’ esta ferida, dá para aceitá-la e reintegrá-la na experiência desta pessoa”. (Informação verbal)¹⁸. “Pois o corpo sonha a nossa cura” (Informação verbal)¹⁹.

Mas como também reitera Safra sobre o trabalho corporal: “Não é a massagem (estendo aqui todos os recursos de minha prática profissional) que vai

¹⁸ Nota obtida em aula de SAFRA, Gilberto. Contribuição de Guntrip para a meia idade, PUC-SP 30/08/07.

¹⁹ Nota obtida em aula de SAFRA, Gilberto. Contribuições de Margareth Little – Ansiedades Psicóticas e Prevenção, PUC-SP. 26/04/05.

repousar e silenciar o corpo, mas há de se ter a possibilidade de vir a ter lugar” (Informação verbal).²⁰

5.4 Compreendendo o corpo humano: o corpo como símbolo do *self*

Pela minha experiência e pelo prisma que assinalo, é fundamental que a atitude de cuidado ético não prossiga com interpretações que “atravessam” os valores e as crenças do paciente e que estreitam ou aprisionam sua busca, seu devir. Pois, como comenta Safra (2004b): “a palavra interpretação está carregada de sentidos e significados que vão para além do que a pessoa sente”. Não estou limitando aqui os recursos do profissional fisioterapeuta, principalmente se este tem outras formações ou habilidades. Mas o que quero assinalar é a “armadilha”, ou melhor, o equívoco e sofrimento que uma palavra, uma opinião, uma sugestão podem acarretar numa situação em que o corpo de uma pessoa pede e pode destinar suas experiências. No entanto, disponibilizar o espaço para o paciente *narrar*, contar sua história, abre a possibilidade de contemplar o existir humano, compartilhar uma experiência de vida, de um saber tácito e não elaborado e interpretativo: “O narrar é também importante como meio de intervenção no processo clínico e aqui estou contrapondo à interpretação [...]” (SAFRA, 2006b, p.28).

Observo o bom resultado na condução de meu trabalho corporal quando utilizo metáforas para traduzir sensações, percepções e imagens, pois elas contribuem favorecendo a vivência daquele determinado posicionamento, movimento e toque, bem como facilitam suas conseqüências em mudanças corporais que podem favorecer novos sentidos de experiências, de vida.

Descrevo agora algumas destas propostas que se tornam, de modo geral, um “adubo” (cuidado) para que a “terra” (corpo) possa se desenvolver com suas possibilidades e habilidades naturais e singulares:

²⁰ Nota obtida em curso proferido no Instituto de Análise Bioenergética por SAFRA, Gilberto. Winnicott e a Corporeidade. São Paulo 18/05/2004.

- Observe como seu pés podem “apreender” o chão, como um pé de macaco!
- Suas articulações são como dobradiças, elas “articulam” todo o seu corpo!
- Suas costelas formam uma sanfona, permitindo a saída e a entrada do ar!
- Sua coluna pode “enrolar-se” como um brotinho de samambaia ou estender – se como uma folha já adulta!
- Seu pescoço pode “desamassar-se” como quando a tartaruga sai de seu casco!
- Entre seu ombro e clavícula pode “ter espaço” para uma saboneteira!
- Você pode chacoalhar o seu corpo como se quisesse “tirar o excesso” de poeira!
- Deixe que o chão, a cama, a cadeira “sustentem” o seu peso como um colo!

Enfim, utilizo toda forma de frases, expressões e imagens que possam traduzir sensações que, acredito, favorecem um “passeio”, uma apropriação das vivências corporais. Assim, “empresto” este “meu” repertório de concepções imagéticas e espero que o paciente assim caminhe para o seu próprio. Mas é importante que este “repertório” surja como inédito na relação e não pré-determinado; pois, se assim for, perde-se toda a riqueza e singularidade da vivência.

Safra destaca a presença de metáforas na construção de nosso espaço potencial, lugar da criatividade: “[...] na perspectiva winnicottiana, podemos afirmar que as metáforas e os mitos-poésis estão presentes no modo como uma pessoa compõe o seu espaço potencial, no modo como aparecem no seu estilo de ser [...]” (SAFRA, 2006a, p.76.).

Keleman (2001), em seu livro “Mito e corpo”, em uma “conversa” com Joseph Campbell, apresenta de forma viva e poética o que pretendo expor sobre minha “descoberta” e uso de metáforas em meu trabalho clínico. Por isso, transcrevo parte desta conversa.

Campbell: “Os mitos são sonhos coletivos e não devem ser tomados literalmente. Eles são metáforas”.

Keleman: “Os mitos falam do corpo. A metáfora baseia-se no corpo. Ela é experiencial. No mito, eu busco o corpo – as suas formas, expressões e atitudes emocionais. A produção de corpo, o aprofundamento dos repertórios de sentimento e ação, é os que os mitos prometem”.

Campbell: “A mitologia é uma canção, a canção da imaginação inspirada pela energia do corpo”.

Keleman: “A mitologia, para mim, é a poética do corpo cantando sua verdade celular.” E diz:

[...] a realidade mítica é uma organização móvel, como um coração batendo, com marés de sentimento e forma [...] Quando começamos a ficar íntimos do pulso e da qualidade da experiência somática (de corpo), começamos a apreciar essa experiência como mito, fora do tempo objetivo, como mito que forma o saber interno [...] (KELEMAN, 2001, p. 27 e 46).

5.5 Espaço clínico: o “espaço potencial” e o “lugar de encontros”

Buscar é sempre esperar encontrar. A esperança sustenta e norteia a busca do Outro na comunicação, no sonhar, no desejo. Esperança é presença da memória do que impossibilitou, do que se deteve, do que se fragmentou, do que não aconteceu (SAFRA, 2004a, p.121).

Em minha experiência profissional, observo um fenômeno muito bonito e importante: quando ocorre um “bom encontro”. Surgem sensações compartilhadas entre profissional e paciente que existem possibilidades de sentido. Dizendo de outra forma, é saber que “aquilo” que o paciente busca pressentimos poder ajudar. Sensação de companhia e disponibilidade repleta de sentidos.

Certa vez, ao final de um longo período de atendimento clínico, o paciente me disse: “Sabe o que me fez ficar aqui e tentar melhorar meu corpo com sua proposta de tratamento? Foi o que no primeiro dia você falou, depois de conversarmos sobre o meu problema: Acho que posso te ajudar”.

Winnicott (1975) dá aos conceitos brincar e criatividade estatuto fundamental para se ter a experiência necessária de encontrar a vivacidade do sentido se si e que se inicia no bom encontro entre a mãe e seu bebê. O que não deixa de se relacionar com a possibilidade e a sorte de experimentar alegria.

“A característica essencial do que desejo comunicar refere-se ao brincar como uma experiência, sempre uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver” (WINNICOTT, 1975, p.75).

Por esta perspectiva, o “bom encontro” na clínica fisioterápica pode gerar uma forma de alegria. Observo que o espaço clínico pode inaugurar na vida do paciente,

por meio de um sofrimento, **um abrigo que recolhe sensações e histórias** impressas no seu corpo e que, agora compartilhadas, podem receber a atenção e o cuidado necessários para o seu restabelecimento, para seu reencontro com o “corpo-morada”. Daí emerge a “alegria” encontrada, ineditamente possível.

O que é alegria? Um ‘sim’ espontâneo à vida que brota dentro de nós, às vezes quando menos esperamos. Um ‘sim’ ao que somos, ou melhor, ao que **sentimos** ser [...]

[...] é que alegria – não sei se vai entender, mas não consigo me explicar melhor – é uma experiência que envolve prazer e dor, morte e vida; é a experiência que definitivamente **aceita** o prazer e a dor, a morte e a vida (SAVATER, 2005, p.109).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica contemporânea demanda posições e manejos do profissional, referidos ao *ethos* humano. Pois estamos sendo informados, diariamente, sobre o mal-estar de nosso tempo e da necessidade de se instaurar condições fundamentais para o emergir do sentido de si. A clínica, por este olhar, exige que o profissional possa estar situado no registro ético-ontológico.

Na atualidade, em decorrência da intensa fragmentação do *ethos* promovida pelo excesso da globalização e da hegemonia da técnica, o tipo de sofrimento que encontramos, também na clínica fisioterápica, está para além dos desgastes físicos decorrentes de intensas jornadas de trabalho, de horas de adaptação postural frente a um computador, de falta de tempo para cuidar-se, caminhar etc. Do meu ponto de vista, este sofrimento humano ocorre principalmente pela perda ou ausência de sua morada (corpo), das buscas legítimas que seu corpo necessitaria respeitar para dar sentido às suas necessidades e aspirações, pela falta de sintonia com seu ritmo e pulsação pessoais que contemplem sua característica física e emocionais.

Não há como fecharmos os olhos a estas questões que chegam por meio de tantas queixas, dores, sofrimento. Além disso, as pessoas entendem que o seu corpo precisa estruturar mais força e resistência para seguir numa jornada, mas que a alma, muitas vezes, se volta para outra direção.

Não há como negar, também, a condição social e econômica que põe estes “corpos” a movimentarem-se desta forma, neste ritmo (se é que desejam fazer parte de uma “comunidade” que, em muitas situações, nem corresponde às necessidades humanas básicas como comida e repouso). No entanto, penso que podemos tomar uma posição crítica frente a uma situação em que o homem perdeu referências tão fundamentais como as que advêm de seu próprio corpo. Devemos sim favorecer no encontro clínico não só o alívio de suas dores, as adaptações posturais para que nossos pacientes possam suportar melhor seu cotidiano, mas sim, e por meio destes sinais e sintomas, levá-los a viver em um corpo que, dentre suas queixas, demanda o encontro de sua singularidade. Quem sabe assim o ritmo, a pulsação, a tensão, o

movimento, o gesto possam “brotar” deste corpo vivo que enraíza e dá lugar e que sustenta a direção de passos a outros caminhos.

A Fisioterapia, pela perspectiva que apresento aqui, tem toda a condição (e necessidade) de **flexibilizar e mobilizar** concepções e conceitos, **readaptar** abordagens e técnicas, **reeducar** atitudes e **restabelecer** a relação terapêutica. Portanto, uma Fisioterapia que **sustente e promova** a ética (*ethos*-morada) do ser. Deste ponto de vista, devemos refletir sobre a concepção de clínica a partir, e somente, de procedimentos técnicos. Pois desta forma, a técnica joga o paciente em direção ao conceitual, ao funcional, ao objeto e, nesta perspectiva, o homem é coisa e não mais Ser.

Esta “morada/lugar” demanda, na situação clínica, através de um sofrimento não só físico, um acolhimento para a possibilidade de sentido de si. Mesmo que seja para viver a dor ou dar a ela outro sentido. Observo, em minha experiência clínica, que quando o adoecimento ou padecimento físico é abordado como apenas um sinal de algo que não “funciona” bem, o indivíduo é lançado como objeto e recebe o impacto dos instrumentos e técnicas que, muitas vezes, o adoce mais.

É assim que proponho acolher meu paciente na clínica fisioterápica, acompanhá-lo em sua trajetória e com o meu trabalho favorecer o lugar de encontro que abriga, expressa e reverbera a vida, **o ser corpo**.

Em alguns casos, pude acompanhar o trânsito de meus pacientes em busca de seus caminhos. Creio que isso foi possível por um encontro empático, não intrusivo e ético e isso proporcionou o espaço necessário de confiança e transformação com experiências integradoras. Mas vivi também o impasse do desencontro.

Portanto, junto da possibilidade de mudança (adaptação) de condutas terapêuticas, dada pela concepção de corpo vivo, tal como Winnicott propõe, e pela necessidade de um cuidado ético proposto por Safra, **esta dissertação vislumbra uma atitude profissional** na clínica Fisioterápica **assentada sobre a própria existência** psicossomática deste profissional para que ele também possa encontrar seu próprio lugar, sua ética de ser.

Procurei aproximar este profissional do conceito de mãe suficientemente boa de Winnicott, enfatizando a necessidade de que este “cuidador” se apresente de forma verdadeira e real, o que em hipótese alguma quer dizer perfeita, mas sim viva e a favor da saúde de seu paciente e da sua própria saúde, também em devir.

“O lugar clínico é um lugar de investigação e de formação permanente. Ser clínico é estar aberto ao novo, em reflexão crítica sobre os problemas de seu tempo que afetam a condição humana” (SAFRA, 2007).

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BALINT, M. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BÉZIERS, M.M; PIRET, S. *A Coordenação Motora: aspectos mecânicos da organização psicomotora do homem*. 2.ed. São Paulo: Summus, 1994.

BÉZIERS, M.M; HUNSINGER, Y. *O Bebê e a Coordenação Motora*. 2. ed. São Paulo: Summus, 1992.

BIO, E. *Dor Muscular: Um indicador de Saúde*. Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática. v. 8, n.3/4, p.161. 2003.

BRAZ, M. M. *Educação integral: um modelo de ensino da Fisioterapia baseada na Física Quântica*. 2006. 199f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CALIL, R.C.C. ; ARRUDA. D.L.S. *Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico*. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). São Paulo: Vetor, 2004. (Cap.7, p.176- 212).

CAVALCANTI, H. *O pesquisador como hermenêuta*. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br> Acesso em: 05 fev. 2008.

CHAUÍ, M.S. *Convite à Filosofia*. 3.ed. São Paulo: Ática, 1995.

DENYS- STRUYF, G. *Cadeias musculares e articulares: método GDS*. São Paulo: Summus, 1995.

ESTAMIRA. Direção Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Documentário, Brasil, 2004.

KELEMAN, S. *Mito e corpo*. São Paulo: Summus, 1999.

KELEMAN, S. *Anatomia emocional*. São Paulo: Summus, 1992.

MACHADO, D.; CARVALHO, M.; MACHADO, B.; PACHECO, F. *A formação ética do fisioterapeuta*. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.20, n.3, p.101-105, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.2.pucpr.br/real/index.php/RFM?dd/=1601&dd99=view>. Acesso em: 07 mar. 2008.

MARINHO, P.E. M. *Refletindo sobre a expressividade da dor e a relação terapeuta-paciente*. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.18,n.2, p.73-79, abr./jun., 2005. Disponível em: <http://www.2.pucpr.br/real/index.php/RFM?dd1=546&dd99=view>. Acesso em: 07 mar. 2008.

REBELATTO, C. *A docência em Fisioterapia: uma formação em construção*. 2006. 102f. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RESSÉGUIER, J. P. *Método Rességuier*. Disponível em: <http://www.Bragmed.blog.com/919379/>. Acesso em: 29 jul. 2006.

SAFRA, G. *A poética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004a

SAFRA, G. *Winnicott e a Corporeidade: a dimensão estética, a linguagem do corpo e o setting terapêutico*. Curso em DVD ministrado no Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo em 18/05/04. São Paulo: Editora Sobornost, 2004b.

SAFRA, G. *A face estética do self*. 4.ed. São Paulo: Unimarco, 2005.

SAFRA, G. *A hermenêutica na situação clínica*. São Paulo: Sobornost, 2006a.

SAFRA, G. *Desvelando a memória do humano*. São Paulo: Edições Sobornost, 2006b.

SAFRA, G. *Adoecimento físico e psíquico, saúde e cura: o corpo como presentificação da biografia*. Conferência em DVD no Simpósio de Psicologia em Cardiologia em 28/04/07. São Paulo: Editora Sobornost, 2007.

SAVATER, F. *Ética para o meu filho*. São Paulo: Editora Brasil, 2005.

SCHNEIDER, D. R. *Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo da obra "Saint Genet: comédien et martyr"*, de Jean-Paul Sartre. São Paulo: PUC/SP, 2002. Tese (Doutorado). Texto extraído da tese e disponível em: <http://www.psiclin.ufsc.br/hist%F3ria%20>. Acesso em: 05 fev. 2008.

WILK, M.S.; TOMBINI, F. F; NOMITZ, V. *Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia*. Universidade Regional Integrada – Campos Erechim: Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/arquivos/projpedagogico/Projeto_Pedagogico_Fisioterapia.pdf Acesso em: julho de 2006.

WINNICOTT, W. D. (1958). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, W.D (1965) *Criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

WINNICOTT, W. D. (1971) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, W.D (1979) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, W. D. (1986) *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, W.D. (1988) *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R; DAVIS, M. (1989) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada a aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALEXANDER, G. *Eutonia: um caminho para a percepção corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ÁVILA, L.A. *Doenças do corpo e doenças da alma*. São Paulo: Escuta, 2002.

ANZIEU, D. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BARROS, F.B.M. *Autonomia profissional do Fisioterapeuta ao longo da história*. Fisiobrasil, Rio de Janeiro, v.7, n. 59, p.20-31, maio-jun.2003.

BARBOSA, L.N.F; FRANCISCO, A. L. *Adoecimento: O SER-para-a Morte e o Sentido da Vida*. Disponível em < <http://ufsj.ed.br/ppp-lapip/volume>> Acesso em: 19 dez. 2007.

BELTRÃO, F.; BERESFORD, H.; MACÁRIO, N.M. *Produção em Ciência da Motricidade Humana*. Rio de Janeiro: Shape, 2002.

BERTAZZO, I. *A consciência do movimento*. Entrevista concedida a equipe editorial da Ide, São Paulo, n. 37, p.64, jun. 2003.

BERGE, Y. *Viver seu corpo: por uma pedagogia do movimento*. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BERTHERAT, T. *A toca do Tigre*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BIENFAIT, M. *Os desequilíbrios estáticos*. 2.ed. São Paulo: Summus, 1995.

BOFF, L. *Saber cuidar: A ética do humano—compaixão pela terra*. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CARDOSO, H.R. *Por que a subjetividade? Foucault, tempo e Corpo*. Psicologia: Reflexão e Crítica. Universidade Estadual Paulista. Assis, 18 (3): 343-349, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br>> Acesso em: jan. 2008.

CARVALHO, R. M. L. L. *Ludoterapia psicanalítica com criança e adolescentes institucionalizados*. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1992.

CASAMENT, P. *Aprendendo com o paciente*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

CAMPIGNION, P. *Aspectos Biomecânicos-cadeias musculares e articulares-método GDS*. São Paulo: Summus, 2003.

CYRINO, E.G; RIZZATO, ABP. *Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu*. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v.4, n.1, p.59-69, jan./mar.2004.

VIEIRA, M.S.C. *Motricidade Humana: contribuição para um paradigma emergente*. Lisboa: Editora Sociedade Astória, Ltda, 1994.

DAMASIO, R A. *O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

DILTHEY, W. *Teoria das concepções do mundo: A consciência histórica e as concepções do mundo- Tipos de concepção do mundo e a sua formação metafísica*. Lisboa: Edições 70, 1992.

DELIBERADOR, H. R. *Psicossomática e Medard Boss: Experiência corporal como significação do que vem ao encontro do Dasein*. Palestra proferida na Associação de Daseinsanalyse em abril de 2000. "In" Revista 10 - 2001 Daseinsanalyse. Publicação ABD, p. 126.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

FERENCZI, S. *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FELDENKAIS, M. *Consciência pelo movimento*. 5. ed. São Paulo: Summus, 1977.

FIGUERÔA, A.R. *Autonomia Profissional*. Jornal do Conselho Regional de Fisioterapia e terapia Ocupacional, Rio de Janeiro, a. 233, n.6, 1996.

FONTES, I. *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: VIA LETTERA, 2002.

GRODDECK, G. *O livro d'isso*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

GROESBECK, C.J. *A imagem arquetípica do médico ferido*. Reproduzido com permissão do Journal of Analytical Psychology. Londres, do original "The archetype of the wounded-healer", J. A. P., v.20, n. 2, 1975.

LANGER, S.K. (1941). *Filosofia em nova chave*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

LANGER, S.K (1953). *Sentimento e forma*. São Paulo: Perspectiva, 1980.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: UFMG 1999.

LELOUP, J-Y. *O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial*. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

LITTLE, M. I. *Ansiedades psicóticas e prevenção*. Rio de Janeiro. Imago, 1992.

MAIA, J. A. *Método clínico e paradigmas da ciência* disponível em < <http://www.org.br/revista6/espaco3.pdf>.> Acesso em: 05 fev. 2008.

MARINHO, P.E.M. *A visão sistêmica na Fisioterapia*. Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.12, n.2, p.9-14, out. 1998, mar.1999.

MATURANA R.H. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. São Paulo: PSY, 1995.

NOVAES JUNIOR, R.R. *Pequeno histórico do surgimento da Fisioterapia no Brasil e suas entidades representativas*. Disponível em: <http://www.infonet.com.br/fisioterapia/historia>> Acesso em: 20 abr. 2005.

McDOUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

- MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3):239-262, jul./ set. 1993.
- MONTAGU, A. *Tocar - o significado humano da pele.*São Paulo: Summus,1988.
- PERESTELLO, D. *A Medicina da pessoa.* 4. ed.São Paulo: Atheneu, 1996.
- PESSOA, Fernando. *Livro do desassossego:* composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. São Paulo: Companhia das Letras [Org. Richard Zenith].
- PESSANHA, J. G. *Sabedoria do nunca.* São Paulo: Ateliê Editorial, 1999.
- PESSANHA, J. G. *A ignorância do sempre.* São Paulo: Ateliê, 2000
- PESSANHA, J. G. *Certeza do agora.* São Paulo: Ateliê Editorial, 2002.
- RAMOS, D.G. *A Psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença.* São Paulo: Summus, 1994.
- REBELATTO, J. R; BOTOMÉ, S.P. *Fisioterapia no Brasil.* 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.
- REUCHLIN, M. *Métodos na psicologia,* 7.ed. Lisboa: Teorema, 1986.
- REZENDE, A.M. *A questão da verdade na investigação psicanalítica.* Campinas: Papiros, 1999.
- RUBTS, S.; NORIEGA. A. V (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação.* São Paulo: Vetor, 2004.
- SAFRA, G. *Momentos mutativos.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- SAFRA, G. *Método de pesquisa: do projeto à elaboração do texto final* - aula em DVD no curso da pós-graduação em Psicologia Clínica da USP em 16/05/05 São Paulo: Edições Sobornost, 2005.

SAFRA, G. *Curando com histórias*. São Paulo: Edições Sobornost, 2005.

SAFRA, G. *A pesquisa em ciências humanas: epistemologia e metodologia – curso completo 2º semestre na USP em DVD*. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SAFRA, G. *Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica à ética - PROFOCO 2006 - Módulo 1: do Holding à sustentação da experiência de si: entre o ser e o não ser*. Curso em DVD ministrado em 01/05/02. São Paulo: Editora Sobornost, 2006.

SAFRA, G. *Dança, movimento, ritmo e holding: etnia e singularidade: o corpo enquanto lugar*. Seminário em DVD realizado no LET (Laboratório de Estudos da Transicionalidade) em 8/05/04. São Paulo: Editora Sobornost, 2007.

SAFRA, G. *Interpretação: em direção à narrativa dialógica e polifônica - PROFOCO 2007, curso de setembro*. São Paulo: Editora Sobornost, 2007.

SANCHEZ, E. L. *Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo*. Atualização Brasileira de Fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.

SÉRGIO, M. *Motricidade humana: contribuição para um paradigma emergente*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: o desafio no campo da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SOUCHARD, P.E. *Reeducação Postural Global*. São Paulo: Cone, 1956.

STHEIN, E. *Estructura de la persona humana*. Obras Completas IV. Escritos antropológicos y pedagógicos. Madrid: Editora Monte Carmelo, 2003.

STEIN, E. (1917). *Sobre el problema de la empatia*. Madrid: Editorial Trotta, 2004.

STEIN, E. *On the problem of empathy*. Washington: ICS Publications, 1989.

TREVIÑOS, A. N.S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VISHNIVETZ, B. *Eutonia- educação do corpo para o ser*. São Paulo: Summus, 1995.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)