UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LARISSA LASKOVSKI

Por que ir à Fisioterapia?
Um Estudo Microgenético de Expectativas de Pacientes e Adesão ao Tratamento.

São Paulo
2012

LARISSA LASKOVSKI

POR QUE IR À FISIOTERAPIA? UM ESTUDO MICROGENÉTICO DE
EXPECTATIVAS DE PACIENTES E ADEÇÃO AO TRATAMENTO
(versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Experimental

Orientadora: Profa. Associada Livia
Mathias Simão

São Paulo
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Laskovski, Larissa.

Por que ir à fisioterapia? Um estudo microgenético de expectativas de pacientes e adesão ao tratamento / Larissa Laskovskii; orientadora Lívia Mathias Simão. -- São Paulo, 2012.

105 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Fisioterapia 2. Neurologia 3. Psicologia 4. Construtivismo 5. Expectativas I. Título.

RM695

Nome: Laskovski, L.

Título: Por que ir à fisioterapia? Um estudo microgenético de expectativas de pacientes e adesão ao tratamento.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Associada Livia Mathias Simão

Banca Examinadora

Aprovado em:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao meu pai, Mateus, que não mediu esforços para amar e educar; e, acima de qualquer adversidade, sempre valorizou a formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Professora Livia Mathias Simão, que, inesperadamente, me aceitou como parte do grupo de pesquisa, abraçando, de maneira entusiasmada e esforçada minhas reflexões simplórias sobre a fisioterapia. Agradeço também pelo acolhimento afetuoso desde o primeiro encontro e o constante incentivo quanto aos assuntos acadêmicos, profissionais e pessoais.

À Professora Márcia Regina Garanhani, que me ensinou o amor e a dedicação à profissão e aos pacientes, e pelos diálogos sobre pesquisa qualitativa na área de fisioterapia, que impulsionaram a minha ida à Psicologia.

Aos professores Edson L. Lavado, Roger B. de Souza, Ruy M. C. Filho e Suhaila M.S. Santos, pelos anos de intenso aprendizado em fisioterapia neurofuncional, por serem exemplos de profissionais e pelos ensinamentos que, muitas vezes, foram além da vida acadêmica.

À Professora Dirce Shizuko Fujisawa pela generosa disposição em participar desta banca e pelos ensinamentos durante minha formação acadêmica.

Ao Professor Danilo Silva Guimarães, pelo pronto aceite em participar desta banca e pelos diálogos que contribuíram com meu conhecimento sobre psicologia.

Aos meus queridos amigos Cássia R. P. Moreira, Tatiana B. Vasconcellos e Juliano C. C. Sampaio pelo acolhimento, companheirismo, solidariedade e paciência; pelos animados diálogos sobre a vida pessoal e por compartilharem as alegrias e angústias da vida acadêmica.

Aos caros Djalma F.C.L. de Freitas, Paula Franciulli e Suara M. B. Maruoka, pela companhia sempre agradável

Ao Danilo Canesin Dal Molin, que incentivou a minha ida a São Paulo para realizar esta pesquisa de mestrado quando optou por estudar na capital paulista. Agradeço também por toda dedicação, cuidado, atenção e preocupação, além de incansável paciência; pelos momentos alegres e inesquecíveis que me proporciona, fazendo com que a vida fique mais “leve” e mais feliz.

À minha mãe, Ivone, pelo apoio e incentivo para que eu pudesse morar em São Paulo e realizar a pesquisa de mestrado. Agradeço pela preocupação e cuidado que têm despendido durante os últimos anos.

Às minhas irmãs Cristina Laskovski e Tatiana Laskovski, pelo carinho e por serem exemplos de disciplina e determinação, fundamentais na vida acadêmica.

Aos meus cunhados Eugênio Canesin Dal Molin e Isabella Silva Borghesi pelos diálogos sobre psicologia, pelo auxílio quanto aos procedimentos burocráticos para a defesa do mestrado e pela sempre divertida companhia.

Aos meus sogros Eden Dal Molin e Ellen Mara Canesin Dal Molin, que generosamente permitiram que a pesquisa fosse realizada na Clínica de Doenças do Aparelho Locomotor e pelo incentivo acadêmico e profissional.

Às fisioterapeutas da Clínica de Doenças do Aparelho Locomotor pela amistosa receptividade e atenciosa disposição nos diálogos sobre os pacientes e sobre a profissão, que foram fundamentais para realização desta pesquisa.

Aos pacientes da Clínica de Doenças do Aparelho Locomotor pela disponibilidade em participar da pesquisa, enriquecendo o conteúdo deste trabalho.

Aos meus queridos amigos e familiares pelo carinho e apoio, fundamentais durante todo o processo.

À Sônia Maria Caetano de Souza, secretária do departamento de Psicologia Experimental da USP, pela disponibilidade e orientação com as questões burocráticas durante todo o período de pós-graduação.

À Capes, pela concessão de bolsa de mestrado.

RESUMO

Nome: Laskovski, L. Por que ir à fisioterapia? Um estudo microgenético de expectativas de pacientes e adesão ao tratamento. 2012. 105f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

A presente pesquisa situa-se na interface entre áreas de psicologia e fisioterapia e foi construída a partir de reflexões sobre aspectos que interferiam a ida ou não ida de pacientes às sessões de fisioterapia. Muito do sucesso na reabilitação de indivíduos com desordens neurológicas requer, além da participação dos familiares e equipe multidisciplinar, a vontade de melhorar do próprio paciente. Portanto, para o continuado replanejamento do tratamento na busca de efetiva melhora da qualidade de vida dos indivíduos é necessário para o fisioterapeuta conhecer sobre as inquietações, desejos e expectativas desses pacientes. Nesse sentido, os objetivos deste trabalho foram: 1) Investigar as razões que levam o paciente a frequentar a fisioterapia; 2) Compreender o que o fisioterapeuta representa para o paciente em tratamento, bem como o processo de empatia, que se constrói na relação fisioterapeuta-paciente; 3) Investigar as tensões geradas pela ruptura de expectativas do paciente e do fisioterapeuta, 4) Analisar a temporalidade dos processos de relação do paciente consigo e com os outros (o fisioterapeuta aí incluído); 5) Identificar os valores positivos e negativos atribuídos pelos pacientes às experiências consigo mesmo e com os outros (o fisioterapeuta aí incluído). A pesquisa seguiu os pressupostos do Construtivismo Semiótico-Cultural em Psicologia, e, nesse sentido, a fisioterapia foi tomada como um espaço para ação simbólica de indivíduos que têm o desejo de superar um problema; as atividades de fisioterapia são parte das ações em direção ao desejo que se quer alcançar e o fisioterapeuta é um dos outros com quem o indivíduo está em constante interação. Nos procedimentos metodológicos foram realizadas entrevistas com quatro pacientes, previamente selecionados, que faziam fisioterapia em uma clínica de reabilitação multidisciplinar. As entrevistas foram gravadas, em dois momentos distintos, durante a realização dos exercícios de uma das sessões de fisioterapia. Os dados obtidos foram analisados pelo método microgenético, o qual busca investigar o processo de construção de conhecimento do indivíduo em face de situações novas que ele experimenta e que o desestabilizam e pode capturar novidades que

emergem no processo. Nas sessões, em interação com o fisioterapeuta, cada participante apresentou construções simbólicas particulares sobre suas ações nas sessões de fisioterapia. A temporalidade foi determinante nos processos simbólicos dos participantes porque favoreceu a organização das transformações, integrando-as em suas memórias da condição anterior e em seus desejos, medos e expectativas quanto ao futuro. Os resultados das análises revelaram diversificadas maneiras de cada paciente atribuir significado para o aspecto do tempo no seu percurso na fisioterapia, trazendo implicações para o programa terapêutico. O profissional pode estimular ou inibir a vontade de participação do paciente no tratamento, a depender de suas ações e metas serem coordenadas ou não com as ações e metas do outro. Como consequência, há incentivo para vontade do paciente em participar da fisioterapia porque constata que as ações do profissional e do tratamento estão voltadas para suas metas. Em síntese, buscou-se com este trabalho, em sua interdisciplinaridade, ampliar possibilidades teórico-metodológicas do construtivismo semiótico-cultural em psicologia e da fisioterapia.

Palavras-chave: fisioterapia, neurofuncional, psicologia, construtivismo semiótico-cultural, adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Nome: Laskovski, L. Why should they attend to Physical Therapy? A microgenetic study of expectations of patients and the adherence to the treatment. 2012. 105f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

This present study is based on the interface between psychology and Physical Therapy fields and was built from analyzed aspects which would interfere with the patients' decision on whether or not to go to Physical Therapy sessions. The rehabilitation success of the patients with neurological disorders comes not only from the family support or from the caretakers and multidisciplinary healthcare team but mostly from the patients' own desire to get better. Therefore, to continue the treatment process and the search of an effective result for a better quality of life, it is necessary that the physiotherapist look for a deep understanding and also become aware of the patients' expectations, wishes and conflicts. In this way, the goals of this paper were: 1) to investigate the reasons by which the patients go, or decide to attend the Physical Therapy sessions; 2) to comprehend which role does the physiotherapist play for the patient, regarding the empathy process that is shaped in their relationship; 3) to investigate the tensions which have arisen from the expectations ruptures coming of both sides; 4) to analyze the temporality within the process of the patient with himself/herself and the others (the Physical Therapy is included here); 5) to identify positive and negative values addressed by the patients to the expectations within himself or herself, and with the I – other relationship. (the physiotherapist is again included). The study followed the basis of the semiotic - cultural constructivism in Psychology and in this effect, Physical Therapy was taken as a symbolic action field of individuals who have desire or will to overcome a difficult situation. The Physical Therapy activities are part of the actions toward the desires which are aimed and the physiotherapist is part of the others who the patient is constantly interacting with. In the methodological procedures, interviews were made with four patients previously selected, who attended to Physical Therapy sessions in a multidisciplinary rehabilitation clinic. The interviews were recorded in two different moments, while the exercises were being done. The results obtained with the interviews were analyzed using the microgenetic method, which aims to investigate the developing process of knowledge of individuals who are bound to encounter new

life situation that are experienced and it might bring some instability and also novelties to them. Through the sessions, while interacting with the physiotherapist, each participant came up with particular symbolic constructions about their actions in the sessions. The temporality was determined in the symbolic process of the participants because has helped to organize the transformations, by way of integrating their former condition memories and in their wishes, fear, and expectation towards the future. The results of the analyzes revealed many ways of addressing meaning regarding to the timing, in the course of the treatment, bringing implications to the therapeutic program. The professional is able to entice or even to make the patient loose his or her desire to continue and keep going on treatment. This desire will depend on how the physiotherapist could lead his or her aims in accordance to the ones of the others. As a consequence, there is an incentive towards the patients' desire in taking part of the sessions, due to recognition that the attitudes of the physiotherapist are streamlined with their same aims. In summary, this work, in its interdisciplinary, theoretical and methodological possibilities to expand the semiotic-cultural constructivism in psychology and Physical Therapy.

Key words: Physical Therapy, neurofunctional, psychology, semiotic-cultural constructivism, treatment adherence.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E JUSTIFICATIVA.....	16
2.1 Construtivismo Semiótico-Cultural em Psicologia.....	16
2.2 Sobre as noções de desejo, expectativas, vontade, adesão e temporalidade....	18
2.3 Desafios do fisioterapeuta diante do paciente neurológico.....	26
3. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	28
4. MÉTODO.....	30
4.1 Participantes.....	31
4.2 Procedimentos para coleta de dados.....	33
4.3 Procedimentos para análise dos dados.....	37
5. RESULTADOS.....	40
6. DISCUSSÃO.....	59
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	79
ANEXOS.....	105

1. APRESENTAÇÃO

Durante o período de residência em fisioterapia neurofuncional na Universidade Estadual de Londrina construí intenso contato com o processo de reabilitação de pacientes com doenças ou sequelas neurológicas¹. Nesse período, iniciei uma reflexão sobre o tratamento desses pacientes por observar diferenças entre eles que interferiam na adesão à reabilitação, conforme será definido adiante.

Havia pacientes que se mostravam tristes e pouco participativos na realização de exercícios que lhe seriam motoramente possíveis. Outros insistiam em questionar o tempo de melhora e prognóstico da doença ou lesão. Além disso, alguns deles deixavam clara a interferência de problemas familiares ou sociais no desempenho das tarefas motoras, muitas vezes melhorando instantaneamente com o desabafo e a abertura para o diálogo com a fisioterapeuta.

A esse respeito, cabe notar que a área da fisioterapia usualmente toma a medicina como referência para suas práticas profissionais, compartilhando a mesma visão reducionista e mecanicista de ser humano, de mundo e de ciência, pela qual a própria medicina é criticada (GRECCHI; CASTRO, 2008). Dessa forma, na relação fisioterapeuta-paciente, é comum o fisioterapeuta ignorar a “sombra pessoal” do paciente, atendo-se, no tratamento, somente à doença ou sequela dela advinda. Essa metáfora, “sombra pessoal”, está sendo aqui utilizada para enfatizar aquilo que não está explícito e que ora emerge, ora se oculta atrás do que é mais visível e aparente. O sintoma remete-nos, por exemplo, às ideias de William James (1979), de que nenhum pensamento aparece à visão direta em outra consciência pessoal. Cada uma das mentes guarda seus próprios pensamentos, não havendo troca entre elas, e por isso constitui-se em uma questão para o estabelecimento da relação entre o fisioterapeuta e o paciente que está em tratamento.

Para o fisioterapeuta, a doença é algo rotineiro; o tratamento a seguir é fruto de aprendizado profissional, e o paciente é indivíduo que muda constantemente em direção ao alcance do sucesso na reabilitação, o qual depende de procedimentos racionais. Por isso, colocar em relevo os sentimentos e as emoções é, para o

¹ Segundo o Dicionário Aurélio, doença neurológica diz respeito a uma patologia que acomete o sistema nervoso, que pode ou não originar sequelas. Já a sequela, segundo dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, é 1. Efeito de uma causa, uma consequência, um resultado; 2. Anomalia consequente a uma moléstia, da qual deriva direta ou indiretamente.

profissional, desviar o foco da atenção, aproximando-se de sofrimentos relativos ao contexto sócio-emocional de cada paciente, eventualmente confrontando-se também com seus próprios sentimentos. Nesse sentido, deparar-se com o imprevisível é um risco, para o qual o profissional da área médica parece não estar preparado (BOESCH, 1977).

Da mesma forma, há no fisioterapeuta e, em alguma medida, nos profissionais da saúde em geral, receio em envolver-se na história de vida do paciente e receio, portanto, de inquietar-se motivado pelas angústias do outro e afastar-se de si mesmo ou de seus próprios anseios.

Boesch (1991) considera que a relação empática é necessária para os indivíduos atingirem objetivos em um campo de ação simbólica. Nesse sentido, para o sujeito agir é preciso antecipar as ações do outro, bem como, avaliar a importância do outro para realizar suas próprias ações. O estabelecimento da empatia, por conseguinte, favorece a apreensão de significados transmitidos pelo outro e facilita o “entrejogo” das ações de indivíduos imersos em um mesmo campo acional.

Ainda segundo Boesch (2003), a própria empatia se desenvolve a partir de uma forma complexa de agir em direção à outra pessoa, porque requer que o sujeito identifique-se com outro percebendo as diferenças que existem entre si e este outro com quem se relaciona.

No entanto, se por um lado o fisioterapeuta parece afastar os sentimentos do paciente para não desviar o foco da atenção do tratamento, por outro lado, há o distanciamento para não se confrontar com suas próprias angústias ou, ao contrário, há aqueles que preferem enfrentar seus anseios a ter que se envolver com o contexto sócio-emocional de cada paciente em tratamento. Existe, portanto, dificuldade do profissional em envolver-se em um processo empático com o paciente, até porque as oportunidades e limites em traçar uma relação empática resultam em reorganização de suas próprias compreensões e direcionamentos do tratamento.

Os pacientes com doenças ou sequelas neurológicas e seus familiares exigem do fisioterapeuta atenção e cuidados especiais, em virtude de mudanças na rotina de vida e em relacionamentos com demais indivíduos, preconceitos, provável perda do trabalho, necessidade de um cuidador – o que indica dependência; enfim, todo o impacto de uma sequela, definitiva ou temporária gera incapacidades e deficiências. Esses fatores, uma vez trazidos ao âmbito da fisioterapia, pressupõem

do fisioterapeuta preparo para abordar o paciente de forma geral. As dificuldades aparecem pela falta de conhecimento na área de psicologia, mas acreditamos que possam ser trabalhadas mediante um estudo interdisciplinar da Fisioterapia com a Psicologia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E JUSTIFICATIVA

2.1 Construtivismo Semiótico-Cultural em Psicologia

A abordagem na qual a pesquisa está inserida em Psicologia está relacionada com estudos do desenvolvimento humano e toca em aspectos da relação eu - outro. A importância de estar situada nesta vertente construtivista da Psicologia reside no fato de que o objeto de investigação é o ser humano, o qual está em constante processo de mudanças; mais ainda, processos de mudanças que se instauraram rapidamente em um estado aparentemente consistente e permanente de vida.

Segundo essa abordagem construtivista, os indivíduos estão imersos em um campo cultural que fornece a eles significados simbólicos, tanto para dar sentido aos acontecimentos quanto para organizar as interações com os outros (ZITTOUN et al., 2003).

Para Valsiner e Connolly (2005), o desenvolvimento do ser humano consiste em contínua transformação estrutural a partir de interações com o meio, possibilitando o surgimento de novas formas, com base em formas anteriores.

O construtivismo semiótico-cultural ganhou força na psicologia nos anos de 80 e 1990 a partir da reflexão de ideias de alguns filósofos e psicólogos que o precederam. Contemporaneamente, esse referencial teórico-metodológico busca compreender os processos de desenvolvimento humano nos quais as relações eu - outro têm papel fundamental. Além disso, considera-se a noção de que a interação comunicativa entre sujeitos é transformativa, na medida em que cada um dos sujeitos tenta integrar as mensagens trazidas pelo outro em sua base cognitivo-afetiva (SIMÃO, 2010a).

É importante destacar, no entanto, que os estudos de desenvolvimento humano sob a óptica do construtivismo semiótico-cultural referem-se à preocupação com estudo do desenvolvimento individual do ser humano, ou seja, o indivíduo é abordado em sua diversidade interpessoal, e não, ao contrário, imerso em categorias que agrupem, *a priori*, sujeitos similares, o que levaria à construção de generalidades (MOREIRA, 2011).

Dentre os autores contemporâneos do construtivismo semiótico-cultural, Ernest Boesch (1991) traz a perspectiva de cultura como um campo de ação

simbólica no qual estamos imersos, e em constante interação. Para Simão, a partir de Boesch, os sujeitos, agindo nesse campo cultural são construtores da própria história e, dessa maneira, as ações são o que os movem em dada direção, de acordo com metas para o futuro (SIMÃO, 2010).

Mais uma vez, há nesse ponto razões para embasar o presente estudo no construtivismo semiótico-cultural: uma vez que se quer compreender os processos que envolvem a ida de um paciente com doença ou sequela neurológica para fisioterapia, é possível tomar a fisioterapia como um espaço para ação simbólica de indivíduos que têm o desejo de superar um problema. Nessa medida, as atividades de fisioterapia fariam parte das ações em direção ao desejo que se quer alcançar. Nesse espaço de ação simbólica, o fisioterapeuta, por sua vez, seria um dos “outros” com quem o indivíduo está em constante interação.

Há, ainda, um aspecto recentemente focalizado pelo construtivismo semiótico-cultural que toca à questão da temporalidade: o desenvolvimento é um processo transformativo em uma linha de tempo que não retrocede, mas avança para o desconhecido (VALSINER; CONNOLLY, 2005).

Dessa perspectiva, os pacientes com sequelas neurológicas estão imersos nessa linha do tempo, tentando integrar suas novas experiências, que já lhe são passado. Entretanto, eles sofrem com a angústia de não saberem “se” e “como” essa integração pode se dar no futuro. Esse futuro, em alguma parte, depende da relação que manterá com o fisioterapeuta; ou, dito em outros termos, certamente mais usuais, depende do “sucesso do tratamento”.

Trata-se de um processo de reconstrução de significados na relação eu - outro (paciente - fisioterapeuta) em que, como será apresentado, a imprevisibilidade é a regra, mais que a exceção, já que é inerente ao que diz respeito ao futuro. Isso porque a contínua construção de significados sobre as transformações de relação entre passado, presente e futuro requer uma coerência, mesmo que momentânea, com a realidade vivida, fazendo da temporalidade um dos aspectos do desenvolvimento mais importantes na vida humana (SIMÃO, 2010b).

Essa é uma das razões pelo que muitos profissionais da área de Fisioterapia buscam adesão irrestrita de seus pacientes a um protocolo de tratamento; buscam, assim, evitar – embora, ao que parece, sem grande sucesso – questões relativas aos aspectos da integração entre passado, presente e futuro, acima mencionadas.

Se for considerado que, durante a vida, o indivíduo tenta integrar novas experiências a partir da interação que ele tem com o meio, sempre em busca de uma autoconsistência (BOESCH, 1993), então poderemos entender como as interações do paciente com doença ou sequela neurológica se apresentam.

Por isso, a escolha em investigar nesta pesquisa as relações entre paciente - fisioterapeuta; fisioterapia - paciente; paciente - consigo mesmo. Ademais, buscou-se tomar como pano de fundo dessas relações a noção de temporalidade, isto é, o tempo subjetivado de cada sujeito em interação.

Para o estudo destes objetos de interesse a pesquisa está embasada nos pressupostos metodológicos do construtivismo semiótico-cultural nos quais a universalidade está interligada aos aspectos particulares, uma vez que toda generalização advém de particularidades e, em cada singular, em contrapartida, há universais humanos, como a cultura e a biologia (MOREIRA, 2011).

2.2 Sobre as noções de desejo, expectativas, vontade, adesão e temporalidade.

A noção de desejo é central em muitas abordagens psicológicas e filosóficas; neste trabalho de fronteira entre o construtivismo semiótico-cultural e a fisioterapia, as formulações sobre desejo serão baseadas nos conceitos de Ernest Boesch, William James, Jack Barbalet e Alan Goldman. Boesch (1991), em sua teoria sobre ação simbólica enfatiza que todas as ações requerem regulação pelo aspecto afetivo e pressupõem intenção do ator, não necessariamente consciente. De acordo com ele, o desejo é introspectivo no sujeito e se assenta na afetividade e nas relações intrassubjetivas. Antecipações desejáveis do futuro possibilitam ao indivíduo confrontar seus medos e esperanças com aquilo que é imprevisível.

Boesch toma do filósofo William James a ideia de que a ação mental é intencional e, portanto, relacionada à cognição de cada indivíduo; porém nem só de cognição a mente é composta. Portanto, a menção do aspecto afetivo (cf. SIMÃO, 2010).

Barbalet (1997) também aponta para a primazia das emoções na teoria da ação de James e, além disso, destaca que as ações do indivíduo são meios de

orientação para o futuro. Na teoria jamesiana, segundo Barbalet (1997), o sujeito ameniza as incertezas do futuro agindo em determinada direção e, nesse sentido, uma escolha é feita, dentre as opções que o sujeito disporia para agir. A escolha de cada um, por sua vez, é permeada pela emoção das impressões pessoais que recebem do mundo. Assim, por meio da emoção, o sujeito escolhe determinada ação como forma de minimizar a angústia pelo desconhecimento sobre o futuro.

Dessa perspectiva sucintamente aqui indicada, decorrem algumas implicações relevantes para o tema deste trabalho.

O processo de reabilitação otimiza a condição física, mental e social do indivíduo perante a deficiência fisiológica e anatômica e constitui um meio de educação para melhora da habilidade, participação, autonomia e qualidade de vida (DELISA; GANS, 2002; THOMPSON, 2007). O sucesso da reabilitação de pacientes com doenças ou sequelas neurológicas depende da participação dos familiares e cuidadores, do envolvimento da equipe multidisciplinar, assim como da vontade de melhorar do próprio paciente.

A vontade de melhorar do indivíduo que inicia a fisioterapia é pautada por desejos e expectativas, que são propulsores da ação numa dada direção. Para Boesch (1991), as ações são a maneira humana de dar significado pessoal ao mundo e são orientadas por metas construídas pelo próprio sujeito. As ações se dirigem para a novidade, buscam a variação e transformação de estruturas antes estáveis e pressupõem intenção do sujeito que age.

Boesch (1984) traz de Pierre Janet a noção de que é o aspecto afetivo que contribui para nortear as ações porque favorece a criação imaginária de diferentes possibilidades para a ação pensada, a partir das experiências pessoais ao longo do tempo. Os afetos contribuem para o sujeito antecipar se aquelas ações serão efetivas para alcançar uma meta (cf. SIMÃO, 1998).

De acordo com Boesch (1991), durante a realização de uma ação é necessário que haja regulação entre os meios e os fins da ação a ser praticada. Nesse sentido, o objetivo a ser alcançado através de uma ação é imaginado pelo sujeito como algo possível de acontecer, isto é, ele antecipa o objetivo final mediante elaborações imaginárias, as quais, para Boesch, significam *valor visado* àquilo que se quer alcançar. No entanto, como os acontecimentos nem sempre ocorrem de fato como inicialmente pensados pelo sujeito, e sim, a esses acontecimentos são

atribuídos *valores reais*, então, os indivíduos estão em constante busca para que a diferença entre o *visado* e o *real* seja a menor possível.

Dessa forma, a vontade de recuperação do indivíduo em fisioterapia pode ser tomada como parte do esquema afetivo do sujeito e, sendo assim, norteia a formação de objetivos por esse indivíduo. As ações do sujeito partem de uma intenção inicial (desejo), que ele não sabe se será efetivada, e se orienta para realização concreta. No percurso entre o 'ideal' e o 'real' as expectativas são constantemente (re)elaboradas.

As ações humanas estão incluídas em uma categoria de eventos que são determinadas também pela ordem natural, que independem do sujeito. Isso porque acontecimentos futuros são influenciados pelas experiências do passado (VAN GEERT, 1997). Portanto, a probabilidade de saber se o desejo será atingido ou não pelo sujeito é semelhante à de conhecer seu passado completamente, há nesse ponto a noção de assimetria da linha do tempo.

Ao falar do desejo do paciente, está se falando que há uma razão para que ele participe da reabilitação. Se há razão para o indivíduo praticar uma ação, então esse indivíduo é alguém motivado, ou na verdade, apresenta um desejo que ele espera ser realizado ao fazer essa ação (FINLAY; SCHOROEDER, 2008).

Sendo o desejo relacionado aos sentimentos e emoções do sujeito, tem função reguladora nos objetivos das ações (BOESCH, 1984). Por isso, desejar um estado futuro, diferente do presente, é motivo para o indivíduo agir. Há necessidade, porém, de que o indivíduo perceba as metas relativas às suas ações como relevantes ou imprescindíveis de serem atingidas (BOESCH, 1991). Essa percepção, necessária para a seleção e decisão quanto ao agir, fundamenta-se basicamente nos aspectos afetivo-emocionais, sendo apreendidas subjetivamente pelo sujeito. Assim, o afeto impulsiona as ações porque move o sujeito em direção à realização de algo; por outro lado, o aspecto cognitivo embasa a elaboração das estratégias que fomentam essa busca (BOESCH, 1984).

Da mesma forma, a criação das expectativas pelo próprio indivíduo impulsionado para agir, ampara a angústia da situação de imprevisibilidade do futuro. Por ser incapaz de prever o que está por vir, tenta-se traçar o futuro com base na situação presente. Todavia, considerando que aquilo que se espera nunca se comprova completamente, ocorre uma ruptura e um desencaixe entre o esperado e o ocorrido de fato, obrigando o indivíduo a alterar os rumos da vida e delinear

novos caminhos, por meio da re-criação de expectativas. Essa situação experimentada é suscetível à interação com os outros, quando tende a ter uma elaboração mais explícita e racional (informação verbal)².

Na fisioterapia, tanto desejo quanto expectativa podem inicialmente serem idênticos para o paciente que começa o tratamento; porém, as expectativas se transformam a partir das rupturas que vão sendo reveladas pelo seu desempenho nas atividades e por sua interação com o fisioterapeuta, bem como com outros pacientes.

Segundo Boesch (1991) o sujeito age impulsionado pela intenção de que suas ações lhe permitirão aproximar as expectativas ao acontecimento real dos objetivos traçados para si mesmo e, dessa forma, quanto mais próximo for o *valor visado* do *valor real*, isto é, a mínima diferença entre o imaginado e o fato, faz emergir no sujeito o sentimento de satisfação, aumentando assim o potencial de ação. Para Boesch, ainda, a ação concretizada cria novas situações, produz nova informação e incentiva para tentativas de outras possibilidades.

Para o fisioterapeuta, conhecer o desejo do paciente e as expectativas que se renovam a cada situação de ruptura, durante o processo de reabilitação, permite traçar um plano terapêutico mais efetivo, sustentado pela possibilidade de melhora da sequela motora (MACLEAN et al., 2000).

É possível destacar uma situação de ruptura bastante comum na reabilitação neurológica, que é a vontade de voltar a andar, uma vez que “ir e vir” é símbolo de autonomia e livre-arbítrio. O paciente se depara com a necessidade de criar uma nova expectativa para sua recuperação quando percebe que o andar não lhe será mais possível devido à gravidade da lesão neurológica. Isso não significa, entretanto, que haja modificação no seu desejo de voltar a andar. No caso em que o andar não é mais possível pelo tipo de lesão, o fisioterapeuta incita o paciente a embasar suas expectativas em atividades motoras equivalentes para o ganho de autonomia e livre-arbítrio.

Se, por um lado, não há modificação no valor do locomover-se autonomamente, por outro lado, o desejo modifica-se em duas dimensões relacionadas: torna-se algo suscetível a ajustes e substituições por desejos

² Informação fornecida por Simão em aula da disciplina Problemas Teóricos e Metodológicos em História e Filosofia da Psicologia, em São Paulo, 2010.

correlatos, mais possíveis de serem atingidos. É nessa direção, delicada de percorrer, que o fisioterapeuta atua.

Para Costa et al. (2010), o indivíduo com a perda da habilidade de andar e que se apresenta aparentemente estável em uma nova condição, por exemplo, dependente do uso de cadeira de rodas, transforma a maneira de alcançar a autonomia e, dessa forma, torna-se capaz de perceber novas possibilidades para si mesmo, fazer escolhas e reconstruir suas próprias metas para o futuro.

Analogamente, as mesmas implicações dessa perspectiva cabem para o profissional. Uma vez que no momento da avaliação inicial são traçados objetivos para o tratamento, baseados no que se espera quanto à melhora do quadro clínico, comumente, ele se depara com a tarefa de mudar os planos de tratamento para atingir novos objetivos, notadamente de acordo com a evolução clínica do paciente.

Implicitamente, no momento da primeira avaliação, o fisioterapeuta delinea uma margem de indefinição para aquilo que não pode ser previsto em relação ao prognóstico e desempenho do paciente no tratamento. Essa zona de indefinição ameniza as angústias quanto à incerteza do profissional, facilitando a mudança de metas, ao mesmo tempo em que reduz o impacto emocional explícito sobre o paciente.

Quando iniciam um processo de reabilitação, tanto paciente quanto fisioterapeuta têm a possibilidade de caminhar juntos em busca de bons resultados e, nesse sentido, as expectativas de ambos permitem a ação em direção ao futuro desconhecido.

De acordo com Valsiner (2007), para minimizar o desconforto gerado pela incerteza do que está por acontecer, as pessoas agem “como se” estivessem diferentes do que realmente estão no presente e se tornam como poderiam ser no futuro. Em outras palavras, os indivíduos têm disponibilidade de exercitarem-se orientados pelo estado futuro desejado de independência e não pelo estado presente de dependência. Isso parece aumentar as possibilidades futuras de estarem na condição desejada. Antes da condição fisioterapêutica se modificar clinicamente, os pacientes buscam agir “como se” a mudança fosse efetivamente acontecer ou já estivesse, em parte, acontecendo. Na realidade, a disponibilidade para o sentir-se diferente é parte do movimento para criação do presente.

Segundo Josephts (2000), citando o filósofo Henri Bergson, a vida humana é um processo contínuo de transformação num período de tempo irreversível e está

sempre em direção do que é real para o que é possível e desconhecido, até que se torne passado. O indivíduo nunca “é”, mas está em contínuo “vir a ser” a caminho do imprevisível do novo futuro.

As noções aqui sintetizadas sobre desejo, expectativa e vontade do paciente com doença ou sequela neurológica tocam também a questão da temporalidade. Enquanto imersos em um programa de tratamento no tempo presente, os desejos e expectativas dos indivíduos modulam a relação que se estabelece entre as memórias anteriores à experiência traumática, a atual circunstância em que se encontram e as incertezas quanto ao futuro.

Nesse sentido, a temporalidade é central para os pacientes reorganizarem os significados que emergem de constantes transformações pelas quais estão passando e consiste em apreensões particulares do tempo. As diversas maneiras de cada indivíduo perceber o tempo implicam diferentes concepções sobre as relações eu - mundo.

Segundo Simão (2010b, p. 2) a temporalidade é “uma experiência humana que implica construção de pluralidade de significados contextuais traçando relações entre circunstâncias de vida passadas, presentes e futuras”. A temporalidade constitui um aspecto fundamental do desenvolvimento humano uma vez que baliza as construções de significado sobre as constantes mudanças entre passado, presente e futuro e, dessa forma, ajuda a amenizar as inquietações do momento atual, cujo significado é endereçado ao passado como memória e ao futuro como sempre imprevisível. Ao organizar a emergência de significados incididos de constantes transformações, a temporalidade favorece uma “coerência momentânea para o indivíduo viver a realidade” (cf. SIMÃO, 2010b, p. 2).

Conforme Simão (2010a, p. 248) a partir de reflexões sobre Lévinas³, para o indivíduo, “o agir é assumir o tempo presente, estabelecendo uma relação com sua auto-existência”. O presente é o existir do sujeito partindo, na ação, do instante do “aqui e agora” para o próximo instante, o futuro desconhecido. O que move o indivíduo pode ser entendido com um ciclo: estabelecido pela criação de uma expectativa sobre o futuro desconhecido, seguida pela ruptura ao notar que esse futuro nem sempre acontece como ele espera e, abrindo-se na necessidade dele próprio esperar um novo futuro, baseado na situação presente e no passado

³ LÉVINAS, E. **Da existência ao existente**. Tradução Paul Albert Simon e Ligia Maria de Castro Simon. Campinas: Papirus, 1998. 120 p.

presentemente revisitado. Esse ciclo comporta uma abertura para o futuro, reconstruindo-se como novo ciclo, assentando-se intra e intersubjetivamente, em relações afetivo – cognitivo - emocionais.

Ainda sobre a experiência de desencaixe (SIMÃO, 2010a) entre o que é esperado quanto ao futuro e a constatação de que nem sempre ocorre de acordo com as expectativas, Boesch (1991) salienta que o ser humano é surpreendido pelos acontecimentos e, quando aumenta a distância entre a antecipação de objetivos futuros e a realização de objetivos no presente, o indivíduo integra como experiência falha e aprimora suas previsões e planejamentos para as próximas vivências. Assim, as projeções do futuro são controladas pelo presente e pelas experiências passadas e perpassam pela dificuldade em enfrentar fracassos e probabilidades irreais de acontecimentos.

O indivíduo que frequenta a fisioterapia porque tem a necessidade de melhorar pode criar um mundo subjetivo, independente do verdadeiro, a fim de escolher ações que serão efetivas para alcançar um objetivo concreto – de acordo com Boesch (1984) citado anteriormente em suas proposições sobre a função reguladora do aspecto afetivo. E, da mesma forma, Valsiner (2007) corrobora a ideia de que o sujeito projeta suas ações em direção a um estado futuro desejado, porém desconhecido, como forma de amenizar as incertezas das situações que virão.

Neste sentido, a ida à fisioterapia, como uma ação a ser praticada, pressupõe que o sujeito tenha elegido essa ação como eficaz para atingir seu objetivo e, além disso, ele vai à fisioterapia ‘como se’ fosse melhorar a partir do estado atual (VALSINER, 2007). Portanto, a adesão ao tratamento proposto pela fisioterapia faz parte de uma escolha dentre caminhos possíveis para chegar ao objetivo pensado. O sujeito precisa se perceber melhor do que está para aderir à fisioterapia.

Estudos em fisioterapia avaliam quantitativamente a adesão ao tratamento, apresentando a porcentagem de pacientes que continuam em tratamento, em comparação ao início da pesquisa (BASSET, 2003; BASSET; PETRIE, 1999; ENGSTRÖM; ÖBERG, 2005). Entretanto, esses e alguns outros trabalhos, que trazem como tema central a adesão de pacientes ao tratamento proposto, apontam para divergentes aspectos que implicam a ida ou não do paciente à sessão de fisioterapia.

Segundo Silva e Alves (2008), em um estudo da área de enfermagem, a prática inclusiva de pacientes em relação aos seus tratamentos, no âmbito geral da

saúde, requer a estratégia de acolhimento dos profissionais para atendimento do paciente, isto é, favorecer o estabelecimento de assistência à saúde humanizada e com qualidade, por intermédio da resolatividade dos casos.

Basset (2003) destaca que a percepção dos pacientes a respeito de sua própria condição determina o quanto o paciente irá aderir ao tratamento e, além disso, propõe que fisioterapeutas forneçam informação precisa e esclarecedora a respeito do tratamento a ser seguido e permitam participação ativa do paciente no delineamento proposto. Em estudo anterior, do tipo ensaio clínico, Basset e Petrie (1999) apresentam que a colaboração de pacientes no manejo de objetivos para seu tratamento pode ser utilizada como ferramenta para ampliar a adesão. Engström e Öberg (2005) concluem que a adesão à fisioterapia está diretamente relacionada aos resultados que podem aparecer com o tratamento e à crença do paciente quanto aos efeitos produzidos, e apontam para estratégia de combinação entre objetivos terapêuticos de pacientes e profissionais.

O tema de adesão ao tratamento é amplo nas ciências da saúde, até porque está diretamente relacionado à atuação profissional. Todavia, os estudos são variados quanto ao enfoque e quanto ao delineamento da pesquisa. A proposta do presente trabalho, na fronteira entre a fisioterapia e o construtivismo semiótico-cultural em psicologia, demanda que o foco seja revelado gradualmente pelos dados da pesquisa, em um processo de construção de conhecimento da pesquisadora. Em outras palavras, somente a análise do desenvolvimento individual de pessoas que participam do tratamento de fisioterapia é que pode trazer informações quanto à adesão delas no processo terapêutico.

2.3 Desafios do fisioterapeuta diante do paciente neurológico

Por meio do contato e observação de pacientes, passei a levantar questões e suposições sobre os aspectos psicológicos que os levariam a frequentar a fisioterapia. Por que, em determinados casos, o paciente anseia por uma melhora, que lhe é possível por bom prognóstico e, mesmo assim, apresenta-se desanimado e desmotivado para enfrentar uma sessão de exercícios fisioterapêuticos? E, por que, por outro lado, há pacientes que são portadores de sequelas sem prognóstico

comprovadamente favorável e continuam, ininterruptamente, frequentando seus horários na fisioterapia, por vezes ao longo de muitos anos?

Considerando-se pacientes com doenças crônicas, certos indivíduos se tornam doentes crônicos por apresentarem alterações somáticas que levam à impossibilidade de adaptação e desenvolvimento, mesmo restrito, com necessidade de cuidados constantes (ANGERAMI-CAMON et al., 2003).

Para o paciente, a necessidade de auxílio para realização de atividades do cotidiano, consideradas básicas, o faz sentir-se incapaz. A nova condição de vida, impedida de autonomia física, pode resultar na ocorrência de depressão, insatisfação com o corpo, com o desempenho motor, bem como falta de suporte afetivo entre familiares e amigos. Além disso, esses fatores levam à perda do interesse em iniciar outras atividades ocupacionais, como as de trabalho e também atividades que poderiam melhorar sua habilidade física (RUDMAN; HEBERT; REID, 2006; WILLIAMS; IRURITA, 2006).

O doente crônico, com suas limitações impostas pela doença, geralmente, é encorajado a levar uma vida normal, na medida do possível. No entanto, percebe que o tratamento não pode curar sua doença de base. Com o tempo, o fisioterapeuta pretende fazer com que o paciente procure compreender suas limitações de atividades para continuar sua vida de acordo com elas (ANGERAMI-CAMON et al., 2003).

Vários pacientes enfrentam a perda de um corpo saudável e ativo e, para muitos, o funcionamento corporal não adequado leva a uma perda da autonomia e da capacidade de agir com independência. Sobre isso, Murta e Guimarães (2007) ressaltam que a falta de controle do organismo sobre suas funções aumenta a probabilidade de ocorrência da depressão. Isso porque a experiência com eventos incontroláveis (tais como a doença, as sequelas, enfim, o próprio corpo atual) produz respostas emocionais negativas como medo e insegurança.

Da mesma forma, muitos são os desafios associados com doenças neurológicas progressivas. As limitações funcionais refletem a incerteza sobre futuro e a possibilidade de perda de sua função social e do seu papel na família, o que ocasiona um impacto negativo na qualidade de vida, na interação social, vocacional e de lazer (CARR; SHEPHERD, 2008).

Muitos estudos trazem resultados quantitativos sobre níveis de depressão e motivação, assim como sobre os fatores de influência para a reabilitação (ARAGÃO

et al., 2004; HACKETT et al., 2005; SILVA, BRASIL; ANDRÉ, 2005). Contudo, ainda são escassos estudos que abordem qualitativamente os fatores de motivação do paciente frente à fisioterapia. Além disso, há poucos trabalhos que enfoquem a fisioterapia unida à atuação da psicologia.

O fisioterapeuta se depara com todas as consequências causadas por doenças crônicas no paciente – físicas e emocionais. O preparo desse profissional para o enfrentamento das interdições emocionais que podem influenciar na reabilitação física é o motivo de preocupação que direcionou esta investigação. Considero necessário tomar como ponto de partida a fonte dos conflitos emocionais: o paciente, como sujeito das questões norteadoras para embasamento desta pesquisa.

3. OBJETIVOS DA PESQUISA

Na abordagem construtivista semiótico-cultural destaca-se a importância de apontar os variados níveis semióticos resultantes da interação com o outro, sendo esse outro objeto ou sujeito e, mais ainda, tal abordagem pressupõe acompanhar a construção de conhecimento que resulta em uma pesquisa. Nesse sentido, vale a pena explicitar como os objetivos deste trabalho foram sendo moldados ao longo do processo de elaboração, em uma troca de informações constante entre os dados revelados gradualmente e os passos do procedimento metodológico para transformá-los em fonte de conhecimento para os interlocutores.

A relação entre uma metodologia inicialmente escolhida e os dados que aparecem como resultado do procedimento de pesquisa não é uma relação rígida, pré-estruturada e não passível de mudança. Ao contrário, os dados resultantes podem alterar o percurso metodológico e ajudam a definir a melhor estratégia para analisá-los a fim de não escapar informações relevantes para os interesses do pesquisador.

Inicialmente, a reflexão que provocou inquietação nesta fisioterapeuta foi por que determinados pacientes vão à fisioterapia e outros, em condição física e potencial de melhora semelhante, não frequentam o tratamento proposto?

Os desdobramentos desta primeira pergunta vão em direção a outros fatores relacionados ao âmbito da fisioterapia e às pessoas que os compartilham, e que são ‘fatores-gatilho’, incentivadores ou inibidores para o indivíduo que precisa participar da fisioterapia. Por isso a decisão de focar a análise no sujeito paciente de fisioterapia.

A questão seguinte foi proposta com base em experiência pessoal como fisioterapeuta e se constituiu no interesse pela compreensão do que a relação com o profissional representa para o indivíduo em tratamento. *Seria esta relação motivo para o paciente frequentar ou não a fisioterapia?*

Após a transcrição e primeiras análises do conteúdo das gravações com os pacientes (procedimento descrito a seguir, no capítulo 4 - Método), os objetivos do trabalho, norteados pela questão explicitada no parágrafo anterior, foram sendo elaborados a partir das falas dos participantes e se voltaram à tentativa de perceber as nuances dos motivos, razões e desejos por eles alegados para buscar a fisioterapia, que poderiam compor um todo de razões que os levariam para o

tratamento. Sim, porque os participantes da pesquisa são (ou eram na época dos procedimentos da pesquisa) frequentadores do tratamento.

Dessa forma, a partir da emergência de informações apreendidas pela pesquisadora e como desdobramento dos pontos de partida mencionados, acrescidos aos objetivos iniciais do trabalho foi se configurando a necessidade de investigar:

1) A temporalidade dos processos de relação do paciente consigo e com os outros (o fisioterapeuta aí incluído), já que esse aspecto é central para o sujeito enfrentar as angústias do presente, cujos significados são sempre relacionados às memórias passadas e ao futuro imprevisível.

2) Os valores positivos e negativos atribuídos pelos pacientes às experiências consigo mesmo e nas relações eu - outro (o fisioterapeuta aí incluído);

3) O processo de empatia, que se constrói na relação fisioterapeuta - paciente, necessário para haver a interação entre ambos.

4) As tensões geradas pela ruptura de expectativas do paciente e do fisioterapeuta, por perceberem que as metas outrora planejadas nem sempre serão atingidas.

4. MÉTODO

Segundo Valsiner (2006), o método da pesquisa é um processo cíclico, no qual há uma relação constante entre as suposições gerais sobre o mundo do pesquisador, as elaborações teóricas e o fenômeno a ser compreendido. Assim, o método usa a natureza do fenômeno e as construções teóricas para transformar o fenômeno em dados. Na metodologia, o pesquisador age como sintetizador do novo conhecimento, baseado nas experiências próprias e em outras adquiridas extrinsecamente.

O pesquisador e os participantes trabalham juntos no processo de construção de conhecimento sobre o fenômeno. Participantes têm informação privilegiada sobre o fenômeno que é tema do diálogo. Pesquisadores têm estratégias privilegiadas de interpretação sobre a informação. Assim, a pesquisa forma-se em um campo de ação simbólica onde, pelo menos, duas pessoas (o pesquisador e o sujeito) estão em conversação, tensão e negociação sobre um fenômeno, os temas do seu diálogo (SIMÃO, 1988,1989,1992, 2007).

A pesquisa foi desenvolvida por meio de um delineamento de análise qualitativa a respeito das interações paciente - fisioterapeuta em relação a sessões de fisioterapia. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL/HURNP) em 22 de março de 2011, parecer 026/2011 (ANEXO A).

Os dados obtidos por este estudo, desde informações dos sujeitos participantes ao conteúdo das entrevistas realizadas e análise do diálogo resultante dessas entrevistas, serão utilizados exclusivamente com objetivos científicos e as identificações ficaram ocultas, a fim de resguardar a privacidade dos sujeitos da pesquisa.

O local escolhido para seleção dos pacientes participantes e realização dos procedimentos da coleta dos dados foi a Clínica de Doenças do Aparelho Locomotor – Centro de Reabilitação Motora Multidisciplinar, situada no centro de Londrina, Paraná.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados, em caráter sigiloso, aos envolvidos no trabalho, principalmente aos profissionais fisioterapeutas, à medida que sejam interessantes e pertinentes para a evolução do tratamento dos

pacientes participantes e outros indivíduos que enfrentarem situações semelhantes na fisioterapia.

4.1 Participantes

Como atores do fenômeno estudado, a escolha dos participantes foi orientada por sua atuação em eventos relativos ao problema a ser investigado; foram, por isso, intencionalmente escolhidos, a partir dos seguintes critérios: 1) adultos (maiores de 18 anos); 2) com diagnóstico de doença ou sequela neurológica (adquirida, progressiva ou degenerativa); 3) em condições físicas de compreender as perguntas feitas, bem como de respondê-las por meio da linguagem falada; 4) que estavam frequentando tratamento de fisioterapia convencional regularmente.

Foram excluídos os indivíduos: 1) que possuíam diagnóstico clínico diferente da área neurológica; 2) que apresentavam qualquer dificuldade de fala ou distúrbio de compreensão (esses dados foram obtidos através do contato com a fisioterapeuta responsável pelo tratamento do indivíduo em questão); 3) com desordem neurológica inseridos em programas de tratamento alternativos à fisioterapia.

Vale ressaltar que a injúria em áreas motoras do sistema neurológico leva o indivíduo a apresentar sequelas que o deixam em condição motoramente desfavorável para realizar movimentos perfeitos no que diz respeito à funcionalidade. Entretanto, a correta forma de denominação dessa condição desfavorável ainda gera discussões no campo da saúde.

Sobre isso, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que o termo 'deficiência' seja utilizado para se referir a problemas na função ou estruturas corporais; o conceito de 'incapacidade', por sua vez, serviria como um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Para fins de procedimento de pesquisa, no entanto, será utilizado o termo

‘deficiência’ quando for aqui referida a condição motora que o indivíduo apresenta após a injúria no sistema nervoso que o levou àquela situação.

Para a escolha dos sujeitos, a pesquisadora conversou o (a) fisioterapeuta responsável pelo tratamento atual dos pacientes que frequentavam a clínica para obtenção das seguintes informações: histórias pessoais e de doença, diagnósticos clínicos, diagnósticos fisioterapêuticos (sequela motora), graus de dependência e prognósticos fisioterapêuticos. Para o mesmo fim, a pesquisadora também estudou os prontuários clínicos dos pacientes que, na época da pesquisa, eram recentes e assíduos na fisioterapia.

O delineamento metodológico não comporta decisões, *a priori* dos resultados preliminares no que se refere ao número de participantes. A saturação do número de entrevistados, bem como de entrevistas, são identificadas pela plausibilidade do conteúdo obtido nas entrevistas iniciais, suficiência informativa nas respostas dos participantes e, também, coerência na interpretação dos dados, em sua totalidade, em virtude da questão de pesquisa e dos objetivos (item 3, pág. 27 e 28).

Todos os envolvidos foram esclarecidos sobre os procedimentos e objetivos desta pesquisa, e os pacientes escolhidos segundo os critérios acima concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Foram selecionados quatro pacientes para participarem da pesquisa, cuja caracterização apresenta-se no quadro abaixo:

Nome ¹	Sexo ²	Idade (anos)	Profissão ³	Diagnóstico Médico	Diagnóstico da Fisioterapia	Tempo de Lesão ⁴	Locomoção e AVDs ⁵
C.D.	M	25	Carpinteiro e garçom	Astrocitoma neoplásico (medula)	Paraparesia; segmento lesionado: L3-L4	Dois meses	Utiliza cadeira de rodas e necessita de auxílio para o banho
M.P.	M	39	Motorista de ônibus	Traumatismo raqui-medular	Tetraparesia; segmento lesionado: C8-T1.	Dois Anos	Utiliza cadeira de rodas e necessita de auxílio para o banho e alimentação.
M.M.	F	39	Vendedora e Estudante	Cisto ósseo aneurismático em vértebra T5	Paraplegia; segmento lesionado: T4.	Sete Meses	Utiliza cadeira de rodas e é dependente para todas as atividades.

W.S.	M	18	Carregador e Estudante	Traumatismo crânio-encefálico e fratura de úmero D	Hemiparesia à esquerda.	Dois Meses	Locomoção independente e independência para todas as atividades.
------	---	----	------------------------	--	-------------------------	------------	--

Quadro – 1: Caracterização dos participantes

¹ As identidades dos participantes serão mantidas em sigilo e, portanto, serão utilizadas siglas que correspondem às iniciais dos nomes próprios.

² São utilizadas as siglas: “M” para masculino e “F”, feminino.

³ Atividades profissionais que os participantes exerciam anteriormente às sequelas que os levaram à fisioterapia naquele momento.

⁴ Corresponde ao tempo que se passou desde a instalação da sequela neurológica até janeiro de 2011.

⁵AVDs: Atividades de vida diária – compreendem aquelas atividades que se referem ao cuidado com o corpo (vestir-se, fazer higiene, alimentar-se) (fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). Aqui, são citadas as atividades nas quais o participante necessitava de algum auxílio de terceiros, no momento da entrevista (janeiro de 2011).

A diversidade de diagnósticos clínicos observada na caracterização dos participantes não foi planejada na pesquisa. Além dos critérios já mencionados, contou-se também com informações sobre a disponibilidade demonstrada pelos pacientes e envolvimento com a fisioterapia. Esses dados foram informados pelas fisioterapeutas no momento de diálogo inicial com a pesquisadora.

4.2 Procedimentos para coleta dos dados

Inicialmente, a autora do estudo acompanhou as atividades de fisioterapia sequenciais de cada um dos participantes ao longo do mês de janeiro e, sob aceitação do (a) fisioterapeuta responsável, realizou a entrevista semi-estruturada durante uma das sessões de fisioterapia, em um dado momento de descanso entre um exercício e outro. Particularmente com o paciente W.S., a pesquisadora, enquanto fisioterapeuta, prestou auxílio para a clínica e realizou o atendimento e orientação dos exercícios, que outrora havia assistido, ao mesmo tempo em que gravou a entrevista.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro de questões elaboradas pela pesquisadora (APÊNDICE B) para obter informações dos participantes sobre os aspectos emocionais que poderiam emergir no processo de doença; os motivos, não físicos, que os levaram à fisioterapia (expectativas e interesses com relação ao

tratamento); os papéis por eles atribuídos ao fisioterapeuta e, aspectos considerados importantes na relação terapeuta - paciente.

As entrevistas foram gravadas durante a sessão de fisioterapia habitual de cada participante, em uma sala em que havia quatro tablados para atendimento e que circulavam quatro fisioterapeutas e seus respectivos pacientes, em sessões que duravam cerca de cinquenta minutos. No mesmo ambiente, estavam presentes também alguns acompanhantes dos pacientes em tratamento. Dos entrevistados para a pesquisa, apenas um (C.D.) esteve acompanhado por sua esposa e filha durante a gravação.

A pesquisadora confeccionou três cartões de papel, contendo em cada um deles as seguintes palavras impressas: 'fisioterapia', 'reabilitação' e 'deficiência'. No início da entrevista, isto é, no início da sessão de fisioterapia daquele dia, ela apresentava os cartões para o participante, de maneira aleatória e não necessariamente na mesma ordem a todos os sujeitos, solicitando que o paciente falasse o que lhe viesse à mente quando lesse a palavra impressa no cartão.

A randomização na apresentação das palavras não foi intencional, pois cada palavra poderia receber a significação simbólica individual, de acordo com o que cada participante "carrega" de pré-elaborações semióticas, e tais pré-elaborações somente são acessadas pela necessidade de formação de novas elaborações.

Em seguida, e de forma contínua à entrevista, a pesquisadora seguia com as questões do roteiro (APÊNDICE B), perguntando como o paciente explicaria a alguém o que é o fisioterapeuta e se ele tinha vontade de ir para a fisioterapia.

Durante os exercícios, os sujeitos foram provocados a responderem sobre o que estavam pensando naquele momento em que os faziam; da mesma maneira, quando as atividades de fisioterapia estavam encerradas naquele dia, os participantes respondiam sobre o que pensavam ao final de cada sessão.

Os diálogos entre pesquisadora e participantes foram registrados em aparelho gravador de voz e os conteúdos foram transcritos sob forma de texto, mantendo-se, na transcrição, a forma gramatical e demais expressões por eles utilizadas. (APÊNDICES C, D, F e H).

Posteriormente às transcrições e análises preliminares do primeiro grupo de entrevistas, pesquisadora e orientadora decidiram realizar novas entrevistas com os participantes, buscando investigar possíveis mudanças em relação à fisioterapia, à evolução da doença, aos resultados do tratamento e às expectativas quanto ao

tratamento (APÊNDICES E e G). As novas entrevistas foram realizadas seis meses após as primeiras.

Ao decidirem pela realização da segunda entrevista, pesquisadora e orientadora valeram-se do pressuposto de que o tempo tem característica de irreversibilidade e não-coincidência, que não permite repetição de eventos. Assim, em uma linha do tempo há sempre emergência de novidades e consequentes transformações que trazem experiências diferentes daquelas do passado (VALSINER, 2001).

Assim, apesar de o espaço físico ser idêntico, a fisioterapeuta que os trata ser a mesma, bem como o tema focal da comunicação, as segundas entrevistas são momentos diferentes que permitem captar, do indivíduo, as manutenções, modificações e elementos emergentes (MOREIRA, 2011; SIMÃO, 1988, 1989, 1992).

Além disso, pesquisadora e orientadora tomaram o pressuposto de que uma interação comunicativa é transformativa para os interlocutores porque a possibilidade de interpretar e ser interpretado gera novos significados e, estes novos significados, por sua vez, são passíveis de variadas compreensões; nesse sentido, a atividade comunicativa torna-se um espaço de tensões constantes, sempre aberto para mudanças. A esse respeito, Linell (2009) afirma que o ato comunicativo parece nunca ter um ponto final.

Sob esse aspecto que foi indicado justificou-se a necessidade de uma segunda entrevista com os pacientes também para investigar se havia novidades emergentes sobre o foco do fenômeno investigativo da presente pesquisa.

Para essa segunda entrevista, a pesquisadora conversou novamente com as fisioterapeutas responsáveis pelo atendimento dos participantes para verificar a disponibilidade deles em participar e para conhecer a opinião das profissionais quanto a seus pacientes, então sujeitos da pesquisa.

Foi averiguado que apenas M.P. e M.M. continuavam frequentando o tratamento. Quanto aos demais, as informações obtidas foram: sobre o paciente W.S., que recebeu alta fisioterapêutica e médica, por considerarem sua recuperação completa; sobre o participante C.D., que não comparecia mais às sessões desde quando foi preciso alterar seu horário habitual, por questões de funcionamento da clínica (havia dois meses). Segundo informações da fisioterapeuta de C.D., a

locomoção estava sendo realizada com auxílio de andador e o paciente estava independente para suas AVDs.

A pesquisadora acompanhou os participantes restantes em suas atividades de fisioterapia ao longo do mês de julho e, da mesma forma, realizou entrevista com os participantes durante suas sessões. Nesta segunda etapa, a pesquisadora iniciou o diálogo, buscando inquietá-los quanto ao foco do fenômeno que aqui se propõe estudar, no qual os sujeitos estão inseridos, com uma pergunta aberta e de forma coloquial: *“E aí, de lá pra cá, como que você tá?”* (ver APÊNDICE E, linha 03 e APÊNDICE G, linhas 09). Nota-se, entretanto, que M.M. não se lembrou espontaneamente da pesquisadora e foi necessário situá-la no tempo e no propósito do encontro (linhas de 01 a 08, no APÊNDICE G).

Simão (2010a) traz de Rommetveit⁴, um teórico da comunicação, que a troca de informações entre dois sujeitos estão imbricadas com o momento e o local da atividade comunicativa e com a identificação de um interlocutor pelo outro. Aqui cabe também a ideia de contextualismo, trazida por Linell (2009), na qual a construção de sentido de um dado discurso é sempre interdependente de contextos: um discurso não ganha sentido fora do seu contexto relevante, ao mesmo tempo em que esse contexto não existe na ausência de discurso.

A noção de contexto é mais complexa do que apenas uma circunstância periférica que envolve a comunicação. Existem os contextos percebidos, que são, em algum aspecto, propositalmente instaurados como relevantes pelos participantes na situação e, por outro lado, há os contextos potenciais, que são contextos latentes, em que os significados estão acessíveis e podem, eventualmente, tornarem-se relevantes (LINELL, 2009).

Portanto, o diálogo iniciado com uma questão ampla não corresponde à evasão do tema sobre o qual se pretende inferir impressões, opiniões do sujeito interlocutor; pelo contrário, há muito significado emergente quando a interação comunicativa se estabelece justamente no momento e local em que objetos de investigação se revelam.

⁴ ROMMETVEIT, R. On the architecture of intersubjectivity. In: ROMMETVEIT, R.; BLAKAR, M. **Studies of Language, thought and verbal communication**. Londres: Academic Press, 1979, pp.147-61.

Igualmente à primeira, a segunda entrevista foi registrada em aparelho gravador e seu conteúdo foi transcrito em forma de texto, sendo mantida a versão falada.

4.3 Procedimentos para análise dos dados

Em linhas gerais, o tripé no qual está inserida esta pesquisa e, que, será o foco de atenção de análise, é a correlação das noções de ruptura, inquietação e expectativas, também relacionadas à questão da temporalidade. São três noções-chave que se referem a acontecimentos revelados nas entrevistas porque foram balizados pelas perguntas da pesquisadora, para darem conta das novas experiências que emergem constantemente.

O tipo de análise das informações foi metodologicamente selecionado de acordo com os pressupostos do construtivismo semiótico-cultural em Psicologia, optando-se pela análise microgenética.

Por meio da análise microgenética a pesquisadora buscou investigar o processo de construção de conhecimento do indivíduo em face de situações novas que ele experimenta e que o desestabiliza. Esse tipo de análise pode capturar novidades que emergem naquele processo, reorganizando as experiências desestabilizadoras e sendo, portanto, novidades no nível conceitual do processo de desenvolvimento do indivíduo (VALSINER, 2007).

Na presente pesquisa, a opção pela análise microgenética atende à perspectiva teórica de que as ações simbólicas do paciente, dirigidas a si e aos outros, são balizadas especialmente por suas inquietações frente à nova situação em que se encontra e por suas expectativas e desejos de ultrapassá-la, e, na qual, o fisioterapeuta é um dos “outros significativos” e as sessões são o momento em que suas relações se dão.

Foi com objetivo de explorar a microgênese do desenvolvimento das ideias dos participantes que as questões do roteiro-guia (primeira entrevista) foram incluídas em momentos do diálogo entre a pesquisadora e o paciente, conforme descrito no item 4.2. Mais uma vez, cabe a ideia de que as percepções que são feitas do mundo, ou de um fenômeno, são inerentes ao lugar e à posição em que os

indivíduos estão naquele momento, isso porque as apreensões que são feitas de um objeto são, na verdade atributos da relação dele com outros objetos (SIMÃO, 2010a).

Para organizar a análise dos dados, a pesquisadora elaborou um quadro síntese quanto às atribuições de significados positivos ou negativos, conforme adjetivação feita pelos participantes, para aspectos da (a) temporalidade, (b) relação do sujeito consigo mesmo, (c) relação do sujeito com os outros, inclusive o fisioterapeuta, (d) relação com a fisioterapia, enquanto um processo. A elaboração do quadro permitiu a visualização geral dos resultados de cada análise, com o intuito de facilitar a observação de convergências ou divergências entre os participantes ou, até mesmo em cada um deles, a fim de identificar se haveria ou não congruência entre as relações no âmbito da fisioterapia e fora dela (Quadro – 2, APÊNDICE I).

No conjunto de informações coletadas a partir das transcrições dos diálogos, a pesquisadora identificou aquelas que: 1) remetiam à palavra-chave da questão; 2) refletiam alguma transição do sujeito no processo de construção de conhecimento; 3) apresentavam pontos de mudança, isto é, “momentos de virada” perceptíveis na construção de conhecimento pelo participante e, logo após, tomando como base os esses pontos, elaborou uma síntese das interpretações das análises de falas dos participantes.

Como forma de sintetizar e ilustrar os resultados obtidos a partir dos diálogos com os sujeitos, a pesquisadora elaborou diagramas para cada uma das entrevistas, utilizando o aplicativo ‘Cmaptool’ (programa IHMC – Cmaptool, versão 5.03). O aplicativo é uma ferramenta para construção de mapas conceituais, possibilitando a representação de conceitos e suas interrelações (TAVARES, 2007). A elaboração de mapas conceituais permite variadas interpretações do processo em foco, tanto pela pesquisadora, em diferentes momentos da sua relação com a pesquisa em si, quanto por outros que tenham interesse no tema, a depender de que maneira novas “aferições” do conhecimento são percebidas instante a instante, nas bases cognitivas de cada um.

Cada um dos diagramas construídos para organizar o conhecimento apreendido das análises é seguido da explicação interpretativa elaborada pela pesquisadora, norteador a direção da leitura dos mesmos (diagramas 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Já que os diagramas são representações ilustrativas sobre o que foi inferido das análises microgenéticas das entrevistas, cabe indicar que as palavras circuladas referem-se a conceitos-chave que permearam o diálogo entre participantes e pesquisadora, enquanto as palavras que aparecem no meio de setas indicam termos que relacionam os conceitos-chave entre si. As setas, por sua vez, indicam relações entre os conceitos: há setas bidirecionais, indicando as palavras que guardam relações reversíveis entre si; setas unidirecionais, que prontamente representam a direção de leitura, e há setas que não apresentam direção, pois indicam apenas ligação entre um conceito e outro.

Pode-se observar que apesar de alguns conceitos aparecerem recorrentemente em diagramas diferentes, nem todos se repetem em cada uma das entrevistas, isso porque a elaboração das interrelações entre conceitos-chave depende da relevância que foi atribuída a eles no percurso do diálogo com a pesquisadora.

Vale destacar que os conceitos-chave foram agrupados de maneira a construir significados, e dessa forma, cada agrupamento de conceitos-chave forma um conhecimento sobre o participante, extraído das análises interpretativas das entrevistas. Os grupos de conceitos receberam uma cor, que será indicada em seguida do diagrama para nortear a leitura dos mesmos. Algumas palavras, contudo, podem fazer parte de dois grupos de significados no conhecimento representativo, estando ilustradas com duas cores.

5. RESULTADOS

Com base no exposto na seção precedente, os resultados são apresentados a seguir, em duas partes. Da primeira parte, consta, para cada um dos entrevistados uma síntese interpretativa das informações extraídas dos diálogos em razão dos objetivos da pesquisa. Na segunda parte, procede a ilustração pelo diagrama, que representa o conhecimento apreendido dos participantes desde a perspectiva da pesquisadora a respeito da participação deles na fisioterapia e o que a envolve. Cada diagrama é seguido pela respectiva explicação e orientação quanto à leitura.

Após a exposição dos resultados de análise de cada uma das entrevistas, esta seção contém uma síntese generalizada do processo, com base na análise interpretativa das experiências particulares relatadas pelos participantes.

A.1 Informações extraídas do diálogo com C.D. (APÊNDICE C) e síntese interpretativa

Deficiência: assume como sua própria condição atual; só compreensível como experiência de si, intransferível (linha 02).

Reabilitação: processo difícil a passar para voltar a ser o que era antes. C.D. se refere também como um dos passos a seguir para trabalhar novamente. Dificuldade em aceitar a experimentação em si daquilo que via no outro (a deficiência) (linha 04).

Fisioterapia: considera muito importante e remete à fala do médico: ‘você pode largar da sua mulher, mas você não pode largar a fisioterapia’; garantia da possibilidade de atingir o esperado (linha 06).

Fisioterapeuta: relaciona a profissão com aspecto afetivo-emocional. Reforça o lado empático da relação com o profissional e como o fisioterapeuta pode servir de exemplo para outros profissionais; distingue valorativamente e implicitamente, segundo esses critérios, o bom do mau profissional (linha 10).

Vontade de ir para fisioterapia: a vontade de ir para fisioterapia está diretamente relacionada com a superação do problema que enfrenta. Destaca a perda de autonomia e a perda da identidade de homem adulto, forte e independente.

Por outro lado, demonstra equilíbrio entre o que deseja para si e a satisfação pelo que já ganhou até agora desde o início da fisioterapia, em comparação a outros que se apresentam em situação pior (linhas 12 a 16).

Compara a situação de dependência em que se encontra com a situação de desenvolvimento psicomotor da criança, sua filha. O que está em jogo é o andar ou não, independente de dois momentos ontogenéticos completamente diversos. Deixar esse aspecto de lado o aproxima afetivamente do vir a ser esperado, desejado (locomover-se com autonomia novamente, linha 14).

Experimenta a incongruência da temporalidade *versus* tempo: a mudança repentina para uma condição que, se ultrapassada, demorará muito a acontecer (linha 14).

O que pensa ao final da sessão de fisioterapia: inquietação pelo futuro desconhecido, ao mesmo tempo em que apresenta a expectativa positiva quanto ao devir (animação) e se conscientiza quanto à importância do próprio estado de ânimo para a possibilidade de realização do devir desejado.

Cada sessão de fisioterapia é um passo em direção à melhora (linha 18).

A ruptura de um estado anteriormente pensado como estável, ou seja, a instalação da deficiência motora que resultou na locomoção por cadeira de rodas trouxe com ela a sensação de perda dos atributos de homem forte, saudável, pai e trabalhador. Para dar conta da angústia, C.D. projeta expectativas contempladas nos exercícios motores que ele realiza na fisioterapia (linha 18) e compara o retorno do seu andar com o desenvolvimento motor de sua filha, que ainda não iniciou a deambulação. A comparação com sua filha também é uma estratégia de conforto em relação ao futuro obscuro, pois C.D. toma o andar da filha como fisiologicamente mais provável para apoiar o seu retorno a andar, prognosticamente desconhecido (linha 14).

C.D. se mostra bastante empenhado em relação à ida à fisioterapia. Para ele, sentir resultados a cada sessão é o que o impulsiona para continuar frequentando as atividades propostas pela fisioterapeuta; no entanto, ressalta que são pequenos resultados com vistas a um plano maior para si mesmo, que é o de voltar a andar e que ele ainda não realizou; deposita a responsabilidade e confiança na fisioterapeuta para que atinja essa meta de voltar a andar.

Apesar do desejo de voltar a andar, C.D. percebeu, ao longo do tratamento, que esse percurso é árduo e depende do tempo. Dessa maneira, ele altera sua própria vivência temporal resignificando e, portanto, valorizando pequenos ganhos

em cada ida à fisioterapia e, ainda, se compara a outros em situação similar, mas com funcionalidade menor e menos recursos (linha 4 e 16).

Ao notar em si mesmo uma condição melhor do que a que estava anteriormente e melhor do que a de outros, C.D. reorganiza-se, subjetivamente, diante do evidente retardamento, adiantamento e incerteza quanto a voltar a locomover-se com autonomia; essa reorganização parece lhe permitir ressignificar também o papel da fisioterapia (com relação ao início do tratamento, conforme ele relata), de modo que aumentam suas chances de atingir o desejado (linha 16).

Entretanto, em um aparente paradoxo, C.D não estava mais inserido no programa de fisioterapia. O participante não compareceu às sessões de fisioterapia subseqüentes porque foi alocado para outro horário; por conseguinte, não há como afirmar que C.D. tenha desistido de continuar no tratamento. A esse respeito, pode-se apenas elaborar suposições, pois C.D. não comunicou suas ausências para a fisioterapeuta que o acompanhava.

A pesquisadora supõe que tenha havido dificuldade de se planejar para o novo horário por causa do transporte ou de acompanhante. Por outro lado, C.D. pode ter movido menos esforços para arranjar-se no horário porque já estava se locomovendo com auxílio de andadores e, então, seu objetivo de ‘voltar a andar’ estava atingido.

Cabe aqui uma observação como fisioterapeuta, a locomoção com auxílio de andadores, ainda que proporcione mais liberdade de movimentação, tal uso não implica em funcionalidade ideal de locomoção.

A.2 Diagrama de C.D.

Diagrama 1: Representação do conhecimento de C.D. sobre suas noções de deficiência, participação na fisioterapia e relação com o fisioterapeuta.

Conforme apresentado na seção verde do diagrama 1, para C.D. a deficiência é resultado de uma transformação dele próprio em relação ao seu passado, já que a condição de deficiente agora é experimentada por ele e não mais apenas observada no outro. E ainda em comparação ao outro, ele se vê melhor devido à fisioterapia.

O agrupamento de conceitos na cor rosa ilustra que, para C.D., ir à fisioterapia é uma ação a ser praticada e uma meta escolhida para chegar ao desejo de ter o futuro transformado em relação à deficiência, ou seja, o desejo de superação.

Nesse processo, a fisioterapeuta é coparticipante para que a ação de ir à fisioterapia se dirija para a superação, como mostrado pela cor alaranjada.

B.1 Informações extraídas do diálogo com M.P. na 1ª entrevista (APÊNDICE D) e síntese interpretativa

Deficiência: aceita a nova condição como inerente a si (linha 24).

Fisioterapia: mostra-se disponível e à vontade para falar sobre o assunto e remete ao ganho de independência, autonomia (linha 28).

Reabilitação: retoma à fisioterapia; não diferencia as duas palavras – fisioterapia e reabilitação. (linhas 29 a 32).

Fisioterapeuta: relaciona a profissão com o conhecimento técnico e reforça a necessidade do profissional para lidar com a situação que ele (e outros) enfrenta (linha 36).

Vontade de ir para fisioterapia: representa prazer, necessidade, obrigação, continuidade, oportunidade de movimentação do corpo, e destaca a importância de um bom serviço (linhas 40 a 58). Há também o aspecto da sociabilidade, que é ilustrado pela transcrição da linha 42 sobre a conversa de M.P. com outro paciente.

O que pensa durante os exercícios: os exercícios são objetivos no momento da fisioterapia. E mais, suas expectativas quanto ao direcionamento do tratamento não foram atingidas (linhas 61 e 62).

O que pensa ao final da sessão de fisioterapia: os exercícios devem ser feitos: obrigação. Remete à satisfação da ida à fisioterapia (linhas 84 a 86).

M.P. integrou a deficiência como inerente a si. Essa suposição retirada da análise da primeira entrevista com o participante é baseada na própria fala de M.P. (linha 24, APÊNDICE D), porém, na fala, ele recusa o nome ‘deficiência’, talvez porque não considere sua condição menos favorável do que as pessoas que se deslocam sem necessidade de cadeira de rodas. Para M.P., suas pequenas metas vão em direção ao ganho de independência, mas ele não menciona o ‘voltar a andar’ como fez C.D., no caso anterior.

M.P. tem nítida noção de que sua lesão tem caráter irreversível diante dos recursos que a medicina dispõe atualmente, mas o fato de ele não mencionar a vontade de ‘voltar a andar’ não significa que ele não carregue consigo esse desejo, até porque, o andar funcional, sem auxílio de aparelhos, é mais socialmente aceito e está diretamente relacionado ao livre-arbítrio do ser humano.

Da primeira entrevista, supõe-se que M.P. tenha a fisioterapia como uma atividade para impedir perdas em relação ao seu corpo. A fisioterapia, portanto, tem papel fundamental como forma de manutenção de si e, a fisioterapeuta recebe atribuições de profissional capacitado.

A fisioterapia apontada como forma de obrigação para manutenção do corpo pode estar diretamente relacionada ao fato de M.P. aceitar a condição de deficiente e não mencionar o desejo de grandes transformações em sua situação atual, diferente de C.D., que declara sua evolução gradativa em cada fisioterapia e demonstra claramente a vontade de voltar a andar.

Sabe-se a que as rupturas ao longo do percurso de um sujeito requerem a elaboração de expectativas como forma de confortar as inquietações. O participante remete suas expectativas para o ganho de independência, mas se não é possível chegar a ela pelo andar, então ele foca no ganho de habilidades com as mãos.

Entretanto, na primeira entrevista, M.P. revela que a fisioterapeuta inicial, após a lesão adquirida, não objetivou exercícios para as mãos, conforme sua expectativa. Parece, por um lado, em uma rápida observação, que M.P. não insistiu para que a fisioterapeuta se atentasse para essa questão; por outro lado, a fisioterapeuta não se atentou para a expectativa de M.P., independentemente da indução do paciente para tal. Sobre isso, há algumas hipóteses: M.P. não interferiu no seu tratamento inicial porque não entendia sua sequela e, sendo assim, já atribuía à fisioterapeuta os conhecimentos específicos, ou ele esperava, até um dado momento, a recuperação dos membros inferiores.

É interessante observar que esse participante age e se relaciona com os outros e consigo mesmo como se estivesse em uma situação confortável de aceitação da nova condição e 'autoconsistência' (BOESCH, 1993), porque considera que não há mais o que ganhar ou perder a partir de seu estado atual. Por essa razão não se mostra inquieto quanto à passagem do tempo. Ou, ao contrário, para M.P., a ida à fisioterapia garante-lhe um momento de atenção exclusivamente conferida a ele, o que ele parece valorizar bastante e, nesse sentido, a passagem do tempo não deverá trazer grandes novidades.

Outra observação interessante diz respeito às transcrições das linhas 77 a 80, nas quais é possível notar certa abertura no diálogo entre o entrevistado e a pesquisadora e, dessa forma, houve espaço para que a pesquisadora perguntasse sobre o motivo que acarretou na lesão de M.P. Todavia, no momento da pergunta, M.P. deixou revelar uma aparente insegurança, demonstrada pela sensação de queda durante o exercício que lhe estava sendo proposto.

B.2 Diagrama de M.P.(1)

Diagrama 2: Representação do conhecimento de M.P. sobre a deficiência, a fisioterapia e o fisioterapeuta, na primeira entrevista.

Da primeira entrevista (APÊNDICE B), pode-se dizer que M.P. toma a deficiência como uma nova experiência para ser vivida dali em diante, como se pode observar pelo agrupamento verde.

Em azul, é mostrado que essa aceitação (integração) foi intermediada pela fisioterapia.

Para ele, fisioterapeuta (agrupamento rosa) é parte do processo de fisioterapia e essa é uma ação a ser praticada em direção ao desejo de independência, a ser alcançado em um futuro.

Por outro lado, M.P. deixa revelar que as expectativas que ele tinha para alcançar seu desejo não foram atingidas pela fisioterapia, como apontado na linha 62, e visualizado no diagrama 2 na cor alaranjada.

C.1 Informações extraídas do diálogo com M.P. na 2ª entrevista (APÊNDICE E) e síntese interpretativa

Com questões abertas, o participante norteia a comunicação.

- Lista atividades que está realizando com independência ou mínimo de auxílio desde a última entrevista (linhas 06 a 18).
- Reforça a necessidade de ir para fisioterapia como meio para alcançar seus objetivos frente à nova situação (linhas 52 a 55).

A primeira menção que M.P. faz à pesquisadora no segundo momento de diálogo é em relação a uma habilidade adquirida com as mãos (linhas 06 a 12). A manifestação de M.P. para citar a melhora das mãos está diretamente relacionada à sua expectativa de independência inferida da primeira entrevista.

O significado de M.P. estar realizando tarefas que antes não fazia, é o de que as tensões geradas pela ruptura, causada pelo acidente em seu curso de vida, o impulsionaram para insistir efetivamente na fisioterapia (linha 55).

Contudo, não se nota perda quanto ao seu relacionamento com a fisioterapeuta (mesmo porque, a atual não é a aquela que iniciou seu tratamento após a lesão). Pelo contrário, supõe-se que devido a M.P. estar mais próximo de chegar a um estado aparentemente mais confortável que o anterior (constatados os ganhos motores desde a primeira entrevista), a relação com a fisioterapeuta parece estar mais empática e próxima do sentimento de confiança.

Há aí o fator tempo de convívio, que pode proporcionar estreitamento nas relações interpessoais; mas há também no tempo de convívio, oportunidade de abertura para relações afetivas mais positivas, calcadas na sensação de satisfação e aparente 'melhor equilíbrio pessoal', que, no sentido de Boesch (1993), é quando o sujeito percebe sua autossuperação. Da mesma forma, o ganho de independência pode significar adensamento das relações com os outros porque a dependência cedeu espaço para as relações afetivas.

C.2 Diagrama de M.P. (2)

Diagrama 3: Representação do conhecimento de M.P. sobre a deficiência, a fisioterapia e o fisioterapeuta, na segunda entrevista.

M.P., nesse segundo momento, mostra-se mais complexo em relação às interpretações que pudemos extrair da análise anterior de suas falas. É possível destacar, em vermelho, a inclusão da menção ao ‘eu’, indicando que M.P. mostra-se ativo no processo de integração das novas experiências à situação de deficiência. M.P. também toma a responsabilidade para si mesmo (“eu”) pela elaboração de metas para chegar à independência, que se constitui em um desejo.

Conforme ilustrado pela cor rosa, M.P., toma o fisioterapeuta como parte do processo de fisioterapia e essa como parte do processo em direção à realização do desejo.

No agrupamento alaranjado, M.P. demonstra que o fisioterapeuta (fisioterapia) atingiu as expectativas que podem aproximá-lo do alcance do seu desejo.

D.1 Informações extraídas do diálogo com M.M. na 1ª entrevista e síntese interpretativa

Fisioterapia: refere-se a um progresso (linha 04).

Reabilitação: não diferencia de fisioterapia (linha 05).

Deficiência: assume como sua condição atual, mas destaca sua decepção com os outros frente à sua nova situação (linhas 06 a 09). Sentimento de tristeza explicitado (linha 06).

Fisioterapeuta: remete à empatia, no sentido de preocupar-se com o outro (linha 11).

Vontade de ir para fisioterapia: relaciona a ida à fisioterapia a uma possibilidade de expansão da sua melhora e destaca a necessidade da ida à fisioterapia, inclusive sob condições adversas (linha 16).

O que pensa durante os exercícios: satisfação. Sensação de estar cumprindo seu papel em direção à sua melhora (linha 13).

O que pensa ao final da sessão de fisioterapia: no campo das possibilidades, uma meta foi atingida (linha 18).

M.M. demonstra claramente as estruturas emocionais abaladas resultantes da ruptura de um estado anterior aparentemente confortável. As alterações físicas que se instalaram também modificaram as relações interpessoais, tanto porque M.M. carrega o sentimento de decepção com os outros, quanto porque parecer triste afasta as interações afetivas, ou pelo menos, impede que ela perceba essas interações em si mesma.

M.M. deixa nítidas suas angústias em relação à temporalidade porque, obviamente, o passado não deu sinais de que essa situação poderia lhe ocorrer e, como forma de amparo, M.M. responsabiliza a si mesmo a culpa por não ter percebido as rupturas que eventualmente surgiriam no percurso do tempo.

Dessa forma, M.M. traz à tona a revisitação presente de uma expectativa do passado (linha 07). Trata-se de uma resignificação da expectativa de que estamos isentos, protegidos e afastados de certos perigos futuros; no presente, em que se verifica a expectativa passada como não atingida, passa-se a pertencer ao grupo dos “outros para quem as coisas podem acontecer”, o grupo dos “outros suscetíveis”. A resignificação de acontecimentos na relação temporal passado - presente - futuro é, portanto, uma resignificação das relações eu - mundo.

Quanto à fisioterapia, M.M. a toma como um meio de superar as tensões e relaciona com suas necessidades, já que os pequenos resultados em cada sessão são possibilidades de M.M. não depender mais dos outros. O fisioterapeuta é, para M.M., um ‘outro’ diferente dos demais, pois, de fato, a profissional age de modo a ajudá-la a ultrapassar a situação difícil.

M.M. destaca a fisioterapia e o profissional como incentivadores para alcançar uma situação melhor do que a que se encontra no momento e reconhece pequenas evoluções em cada ida à fisioterapia, porém sua participação no processo é diferente daquela vista em M.P. (APÊNDICE E, linha 55: *“Porque... eu tenho que vir buscar, né?”*). Ela atribui sua participação ao esforço de ir à fisioterapia mesmo sob adversidades. (APÊNDICE F, linha 18: *“Sinto dever cumprido. Fico feliz por estar me esforçando.”*). Enquanto as ações de M.P. na ida à fisioterapia parecem ser uma relação de causa e consequência, pois se ele não ‘for buscar’ nada acontece quanto às suas expectativas, para M.M. parece uma tarefa que ela deve completar a fim de cumprir o papel de ‘paciente’.

Para M.M. o significado de reabilitação é o mesmo de fisioterapia e corresponde à melhora da condição presente. Já para C.D., o sentido de reabilitação recebe uma conotação maior porque ele percebe como difícil a possibilidade de voltar ao que era antes das transformações ocorridas, e ele destaca também o retorno ao trabalho.

Esse aspecto comparativo entre C.D. e M.M. mostra a diferenciação entre os dois diagramas que representam suas construções de conhecimento apreendidos da entrevista. Observa-se em C.D. um diagrama mais complexo e com maior número de relações entre as palavras-chaves, enquanto que em M.M. o diagrama apresenta relações simplificadas e poucas integrações.

Além disso, M.M. parece se preparar para a constatação de que seu desejo maior de superação da deficiência não aconteça. Como forma de conforto, ela vai em direção alternativa, dessa vez em plano transcendental, e deseja para ela uma situação melhor do que a de hoje, porém menos favorável do que já teve um dia. É como se ela substituísse um desejo por outro ‘menor’ e, portanto, mais fácil de ser atingido, em um futuro mais próximo (linha 16).

A conotação da deficiência é diferente entre os participantes e pode ser motivo também de diversas construções de seus próprios processos. M.M. aparenta rejeição contra a situação de ‘deficiente’ não somente porque se remete diretamente à tristeza, mas também porque descreve as mudanças decorrentes dela. Em contrapartida, C.D. assume a deficiência como parte de si nesse momento (APÊNDICE C, linha 04: *“Você tem que sentir na pele... pra você vê o quanto é complicado”*), mas parece agir como se fosse superá-la futuramente. Já M.P. nega a palavra ‘deficiência’, porém aceita seu significado como a sua própria condição, até

porque M.P. parece perceber a deficiência como condição irreversível (APÊNDICE D, linha 24: “... Desde o começo... aceitei... porque eu tô aqui até hoje...”). O conhecimento de M.P. permite que ele trace objetivos condizentes com as possibilidades clínicas que possui e, dessa forma, fica mais fácil perceber os ganhos em relação à fisioterapia, como visto na segunda entrevista (APÊNDICE E).

D.2 Diagrama de M.M. (1)

Diagrama 4: Representação do conhecimento de M.M. sobre deficiência e sua participação na fisioterapia, na primeira entrevista.

Seguindo a leitura pela cor verde, M.M. reconhece a deficiência como uma transformação em relação ao seu passado e, conforme mostrado na cor alaranjada, essa transformação está atrelada também a suas relações com os outros.

Em rosa, observa-se que a superação da deficiência é o desejo de M.M. e será alcançado no futuro (nova transformação) por intermédio do cumprimento da meta da fisioterapia.

E.1 Informações extraídas do diálogo com M.M. na 2ª entrevista (APÊNDICE G) e síntese interpretativa

A pesquisadora precisa contextualizar o diálogo para que a participante revele seu foco de atenção e, nesse sentido, norteia a comunicação para as novidades de percurso desde a última entrevista (linhas de 01 a 11).

- a) Novidades de melhora dependem de um sistema de saúde favorável (linha 17).
- b) Deposita no tempo a decepção por não ter mais ganhos (linhas 36 e 37).
- c) Reforça aspecto de confiança na fisioterapia – relação empática com os profissionais (linhas 34 e 37).
- d) Fisioterapeuta e paciente escolhem ações diferentes em busca de uma meta (linhas 34 a 50).

Da segunda entrevista com M.M. pode-se inferir que suas angústias em relação ao tempo aumentaram. Isso porque, ao comparar-se a si mesmo no momento da primeira entrevista, M.M. não constata novidades significativas no caminho para superação do problema. Desta vez, M.M. responsabiliza a passagem do tempo por não conseguir avanços na recuperação da lesão e, mais ainda, responsabiliza todo o sistema de saúde (que são 'outros', porém não os mesmos 'outros' que lhe causaram inquietações na primeira entrevista).

M.M. apresenta negatividade que se deve, em grande parte, ao atraso no atendimento; atraso é uma vivência temporal que significa frustração, uma vez que posterga as possibilidades de realização de algo esperado. Nas condições de vida adversas, a relação urgência/atraso (temporalidade em uma das suas formas) pode criar a percepção de fracasso ou de impossibilidade mesma de atingir as expectativas (linha 37).

Atribuir a algo fora de si (seja esse algo o tempo, os outros, ou o sistema burocrático) é também uma forma de acalmar a desordem, ou seja, de reorganizar-se atribuindo a responsabilidade pelos fatos a outrem. M.M. revela o desconforto gerado pela percepção de que atingir um desejo não é uma tarefa fácil, nem tampouco rápida. E que por isso, há necessidade de criar expectativas baseadas em metas menores, de forma a satisfazer a base cognitivo-afetiva.

Ao perceber-se longe de alcançar seu desejo, parece que M.M. acentua sua negatividade em aderir às propostas da fisioterapeuta, agravando uma assimetria no envolvimento durante a sessão. Enquanto parece que a fisioterapeuta está profundamente empenhada em adensar no tratamento de M.M., a paciente, pelo contrário, parece se recuar diante da proposta constantemente instaurada pela fisioterapeuta.

A negociação possível dessa situação conflituosa é justamente M.M. ficar estagnada, ou pelo menos, conservar-se nas atividades no nível em que estão. Há

em M.M. aparente medo de decepcionar-se a si mesmo e aos outros com quem se relaciona frente aos desafios que emergem de suas experiências. Em contrapartida, continuar na fisioterapia é como se ela quisesse cumprir seu papel de construtora do próprio percurso biográfico, sem, entretanto, almejar grandes mudanças, porque percebeu que mudanças abalam estruturas estáveis, o que é indicado pelo contexto de negatividade durante todo o depoimento de M.M.

A situação de desalinhamento entre objetivos do fisioterapeuta – que conhece as possibilidades clínicas da paciente e por isso mesmo a incentiva a ir além das atividades propostas – e os medos da paciente que parece querer a estabilidade da situação, resultam em atrasos para as estratégias de fisioterapia, por exemplo, ao propor exercícios mais desafiadores que poderiam impulsionar a evolução do quadro atual de M.M. Nesse contexto, pode ainda ocorrer o inverso, em que a fisioterapeuta venha a desanimar-se por fornecer incentivos em vão.

É interessante observar que M.M. recusa elogio feito pela pesquisadora no âmbito da entrevista (linhas 24 a 29) e, justamente, vai ao encontro do contexto generalizado de negatividade durante o diálogo com a entrevistadora.

E.2 Diagrama de M.M. (2)

Diagrama 5: Representação do conhecimento de M.M. sobre deficiência, sua relação com o fisioterapeuta e participação na fisioterapia, na segunda entrevista.

Conforme ilustrado pela cor verde, a deficiência é reconhecida como transformação de seu passado, inclusive (em laranja) a transformação da relação com os outros.

A fisioterapia é uma meta a ser cumprida para chegar ao desejo de uma nova transformação, que consiste na própria superação da deficiência, como se observa no grupo rosa.

Em marrom vê-se que, para M.M., os “outros” agora são tomados também como obstáculos para realização do desejo.

Para M.M. o fisioterapeuta (aparece no diagrama 5 em cinza) está relacionado à meta de ir para fisioterapia, mas que vai em direção oposta para alcançar seu desejo.

Nessa segunda entrevista, aparece também o tempo (azul), que parece prolongar o caminho entre o desejo de superação e sua realização no futuro.

F.1 Informações extraídas do diálogo com W.S. (APÊNDICE H) e síntese interpretativa

Deficiência: algo a ser conhecido e que deve ser superado (linha 21).

Reabilitação: fisioterapia é um exemplo de reabilitação. O indivíduo vai a alguma direção (contrária a ficar parado) em busca de superação. Em W.S. há uma relação temporal entre expectativa, incerteza do sucesso (revisitação presente da expectativa no passado) e asseguramento do sucesso no presente (linha 23).

Fisioterapia: ação em direção a um futuro desejado (linha 25).

Fisioterapeuta: relaciona o aspecto empático com o profissional que tem o conhecimento (linha 27).

Vontade de ir para fisioterapia: destaca a diferença entre o esperado e o acontecido em relação à fisioterapia, com implicações à passagem do tempo (linha 69). A relação temporal vivida como atraso para atingir a expectativa baliza a relação afetiva com o tratamento.

O que pensa durante os exercícios: relaciona a fisioterapia diretamente aos ganhos em direção à melhora (linha 43).

O que pensa ao final da sessão de fisioterapia: revela a inquietação quanto ao futuro, imprevisível (linha 121).

W.S. confere à fisioterapia sentimento de confiança porque apresenta novidades significativas quando comparado a si mesmo no início do tratamento.

O dado constatado por W.S. permitiu a ele empenhar-se mais em ações em direção à sua recuperação, as quais, por sua vez, abriram espaço para mais expectativas em relação à fisioterapia e seus ganhos. O empenho de W.S. quanto à fisioterapia, comparativamente, vai contra o desânimo e aparente estado de estagnação de M.M., como visto anteriormente.

W.S. não demonstra angústias quanto ao seu futuro, mesmo porque, tem mais angústias hoje do que tinha no passado, e ele reflete essa lógica para se confortar quanto ao amanhã, desconhecido. Por outro lado, W.S. constantemente remete às inquietações que sentia no início do tratamento por não surtir resultados mais rápidos. Ao sentir os primeiros efeitos, todavia, W.S. entendeu que o processo é mais lento, dependendo das apreensões pessoais.

A esse respeito, é possível destacar que C.D. e M.M. remetem o tempo para amparar os anseios de chegarem ou não a resultados esperados (APÊNDICE C, linha 14: *“Eu fico pensando, será que vai demorar? Quando que eu vou voltar a andar?”* e APÊNDICE G, linha 37: *“porque é uma coisa que você quer, assim, pra ontem, entendeu?”*).

O aparente estado de conformação de W.S. em relação a si mesmo e à temporalidade é compreensível se lembrarmos que poucos meses após a entrevista, o participante recebeu alta médica e da fisioterapia. Não se sabe, contudo, se o que foi considerado recuperação total pela equipe de saúde corresponde à noção de reabilitação completa por W.S. em relação a si próprio.

F.2 Diagrama de W.S.

Diagrama 6: Representação do conhecimento de W.S. sobre a sua participação na fisioterapia.

No agrupamento verde identifica-se que para W.S. a fisioterapia provocou mudanças em relação ao passado e vai, como ação, dirigida ao futuro em que há superação.

A fisioterapia, como ação, corresponde a uma meta ser cumprida para W.S. chegar ao desejo (conforme mostra a cor laranja).

Destacado em vermelho, observa-se que W.S. aponta a si próprio, o 'eu', como construtor das mudanças em relação ao passado e que vão levar à superação no futuro.

G. Perspectiva generalizada dos processos individuais

Com base na interpretação de cada uma das entrevistas com os participantes, pode-se sintetizar o conhecimento de cada um em relação às suas atuações no campo acional simbólico da fisioterapia, ilustrado pelo diagrama (7).

Diagrama 7: Síntese do processo generalizado a partir das experiências particulares dos participantes.

Para os pacientes, a fisioterapia é uma ação que deve ser cumprida, como uma pequena meta em direção ao desejo de ganhar independência, isto é, realizar tarefas no dia - a - dia sem necessitar de ajuda de outros. O caminho até o desejo está envolto de expectativas de se chegar ou não no acontecimento esperado e de escolhas. Dentre possibilidades de alcançar o desejo, ambas – expectativas e escolhas são permeadas de aspectos afetivo-emocionais.

Um dos aspectos centrais envolvidos no processo de o paciente buscar alcançar seu desejo indo à fisioterapia é a temporalidade, que baliza as construções de significado pelos indivíduos, organizando as transformações carregadas pela passagem do tempo, do passado em direção ao futuro.

Nesse caso, o indivíduo retoma ao seu 'eu' no tempo que passou para remeter a um estado que antes estava aparentemente confortável e estável e que, diante das transformações que emergiram no processo, isto é, a instalação de uma

sequela motora, o paciente apresenta a inquietação por não saber como seu futuro será, e como é necessário, continua agindo em dada direção.

Todo esse espaço de ação simbólica do indivíduo, como em um processo de desenvolvimento, requer transformação em suas bases cognitivo-afetivas através das interações entre indivíduos e entre indivíduos e mundo. O paciente está constantemente em interação com o fisioterapeuta no momento das sessões de fisioterapia e coordena com ele as ações em direção ao desejo. Em um aspecto mais amplo, há trocas de experiências com os outros, seja de forma positiva, ou negativa.

Para além das interações, porém, há que se ressaltar a importância do eu-construtor. O paciente, por ele mesmo, é o ator que conduz seu próprio processo. É o sujeito, a partir de sua experiência pessoal no curso de vida, que elabora toda estrutura semiótica, inconstante, que se acabou de mencionar e que é, por sua vez, iniciada e re-iniciada a todo momento, nem sempre de maneira organizada e nem sempre consciente.

6. DISCUSSÃO

A partir dos resultados, neste capítulo foi possível apresentar as intrarrelações das construções de conhecimento de cada participante, imersos em uma mesma situação que é a ida à fisioterapia, e as inter-relações com alguns aspectos de teorias propostas por autores do construtivismo semiótico-cultural.

Segundo Zittoun et al., (2003), em um campo cultural todos os indivíduos encontram significados simbólicos que servem tanto para dar sentido aos acontecimentos vividos quanto para mediar as interações com os outros. No entanto, no percurso do desenvolvimento, as pessoas se deparam com alguma descontinuidade ou ruptura em sua experiência ordinária e, nesses casos, requerem recursos simbólicos para tentar ultrapassá-las. Os recursos simbólicos são meios de avaliação e organização que favorecem criação de ajustes e novos “encaixes” da situação que gerou a ruptura (ZITTOUN et al., 2003).

A construção de novos significados pode ser elaborada a partir de uma narrativa, um processo de (re)identidade pessoal ou ações no percurso para recuperação da estabilidade, pressupondo interações com os outros ou não (ZITTOUN et al., 2003). Assim, é possível que a fisioterapia seja um campo de recursos simbólicos para os pacientes que sofreram uma ruptura de seus estados anteriores.

A fisioterapia pode ser entendida como um campo de recursos simbólicos pelo fato de que ela consiste em um meio possível para inúmeras oportunidades de organização para o indivíduo, uma vez que a interação com o fisioterapeuta pode resultar em narrativas nos diálogos cotidianos e, por outro lado, os exercícios propostos podem favorecer a identificação pessoal por intermédio das capacidades exploradas. Ou seja, o paciente pode perceber as possibilidades do seu novo estado pós-ruptura mediante o que consegue ou não realizar na fisioterapia.

Todos os participantes, de alguma maneira, disseram que percebem a ida à fisioterapia como fonte de melhora, isto é, essa percepção pressupõe re-identificação pessoal, no sentido de Zittoun et al. (2003). W.S., por exemplo, apresentou o processo de identificação quando comparou a si mesmo no início do tratamento e ao final, prestes a receber alta.

Além disso, há na fisioterapia o contato com outros pacientes, o que implica em possibilidade de fontes para elaboração da identidade de cada um, a partir de

comparações. O participante C.D. menciona que se percebe melhor do que outros que se encontram na mesma situação.

A fisioterapia proporcionou aos participantes a reavaliação de seus percursos no decorrer do tempo, já que se percebem 'agora' diferentes do que estavam antes e tentando se perceberem melhor futuramente.

E, de forma semelhante, a própria ida à fisioterapia pode ser concebida como um recurso simbólico se for tomada como uma ação escolhida pelo paciente na tentativa de cumprir expectativas elaboradas a partir da situação de desençaixe que enfrenta.

Nas sessões de fisioterapia, em interação com o fisioterapeuta, cada participante apresentou construções simbólicas particulares sobre suas ações nessas sessões. Essas construções indicaram aspectos de um processo de desenvolvimento, em que ocorrem transformações em suas bases cognitivo-afetivas; eles instruem suas ações e reflexões sobre a situação em que se encontram.

As informações dos pacientes em relação às suas próprias atuações fornecem subsídios, ao profissional, para construção de um plano de abordagem fisioterapêutica que se aproxima das reais expectativas e sensações dos indivíduos em reabilitação e, portanto, reflete na fluência e continuidade do tratamento a ser seguido. O fisioterapeuta pode elaborar terapias de acordo com as possibilidades de ação que o paciente apresenta e obter melhores resultados com o tratamento.

Como consequência, há incentivo para vontade do indivíduo em participar da fisioterapia porque o paciente constata que as ações do profissional e do tratamento estão voltadas para suas metas. Nesse sentido, o conhecimento das ações de cada paciente favorece a coordenação de ações entre ele e o profissional. Segundo Boesch (1991), para atingir uma meta, as ações do indivíduo devem ser organizadas e coordenadas com as ações dos outros de maneira que umas deem suporte às outras ou, pelo menos, não se perturbem mutuamente.

Em contrapartida, uma vez obtida adesão mais ativa do paciente, amplia-se o campo de ação do profissional e o fisioterapeuta poderá sentir-se mais incluído no tratamento e, conseqüentemente, com mais possibilidades criativas.

Além da coordenação de ações, a relação entre profissional e paciente precisa ser garantida para que com base nessa relação possam ser construídos os objetivos do tratamento a ser seguido. Para Boesch (1991), a empatia é necessária para existir troca de significados entre duas pessoas que interagem suas ações, e

pressupõe a identificação de uma com a outra a partir da percepção das diferenças. O processo de empatia desenvolvido na relação entre fisioterapeuta e paciente integra as ações de um e de outro, imersos em um campo simbólico comum, em direção a objetivos compartilhados no tratamento, e isto pode contribuir para sua eficácia.

A relação de empatia com o profissional apareceu de diferentes maneiras entre os participantes e resultou em percursos particulares no processo de tratamento. O entrevistado C.D. mencionou o fisioterapeuta como profissional que tem amor e dedicação ao que faz, e de maneira geral, C.D. confiou o resultado do seu tratamento ao profissional. Por outro lado, M.P. destacou o conhecimento empírico do fisioterapeuta e não referiu o lado empático da relação, até porque em um primeiro momento, houve divergência dos objetivos do tratamento entre ele e o fisioterapeuta; como consequência, M.P. tornou-se mais ativo em seu processo, pois atribuiu a si próprio como o agente em busca de resultados. M.M. parecer ver o profissional de fisioterapeuta positivamente em comparação com outros da área de saúde; ainda que a fisioterapeuta tenha objetivos diferentes para o tratamento de sua paciente, as metas da profissional são mais promissoras do que aquelas traçadas por M.M. e talvez por isso a relação empática se mantenha. O participante W.S. relaciona de maneira empática o profissional que possui conhecimento, entretanto, percebeu que há necessidade de esforço mútuo para que haja efeitos do tratamento.

A relação empática entre fisioterapeuta e paciente, portanto, parece estar diretamente relacionada ao empenho de cada um em seus processos terapêuticos, tanto por proporcionar a integração de ações em direção a um objetivo comum, como em C.D. e W.S., quanto porque sua ausência faz o paciente perceber-se mais responsável pelo tratamento, como em M.P.

Todos os sujeitos que participaram da pesquisa estavam, ao menos no momento da entrevista, inseridos em suas atividades de fisioterapia. Contudo, a despeito da adesão, há que se estabelecer uma diferença entre frequentar a fisioterapia e aderir ao tratamento proposto. Por exemplo, M.M. ia para fisioterapia, porém parecia evitar a proposta de tratamento. Para ela, seu papel estava atrelado ao simples fato de 'estar lá' na fisioterapia mesmo em condições adversas relacionadas ao transporte. A divergência entre os objetivos traçados pela

fisioterapeuta e a colaboração de M.M. podem implicar, futuramente, frustração e desânimo do profissional, além de limitação das possibilidades criativas do mesmo. Por outro lado, M.P. aderiu ao tratamento mesmo não tendo suas expectativas iniciais atendidas porque conseguiu relacionar outros benefícios. Ademais, M.P. apresentou-se mais entusiasmado quando percebeu que os objetivos que havia elaborado para si mesmo estavam sendo atingidos.

A sensação de ser o responsável pelo processo também foi motivo de mais participação de W.S. em comparação ao seu início no tratamento, o qual não se mostrou muito produtivo *a priori*. W.S. percebeu a necessidade de esforço próprio, além do fisioterapeuta, quando os resultados foram aparecendo lentamente. Semelhantemente, os resultados de cada sessão de fisioterapia é o enfoque dado à C.D. quanto à aderência. Engström; Öberg (2005) concluem o que explica aderência de um paciente são os resultados alcançados e a crença dele de que o tratamento irá surtir efeitos, ou seja, os indivíduos participam do tratamento “como se” fossem melhorar futuramente, no sentido de Valsiner (2007), a partir daquele estado presente, nem sempre desejado.

Segundo Boesch (1991), em sua teoria de ação simbólica, o indivíduo inicialmente traça metas para se dirigir ao futuro e age para não permanecer estagnado em seu próprio percurso. Para ele, há sempre a busca pela autossuperação, como uma meta supraordenada, e quando o indivíduo percebe subjetivamente essa meta alcançada há aumento do potencial de ação. Nesse sentido, abrem-se mais possibilidades para ações e elaboração de outras metas e assim por diante.

Os entrevistados estavam naquelas condições funcionais por diferentes motivos clínicos. M.P. e W.S. precisaram da fisioterapia porque sofreram traumatismo em região medular e crânio-encefálica, respectivamente. Em contrapartida, tanto M.M. quanto C.D. sustentavam as sequelas da formação neoplásica, na coluna vertebral e na medula, respectivamente. Sobre essa diferença nos diagnósticos é importante ressaltar que os traumatismos são súbitos e o crescimento tumoral leva a sequelas gradativas. Todavia, ambos levaram a rupturas no percurso de vida de cada sujeito e, desta forma, todas as situações de lesão provocaram tensão de um estado anterior, visto como estável para o sujeito, e requer recursos na tentativa de ultrapassá-la.

Cabe ressaltar ainda que a palavra ‘deficiência’ foi utilizada no procedimento de coleta dos dados por ser mais conhecida no senso comum e, nesse sentido é permeada de significados impactantes, comumente atribuídos a ela. O participante C.D. lembrou da situação que experimenta (de deficiência) e que antes apenas o sensibilizava em relação aos outros em condição semelhante. M.P. negou o rótulo ‘deficiência’, no sentido do senso comum, mas carregou consigo o significado de estar em uma condição física diferente da anterior. M.M. fez referência direta ao aspecto pejorativo da palavra, mas entendeu que faz parte da sua nova situação, o que não quer dizer que a tenha aceitado.

Retomando, Di Nubila e Buchalla (2008) apontam para necessidade de terminologia padronizada para definições de ‘deficiência’ e ‘incapacidade’. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propõe que ‘deficiência’ seja usado para fazer referência a problemas na função ou estrutura corporal; o termo ‘incapacidade’, por sua vez, poderia servir como termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação e desempenho. Há ainda a definição de ‘funcionalidade’ que descreve todas as funções do corpo e desempenho de tarefas ou ações motoras. Portanto, a situação física que os participantes experimentavam no momento das entrevistas pode ser vista como perda de funcionalidade, ou ser denominada deficiência ou incapacidade.

O quadro com a caracterização dos indivíduos participantes da pesquisa (Quadro – 1, pág. 32), mostra que há diferenças quanto ao tempo de incapacidade até o momento da entrevista. Por exemplo, M.P., estava em nova condição física há aproximadamente dois anos e, em sua primeira entrevista, implicitamente aceitou o significado de ‘estar deficiente’. Ao contrário dos demais entrevistados, M.P. aparentou integrar a deficiência como parte de si mesmo e apontou objetivos terapêuticos possíveis para sua condição atual.

Já M.M., que apresentava sete meses de lesão quando foi entrevistada pela primeira vez, havia-se referido a aspectos transcendentais para almejar a deambulação com recurso que permite mais independência do que a cadeira de rodas: o andador. Nesse sentido, observa-se que M.M. não referiu o abandono total de auxiliares de marcha. O tempo de lesão que M.M. estava no momento da entrevista foi utilizado como parâmetro para comparação de si mesma em momento anterior. Cabe aqui adentrar na história regressa de M.M.. Essa paciente foi submetida à cirurgia para ressecção de tumor localizado na coluna vertebral em

outubro de 2009 e, como resultado, perdeu a função de marcha. Porém, M.M. realizou fisioterapia no período de dezembro de 2009 a abril de 2010 (ou seja, quatro meses) e teve reabilitação do andar. Porém em novembro de 2010 foi diagnosticado novo tumor que provocou sinais físicos novamente. Portanto, apesar de sete meses ser quantitativamente menos tempo do que os 2 anos de lesão apresentado por M.P., M.M. não se referiu à sua recuperação completa porque em comparação à sua lesão anterior ela já deveria ter adquirido a marcha funcional.

Os participantes C.D. e W.S. tinham adquirido suas incapacidades há dois meses no momento da entrevista. Esse tempo para eles foi suficiente para perceberem benefícios da fisioterapia e, nesse sentido, C.D. percebia-se melhor do que outras pessoas em condição física semelhante e, W.S., além de se excluir do rótulo de deficiente, mostrava-se positivo quanto aos resultados da fisioterapia.

Vale lembrar que W.S. obteve alta do tratamento cinco meses após a entrevista. Isso significa que W.S. realmente estava certo quanto ao seu desempenho nas atividades. Por outro lado, C.D. não compareceu mais às sessões, pois seu horário habitual foi alterado para outro e, sobre isso, não se tem informação precisa. Pode-se supor que ficou inviável para C.D. deslocar-se até à clínica em horário diferente ou que C.D. sentiu-se desfavorecido pela mudança.

Dessa forma, podemos relacionar o tempo de lesão com os objetivos que cada um possui em relação ao tratamento. M.P., com dois anos de lesão, traçava objetivos possíveis para sua condição motora, por que entendeu que o tempo que passou não trouxe com ele muitas novidades para sua nova situação. M.M. elaborava objetivos menores do que sua situação possibilitaria, como forma de amenizar a angústia de ver o tempo de lesão atual ser maior do que o anterior por, aquele momento, a condição motora não ter revelado sinais de reabilitação. C.D., com menor tempo de lesão, mencionou o voltar a andar como objetivo ainda presente e possível para sua condição.

Observa-se que o tempo é relativo para cada indivíduo e que a mesma medida de tempo traz significados diferentes a depender do percurso vivido e das relações estabelecidas por cada um. A temporalidade é esse aspecto relativo do tempo, isto é, a maneira subjetiva de cada sujeito apreender a passagem do tempo pelo relógio.

Conforme sintetiza Simão (2010b), temporalidade é uma experiência humana que implica construção de uma pluralidade de significados contextuais que amarram

circunstâncias do passado, do presente e do futuro da vida. Em cada indivíduo, o tempo se torna temporalidade. A maneira objetiva de ver o tempo linear e em sequência como 'antes - agora - depois' transforma-se em significados adquiridos com a experiência de vida, como parte de processo subjetivo da construção pessoal do 'eu' no mundo.

A temporalidade foi determinante nos processos simbólicos dos participantes porque favoreceu a organização das transformações, integrando-as em suas memórias da condição anterior e em seus desejos, medos e expectativas quanto ao futuro.

O processo de cada participante se assenta no ciclo de formação de desejo e reformação constante das expectativas. O desenvolvimento dos indivíduos em direção ao futuro está em contínua transformação, e a elaboração de expectativas é o que sustenta a incerteza do que está por vir. Contudo, as expectativas não são cumpridas de fato como foram inicialmente esperadas pelo sujeito, então ocorre uma ruptura no estado aparentemente estável e o sujeito precisa elaborar novas expectativas.

As expectativas favorecem as ações do sujeito em um campo simbólico porque, elaborada uma intenção (no sentido de BOESCH, 1991) o sujeito precisa estabelecer as estratégias para alcançá-la, mediante as ações. Assim, se expectativas são criadas para mover o indivíduo em direção ao futuro e as ações constituem a ferramenta do sujeito para tentar atingir as expectativas, então as ações individuais estão calcadas no aspecto da futuridade.

Em um campo de ação mais amplo, todos os participantes escolheram a fisioterapia como uma ferramenta de ação, a fim de cumprir expectativas iniciais ou um desejo, até porque nenhum paciente sabia de antemão o que o futuro guardava sobre sua condição, que já sofrera rupturas outrora. No entanto, ao olhar o campo de ação da fisioterapia, observa-se que cada sessão é construída de metas a serem atingidas e, quando o são, permite que o paciente entenda sua escolha (de ir para fisioterapia) como certa, o que aumenta as possibilidades acionais. Ou, em contrapartida, pode haver diminuição da elaboração de ações quando o paciente não percebe os resultados das metas.

Nesse sentido, é coerente afirmar que as expectativas modulam a relação entre paciente e fisioterapeuta. Uma vez cumpridas as expectativas, o paciente concebe o profissional de maneira mais positiva, como por exemplo, C.D.; por outro

lado o paciente, pode ter as expectativas desmanchadas, como em M.P. em sua primeira entrevista.

E mais, a elaboração de expectativas regula a relação intrassubjetiva, ou seja, ameniza o conflito interno de estar agora (no momento da entrevista) diferente do que estava antes da lesão e potencialmente diferente do que estará no futuro.

Ora, se o percurso até o presente foi permeado de surpresas, ou seja, ocorrências não esperadas anteriormente, por que não pensar que o futuro pode trazer mudanças significativas também? Essa inquietação provoca o paciente para ele estar continuamente elaborando metas, sempre com a expectativa de tê-las atingidas e, assim, espera que aconteçam mudanças em si mesmo. Entre os participantes ficou evidente a ansiedade para que o futuro venha logo e carregado de possíveis transformações. C.D., M.M. e W.S. apreenderam subjetivamente o tempo presente como lento e mencionaram esse aspecto como recorrente nos pensamentos.

Em contrapartida, se as ações simbólicas dos pacientes no presente são dirigidas para um futuro, então há que haver desligamento da experiência de ruptura passada para que as ações adquiram significado mais concreto, até porque o passado não pode ser revisitado e o futuro ainda não aconteceu. Nesse sentido, C.D. entende a dificuldade de retorno ao estado anterior e atribui realidade ao seu desejo futuro de voltar a andar quando compara seu possível ganho à certeza do andar da filha bebê. M.P., em contrapartida, parece não estar atrelado ao seu passado antes da lesão, e talvez por isso mesmo aja de maneira coerente com a situação que apresenta no presente.

Diferente de C.D., M.P. e W.S., a participante M.M. parece utilizar outra estratégia para amparar sua angústia com relação ao desconhecido. Em vez de reviver o passado ou mencionar o que será do seu futuro, M.M., na segunda entrevista, aparenta querer retardar e estabilizar o tempo presente para que ele não siga em direção ao futuro. A estratégia é promissora para ela porque permite que permaneça na situação presente, confortavelmente já conhecida, e evita que se arrisque em ações que podem ou não trazer os benefícios pretendidos. Sobre isso, Boesch traz que as projeções do futuro são controladas tanto pelo presente, como também pelas experiências passadas, e os indivíduos precisam dar conta da dificuldade em enfrentar fracassos e probabilidades irreais (BOESCH, 1991).

A maneira de cada paciente carregar o aspecto do tempo no seu percurso na fisioterapia traz implicações para o programa terapêutico. Como visto, há aqueles que presentificam o passado, isto é, pacientes que se prendem na vontade de voltar a ser como eram antes da lesão. Essa situação, reconhecidamente como impossibilidade da ciência natural, provoca elaboração de expectativas infundadas, pouco prováveis de se concretizar e, portanto, diminui a gama de ações do paciente no seu desenvolvimento na fisioterapia, podendo resultar em consequente afastamento por nunca ver sua meta sendo atingida.

Por outro lado, pacientes que põem o futuro sempre à frente do presente também acabam por desejar algo muito divergente do possível para ele naquele momento e, como consequência, enfrentam recorrentes situações de ruptura no processo, sendo “obrigados” a refazer expectativas que não estavam inicialmente programadas e almejadas. Além disso, viver apenas o possível futuro também pode acarretar no indivíduo a sensação de que suas metas sempre demoram a ser atingidas.

E ainda, há aqueles, como M.M., que pretendem permanecer no presente por mais tempo e se esforçam para que o futuro se atrase. Esses pacientes parecem tender a ficar estagnados: por um lado, podem evitar a ida à fisioterapia ou, por outro, vão até lá, porém não seguem o tratamento proposto.

Em todos os casos, como o presente não é devidamente apreendido e vivido, as ações e as expectativas quanto às metas serão necessariamente diferentes daquelas traçadas pelo fisioterapeuta, que está mais calcado no conhecimento tácito e experiências profissionais anteriores e, por isso mesmo, está mais capaz de elaborar objetivos dentro das possibilidades motoras de cada paciente.

Neste trabalho, foram apresentadas representações simbólicas do mundo vivido por pacientes de fisioterapia como resultados individuais de um processo universal de inter e intrarrelações no campo acional de fisioterapia. Portanto, o que foi apreendido de cada participante durante suas ações no campo da fisioterapia pode ser colocado em um campo comum, no qual destaco três aspectos relevantes.

O primeiro diz respeito ao ciclo de enfrentar uma ruptura, elaborar expectativas e lidar com as tensões geradas pela eventual quebra das expectativas e então, novamente uma ruptura que leva o indivíduo para alguma direção.

O segundo aspecto comum foi a escolha pela fisioterapia como uma ação a ser praticada a fim de satisfazer uma meta pré-elaborada. Os indivíduos escolhem

uma ação, o que implica descartar outras opções, de acordo com significados afetivo-emocionais.

E o terceiro aspecto em comum foram as construções de conhecimento de cada participante sobre a temporalidade. Em todos os participantes a temporalidade apareceu nas elaborações simbólicas de forma a organizar as memórias passadas e dar conta da angústia quanto ao futuro desconhecido – tudo isso acontecendo no presente, em contínua transformação. Para os indivíduos, o momento presente é o próprio existir. É a partir do instante ‘aqui e agora’ que o sujeito direciona suas ações para o futuro enquanto também rememora o passado (Simão, 2010a).

É justamente para esse aspecto que a pesquisa norteia a atuação profissional do fisioterapeuta. Cada participante carrega consigo diferentes percursos de vida e variadas percepções a respeito de suas próprias ações simbólicas nesse caminho. Nesse ponto, cada paciente será sempre único perante o fisioterapeuta, porém todos estão imersos no processo comum de ir à fisioterapia e, além disso, todos estão amparados por suas próprias apreensões quanto ao tempo.

Esses são os aspectos comuns que devem ser considerados pelo profissional que trabalha com pacientes neurológicos. Para o sujeito que é paciente de fisioterapia, o fisioterapeuta será sempre um dos ‘outros’ significativos com quem ele se relaciona no campo acional cabendo também ao fisioterapeuta se identificar com esse sujeito-paciente a partir do reconhecimento das diferenças.

O profissional pode estimular ou inibir a vontade de participação do paciente no tratamento, a depender de suas ações e metas serem coordenadas ou não com as ações e metas do outro. Como estratégia, o fisioterapeuta pode reconhecer nos pacientes: a) aqueles que vivem o passado; b) os que presentificam o futuro, c) o que atrasa o presente. Em outras palavras, se o desejo de voltar a andar após uma lesão física for tomado como exemplo de intenção elaborada pelo e para o sujeito agir, é possível formar um paralelo com a ideia anterior das distintas apreensões do momento presente: a) há aqueles que andam, mas gostariam de voltar andar como antes; b) há, por outro lado, aqueles que não andam, mas tem a vontade de andar de novo; c) há ainda, aqueles que não andam, mas esperam ter outros ganhos para recuperar autonomia físico-motora e livre-arbítrio.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa na fronteira entre áreas de conhecimento distintas recria possibilidades de conhecimento porque abre espaço para articulação de ideias pré-concebidas de uma área e de outra.

Ainda que muitas ideias sejam compartilhadas e são utilizadas como ferramentas da construção de um novo conhecimento, muitas implicações permanecem apenas no campo das sugestões. Em outras palavras, o trabalho de fronteira possui “porosidades” que sempre vão permitir criação de novas possibilidades.

A esse respeito, esse último capítulo apresenta as amarras críveis entre a fisioterapia e o construtivismo semiótico-cultural em psicologia, mas que não foram possíveis de ser aqui contempladas por demandarem estudo mais aprofundado de aspectos teóricos e metodológicos, com o intuito de não se incorrer em simplificações. Entretanto, alguns aspectos serão indicados, a título de evidenciar o potencial dessa relação interdisciplinar.

Uma das principais aberturas que o trabalho suscita é a concepção do fisioterapeuta também como participante de pesquisa, indicando a pertinência, em outros trabalhos, de se incluírem análises de representação simbólica que o profissional faz da fisioterapia. Para o fisioterapeuta, a fisioterapia consiste em uma ação simbolicamente construída em um campo profissional do qual as relações emergem e se transformam constantemente e que, portanto, é uma ação diferente daquela escolhida pelo paciente para satisfazer uma meta.

O confronto de conhecimento entre o paciente e seu fisioterapeuta poderia alterar os resultados, uma vez que o profissional tem informação privilegiada do participante-paciente e já não seriam mais interpretações supostas da pesquisadora e sim, construções de conhecimento pré-estabelecidas entre o profissional e o paciente, durante o convívio no ambiente de tratamento.

Incluir as ações do fisioterapeuta na análise requereria, por exemplo, trabalharmos com a noção de *Bildung*, de Gadamer (2008), em que a formação profissional requer do sujeito distanciamento de si mesmo, de suas crenças e valores pessoais e, por conseguinte, pressupõe entrega à generalidade da profissão e retorna a si de maneira diferente. Para o fisioterapeuta, cada atendimento

pressupõe distanciamento de si mesmo e tornar-se o profissional de fato, detentor de conhecimento científico para reunir estratégias de tratamento voltadas aos outros, os pacientes. No entanto, em seguida retorna às suas próprias tradições, no sentido gadameriano, transformado pela reflexão sobre a prática.

Essa ideia de ‘aproximações e afastamentos’ de si mesmo também pode ser focalizada em outro aspecto abordado na pesquisa. A medida que o surgimento das novidades para os sujeitos acontece mediante a transformação de pré-concepções de si mesmo, reconstruindo-se gradativamente, num constante confronto interno, então há necessidade de que o paciente se desprenda daquilo que já foi um dia, para se reconstruir; isto é, ele se afasta momentaneamente de si mesmo e dos seus conflitos para poder dar-se às transformações e depois, retorna a si, transformado, para seguir o rumo para o futuro (GADAMER, 2004b).

Ainda podemos dialogar com o filósofo Hans-Georg Gadamer a respeito do processo cíclico pelo qual os pacientes passam, ou seja, seguir no percurso da vida criando e recriando expectativas a partir de rupturas que dão conta de tensões causadas por expectativas anteriores que não foram exatamente cumpridas. Entretanto, por se tratar de um processo cíclico em um trajeto de desenvolvimento humano, então repleto de contínuas transformações, percebe-se que não se trata de um ciclo ‘vicioso’. Cada ciclo vivenciado pelo sujeito pode ter a mesma estrutura de partes, porém as funções serão sempre diferentes, pois as expectativas serão constantemente renovadas em um ‘eu’ que está o tempo todo em transformação (GADAMER, 1959/2004a)

A presente pesquisa toca, ainda, no tema da alteridade, aqui concebida no sentido de que na relação entre sujeitos que interagem compartilhando informações e integrando-as em suas bases cognitivo-afetivas, em constante transformação, haverá sempre em um “algo” do outro que é impossível de ser apreendido. Simão (2010a) traz a concepção de Levinàs de que o ‘eu’ e o ‘outro’ nunca serão coincidentes, isto é, sempre existirá um sentimento de inacessibilidade e de desencaixe. Novamente aqui cabe a menção do filósofo William James (1979), quando lembra que cada uma das mentes guarda seus próprios pensamentos, não havendo troca direta entre elas. Dessa forma, a alteridade também é inerente à relação entre fisioterapeuta e paciente. Durante a interação entre eles, sempre haverá duas subjetividades que não se reduzem uma à compreensão e acesso completo à outra, mas que, ainda assim, relacionam-se voltadas para um objeto

comum, no caso o tratamento, bem como para a expectativa comum do sucesso do tratamento.

A alteridade está para a relação entre fisioterapeuta e paciente assim como está para a relação entre entrevistadora e entrevistados, o que implica dizer que haverá sempre no participante algo impenetrável para o pesquisador e, também serão sempre duas subjetividades tentando compartilhar significados pertinentes ao campo simbólico da fisioterapia. De antemão, subentende-se que as representações simbólicas apreendidas pelos pacientes sobre suas atuações na fisioterapia estão repletas de interpretações e julgamentos da pesquisadora. Cada resultado apresentado constitui-se construções da pesquisadora a partir de experiências e valores pessoais e são passíveis de transformação pelo passar do tempo e por novas interações.

Contudo, a pesquisadora enquanto fisioterapeuta acrescentou grande peso interpretativo sobre o aspecto da autoconsciência dos pacientes sobre suas situações clínicas. Nesse caso, a adesão ao tratamento pelo paciente passa pela adesão a um modo de se ver na temporalidade da sua condição clínica atual, em relação ao passado e ao futuro, o qual é esperado pelo fisioterapeuta. É justamente nesse ponto que o fisioterapeuta reconhece uma condição necessária para o sucesso do tratamento, isto é, para atingir as expectativas de si como fisioterapeuta e aumenta o potencial de ação (no sentido de BOESCH, 1991), como profissional.

Sobre isso, Coelho Junior (2003) traz a concepção do fenomenólogo Husserl de uma consciência intencional. A partir do reconhecimento do 'abismo' entre eu e outro é que um começa a perceber o outro de forma mediada, ou seja, por intermédio de sua consciência, mas que já não será fechada em si mesma, mas sim, uma consciência que é sempre consciência de algo, consciência aberta aos outros, consciência intencional.

Então, para além dessa observação, é importante ressaltar que o próprio fisioterapeuta jamais conhecerá desejos, medos e expectativas pelos olhos de seus pacientes; ao contrário, sempre será uma sensação de "segunda mão". E, sobre isso, o fisioterapeuta precisa situar que tem a visão a partir do lugar em que está, munido de suas ferramentas profissionais e de estratégias experienciais.

O ponto de partida para esta pesquisa foi a tentativa de compreender os motivos que levam pacientes com desordens neurológicas, muitas vezes irreversíveis, a frequentar as sessões de fisioterapia. E, portanto, este estudo tentou

contribuir para programas de fisioterapias que considerem as expectativas e sensações de indivíduos em tratamento e, deste modo, favorecer sessões instruídas pelas possibilidades e limites do fisioterapeuta e do paciente.

A construção desta pesquisa foi incitada por minhas inquietações sobre os pacientes – cujos motivos de serem ‘pacientes’ e não apenas ‘pessoas’ foram causados por experiências traumáticas e de grandes mudanças, que frequentavam, ou ao menos deveriam frequentar, a fisioterapia. Todavia, espero que o estudo possa contribuir para que outros profissionais tomem conhecimento sobre os significados atribuídos pelos pacientes ao campo da fisioterapia, o fisioterapeuta e sobre suas próprias situações de vida.

Os resultados trazidos por esta pesquisa contribuíram significativamente para a minha prática como fisioterapeuta. Em primeiro lugar, o conhecimento aprendido facilita meus diálogos com os pacientes e seus familiares, de modo que parece haver mínimo esforço para tentar compreendê-los em suas complexidades. Além disso, elaboro os objetivos do tratamento em conjunto com os pacientes e, desta forma, os objetivos passaram a ficar calcados, em sua totalidade, naquilo que o indivíduo realmente quer para si; este conhecimento obtenho através de constantes diálogos a respeito dos exercícios, tarefas e orientações que lhes recomendo. E, ainda nesse sentido, penso que aprendi a reconhecer os momentos nos quais devo interferir ou não no curso de tratamento e reabilitação de cada paciente, tentando levar em consideração o âmbito que está fora do contexto fisioterapêutico, como as experiências de vida anteriores ao momento atual, as relações que os pacientes mantêm com os outros em seu campo de ação e os seus desejos.

Acredito que a formação em fisioterapia pouco contribui para o profissional lidar com os sentimentos dos pacientes relativos às constantes transformações pelas quais eles passam. No entanto, a experiência de trabalho constitui rica fonte de sabedoria para a prática, e de peso similar, a própria experiência de vida contribui para o fisioterapeuta exercer efetiva e afetosamente a profissão.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira – Thomson Learning, 2003.

ARAGÃO, F. A. et al. Avaliação do processo de reabilitação de pacientes do setor de fisioterapia neurológica da unioeste. **Artigos & Ensaios**, v. 10, n. 5, p. 11-21, 2004.

BARBALET, J. M. The Jamesian theory of action. **The Sociological Review**. v.45, n.1, p.102-21, 1997.

BASSET, S. F. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. **New Zealand Journal of Physiotherapy**. v. 31, n. 2, p. 60-66, 2003.

BASSET, S. F.; PETRIE, K.J. The effect of treatment goals on patient compliance with physiotherapy exercise programmes. **Physiotherapy**. v. 85, n. 3, p. 130-7, 1999.

BAYAS, C. L. Quality of life of stroke survivors: a reseach synthesis. **Journal of Neuroscience Nursing**.v. 33, n. 6, p. 310-316, 2001.

BOESCH, E. E. The medical interaction. **The German Journal of Psychology**, v.1, n. 1, p. 12-27, 1977.

_____. The development of affective schemata. **Human Development**, v. 3, n. 4, p. 173-210, 1984.

_____. **Symbolic action theory and cultural psychology**. Berlim: Springer-Verlag, 1991, 387p.

_____. The sound of violin. **Revue Suisse de Psychologie**, v. 52, n. 2, p. 70-81, 1993.

_____. Why does Sally never call Bobby 'I'? **Culture and Psychology**. v. 9, n. 3, p. 287-97, 2003.

CANTO, C.R.E.M. **O relacionamento dinâmico entre fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso.** 2006. Dissertação (mestrado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARR, J.; SHEPHERD, R. Esclerose múltipla. In: _____. **Reabilitação Neurológica.** São Paulo: Manole, 2008, p. 349-61.

COSTA, V.S.P. et al. Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinal. **Rev. Latino-Am.Enfermagem.** v.18, n. 4, p. 1-8, 2010.

COELHO JUNIOR, N.E. Da intersubjetividade à intercorporeidade: contribuições da filosofia fenomenológica ao estudo psicológico da alteridade. **Psicologia USP.** v. 14, n. 1, p. 189-209, 2003.

DELISA, J. A.; GANS, B. M. **Tratado de medicina de reabilitação:** Princípios e Prática. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C.M. O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 11, n. 2, p. 324-35, 2008.

ENGSTRÖM, L.O.; ÖBERG, B. Patient Adherence in an individualized rehabilitation programme: a clinical follow-up. **Scandinavian Journal of Public Health.** v. 33,p. 11-18, 2005.

FINLAY, S.; SCHOROEDER, M. Reasons for action: Internal vs. external. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**, 2008. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/reasons-internal-external/>>. Acesso em: abril. 2009.

GADAMER, H.G. Sobre o círculo da compreensão. 1959. In: _____. **Verdade e Método II.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.

_____. **Verdade e Método II:** Complementos e índice. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004b.

_____. **Verdade e Método I:** Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008

GOLDMAN, A. H. Desire based reasons and reasons for desires. **The Southern Journal of Philosophy**, v.XLIV, p. 469-88, 2006.

GRECCHI, D.; CASTRO, D. S. P. O sentido de aprender psicologia para alunos de graduação em fisioterapia. **Psicólogo Informação**, v.12, n.12, p. 72-106, 2008.

GUIMARÃES, D.S. **Articulações e implicações da noção de perspectiva no construtivismo semiótico-cultural para a compreensão das relações eu-outro: Possível diálogo com o perspectivismo ameríndio**. 2010. Tese (doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

HACKETT, M. L. et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. **Journal of the American Heart Association**, v.36, p. 1330-1340, 2005.

HOLANDA, A. B. **Mini dicionário Aurélio da língua portuguesa**.8.ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

HOUAISS, A. **Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

JAMES, W. O fluxo do pensamento. 1980. In: **Princípios de Psicologia**. São Paulo: Abril, 1979.

JOSEPHS, I. E. Feeling as movement from a person-centered standpoint: going beyond Willian Stern. **Theory & Psychology**, v.10, n.6, p. 815-29, 2000.

LINELL, P. **Rethinking language, mind and world dialogically**: Interactional e contextual of human sense making. Charlotte, NC: Information Age Publishing, 2009, 482p.

MACLEAN, N., et al. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. **British Medical Journal**, v. 321, p.1051-54, 2000.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, 309p.

MOREIRA, C. R. P. **Educação física e psicologia: em busca de novos diálogos**. 2011. Tese (doutorado em Psicologia Experimental), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MURTA, S. G.; GUIMARÃES, S.S. Enfrentamento à lesão medular traumática. **Estudos de Psicologia**, v.12, n.1, p. 57-63, 2007.

RUDMAN, D. L., HEBERT, D.; REID, D. Living in a restricted occupational world: the occupational experiences of stroke survivors who are wheelchair users and their caregivers. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 3, p. 141-152, 2006.

SILVA, C.E.R., BRASIL, M.A.A.; ANDRÉ, C. Depressão pós-acidente vascular cerebral: prevalência, curso, diagnóstico e psicopatologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.54, n. 4, p. 318-326, 2005.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**. v.11, n.1, p. 74-84, 2008.

SIMÃO, L.M. **Interação verbal e construção de conhecimento**. 1988. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

_____. Interação pesquisador - sujeito: a perspectiva da ação social na construção de conhecimento. **Ciência e Cultura**. v. 12, p. 1195-1202, 1989.

_____. Interação verbal e construção de conhecimento: aspectos do diálogo pesquisador - sujeito. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 8, n. 2, p. 219-29, 1992.

_____. Cultura como campo de ação: uma introdução à teoria da ação simbólica de Ernest Boesch. **Cadernos de Psicologia**. v. 4, n. 1, p. 57-66, 1998.

_____. We Researchers: Unquiet people disquieting others. A commentary on Duarte & Gonçalves "Negotiating motherhood: A dialogical approach". **International Journal for Dialogical Science**, v. 2, n. 1, p. 277-285, 2007.

_____. **Ensaaios dialógicos: compartilhamento e diferença nas relações eu - outro.** São Paulo: Hucitec, 2010a, 286p.

_____. Temporality: some questions for psychological research and professional practice. In: **6th DS Conference**, Atenas, Grécia, 2010b.

TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciências e Cognição**, v. 12, p. 72-85, 2007.

THOMPSON, A.J. Principles of neurorehabilitation and its application to chronic neurological disorders. **Neurology Supplements**, v. 3, n. 7, p.1-8, 2007.

VALSINER, J. **The guided mind: A sociogenetic approach to personality.** Cambridge: Harvard University Press, 1998, 488p.

_____. **Comparative study of human cultural development.** Madrid: Fundación Infancia Y Aprendizaje, 2001, 219p.

_____. Dangerous curves in knowledge construction within psychology. **Theory and Psychology**, v. 16, n. 5, p. 597-612, 2006.

_____. **Culture in minds and societies.** Los Angeles: Sage Publications, 2007, 430p.

VALSINER, J.; CONNOLLY, K.J. The nature of development: the continuing dialogue of processes and outcomes. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K.J. **Handbook of developmental psychology.** London: Sage Publications, 2005, p. IX-XVIII.

van GEERT, P. Que sera, será: Determinism and nonlinear dynamic model building in development. In: FOGEL, A., LYRA, M. C. D. P.; VALSINER, J. **Dynamics and indeterminism in developmental and social processes.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1997, p. 13-38.

Zittoun, T. et al. The Use of symbolic resources in developmental transitions. **Culture & Psychology**, v. 9, n. 4, p. 415-448, 2003.

WILLIAMS, A.M.; IRURITA, E.F. Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, p. 405–415, 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Por que ir à fisioterapia? Um estudo microgenético de expectativas de pacientes e adesão ao tratamento.”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “Por que ir à fisioterapia? Um estudo microgenético de expectativas de pacientes e adesão ao tratamento.”, realizada na Clínica de Fisiatria e Reabilitação de Londrina. Os objetivos da pesquisa são: Identificar as razões que levam um indivíduo a freqüentar a fisioterapia e, compreender o que a relação com o fisioterapeuta representa para o indivíduo que está em tratamento fisioterapêutico. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: O (a) Senhor (a), responderia perguntas de um questionário, que serão feitas pela pesquisadora, durante os exercícios que realizar nas sessões de fisioterapia. As perguntas e suas respostas serão gravadas por um aparelho gravador e, depois, suas falas serão transcritas em forma de texto, exatamente como foram ditas.

A pesquisadora analisará esse texto, observando quais elementos de sua fala são importantes para atingir os objetivos da pesquisa. Fragmentos do texto, ou seja, algumas partes de sua fala poderão aparecer no trabalho final ou apresentação deste trabalho em algum congresso ou eventos semelhantes, porém, sua identificação não será divulgada. Os arquivos contendo a gravação de suas respostas ficarão seguramente guardados pela pesquisadora e não serão divulgadas em nenhum meio de comunicação ou apresentação. Além disso, esses arquivos de áudio gravação serão descartados após sua utilização na dissertação de mestrado e eventual artigo científico a ser publicado a partir da dissertação e, portanto, ficarão em posse da pesquisadora por aproximadamente 2 (dois) anos até serem definitivamente eliminados.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que os dados serão utilizados somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados com esta pesquisa são mais estudos que envolvam juntamente a saúde mental e física do paciente em reabilitação e, subsídios para planos de tratamentos fisioterapêuticos que se aproxima mais das expectativas e sensações dos indivíduos em reabilitação. Este estudo não apresenta nenhum tipo de risco ou prejuízo ao

senhor (a).

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar. Meu nome é Larissa Laskovski, resido à rua Paranaguá, 540, ap. 104, Centro, Londrina-Paraná, meu telefone é (43) 9943-4023 ou procure o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, telefone 3371 – 2490.

Londrina, ____ de _____ de 2010.

Larissa Laskovski
Pesquisador Responsável
RG: 8 485 675 4

tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B – Roteiro-guia para entrevista semi-estruturada

- 1- O que vem à mente quando lê as palavras 'fisioterapia', 'reabilitação', 'deficiência';
- 2- Como você explicaria para alguém o que é um fisioterapeuta?
- 3- Você tem vontade de vir à fisioterapia? Por quê?
- 4- O que lhe vem à mente enquanto você realiza os exercícios propostos pela fisioterapeuta?
- 5- Como você se sente após o término de uma sessão de fisioterapia?

APÊNDICE C – Transcrição da fala de C.D.

- 01 Larissa: Ó, primeira coisa, o que que passa na sua cabeça quando você vê essa palavra (DEFICIÊNCIA)
- 02 CD: Ah, num sei... Ah, você tem que sentir na pele pra ver, pra você vê o quanto é complicado, né?!
- 03 Larissa: E essa aqui? (REABILITAÇÃO)
- 04 CD: Vixi, é bem complicado isso daí, hein?! Pra você voltar àquilo que você era... Ter seu emprego de volta...
- Na verdade assim, eu via assim, aqueles cadeirantes no ônibus, eu pensava: “Caramba, como essa pessoa consegue?”
- Eu pensava comigo, né?! “Caramba, tem que ter boa dedicação, né?!”
- Porque..., E vontade de superar o problema dele pra...”
- Mas eu nunca me enxerguei, sabe assim, em cadeira de rodas, assim, né?!
- E quando eu via essas pessoas, falava: “caramba, será que é fácil a vida dessa pessoa, será que é... como é que é, como funciona?...”
- Eu ficava imaginando, né?! “Como que é...”
- ...to sentindo na pele, não é fácil não, é complicado. Só você sentindo mesmo na pele pra dar valor.
- 05 Larissa: E essa aqui, ó? (FISIOTERAPIA)
- 06 CD: Muito importante, né?! (risos) Nessas horas é que... É que nem o doutor falou pra mim: “você pode largar da sua mulher, mas você não larga a fisioterapia pra poder andar, senão...”
- Porque é importante. Eu acho... Pra mim tá sendo... muuuuito importante.
- Só falta eu mexer minha perna, né?!
- Até o final do ano a Mari consegue!
- 07 Larissa: Se vc fosse explicar pra alguém o que que é o fisioterapeuta, como que você falaria?
- 08 CD: (pausa, 10 segundos)
- ...ah..
- Uma pessoa que...
- ...acho que.. (pausa 5 segundos)
- Pessoa..
- 09 Larissa: Pode falar o que vc pensar, assim, não precisa ficar se preocupando...
- 10 CD: Um negócio que dá muito serviço... pra quem tem amor e dedicação.

Eu acho que qualquer fisioterapeuta não faria, se for por obrigação, né?! Tem que ter amor, né?!

Eu acho que, dentro do hospital mesmo que eu via lá... a pessoa ficava “ah, tem que trabalhá!” Uma má vontade, sabe?! Por obrigação, não trabalha por amor, assim, sabe?! Porque tem fisioterapeuta que trabalha por amor mesmo, né?! Porque gosta... da coisa. E quando eu tava no hospital mesmo eu vi... Não só fisioterapeuta, como os outros... Mas tem umas pessoas que trabalham, assim, sabe, com má vontade mesmo, é verdade, má vontade! Então o fisioterapeuta serve de exemplo pras outras pessoas que só trabalham assim.

11 Larissa: Você tem vontade vim pra fisioterapia? Você sente essa vontade?

12 CD: Eu sinto. Eu dependo dela, né?! Nossa, um dos maiores ganho hoje é eu tá aqui, voltar a andar...

Eu gosto de vim, não venho por obrigação...

13 Larissa: O que que passa na sua cabeça enquanto você tá fazendo os exercícios? Enquanto a Mari tá te alongando, ou então quando você tá fazendo aqueles exercícios que são mais difíceis pra você..

14 CD: Ah, eu fico pensando, como é que pode ser tão difícil, né?! É que antes eu fazia... Eu fico pensando, como que a pessoa para assim.. porque eu parei de uma noite pra outra, né?! De um dia pro outro...

Mas como que pra parar é tão simples, tão fácil e pra voltar... né?! Eu fico pensando, será que vai demorar? Quando que eu vou voltar a andar? Será que eu vou voltar a andar, será que eu vou começar a andar primeiro que minha fia? Eu fico pensando, sabe?! É complicado... Eu fico pensando, quem vai andar primeiro? Eu ou ela?

15 Larissa: Uhummm

16 CD: É que nem a... minha fisioterapeuta falou, né?! A Patricia, que me atendeu em casa, tem que os homens são mais difícil de aceitar, né?! Essa situação aqui, né?! As mulher aceita mais... Mas até nisso os homens, né?? Ela falou pra mim que é difícil..

Eu ficava nervoso na hora da fisioterapia, doía pra baixo, no começo eu achava.. Eu falava, vixi, não vou agüentar não..

Sofreu bastante, cara.. Eu queria larga a fisioterapia, mas aí eu pus na cabeça... agora eu, de vim pra cá... sossegado, não vejo problema de vim.

Eu queria andar, mas eu tô bem, na fisioterapia também você vê, você fica... você vê... você acha que sua vida tá ruim, mas você vê outros cadeirantes no ônibus, você vê... você acha que você tá pior, mas tem gente que tá pior que você, tava até agora observando aqui, quando ela foi me buscar...

17 Larissa: C.D, que que passa na sua cabeça quando você termina? Quando tá na hora de ir embora?

- 18 CD: Eu fico pensando, será que vai demorar muito pra... minhas perna voltar a funcionar, porque.. a única coisa que eu penso, só penso nelas agora. Todo dia que faço os exercícios que tá tendo evolução, né?! Eu fico animado, né?! Todo dia que saio daqui, eu saio animado... porque eu tive mais uma evolução, mais exercícios, cada dia que passa, eu fico contente todo dia que faço fisioterapia... não pode desanimar, né?! Senão tá perdido..

APÊNDICE D – Transcrição da primeira entrevista de M.P.

01

02 MP: Então, vamo... Tá gravando??

03 Larissa: Tá gravando!

04 MP: É só você falar agora..

05 Larissa: Tá bom...

06 MP: Bom dia!! (risos)

07 Larissa: Bom dia, tudo bem?!! (risos)

08 MP: Tudo bem, meu nome é M.

09 Larissa: risos, ai ai, não agüento!

10 MP: Não agüenta??

11 Larissa: Ó, deixa eu falar... O que que vem na sua cabeça quando você lê essa palavra (DEFICIÊNCIA)

12 MP: Oxxi... vc virou ela...

13 Fisio: Tá de ponta cabeça, Lari

14 MP: Que bom... Ah, já achei que era... (risos)

15 Larissa: risos

16 MP: Que que vem na minha cabeça??

17 Larissa: É..

18 MP: Não vem nada! Nada...

19 Larissa: Pode falar o que você quiser...

20 MP: Não... não tem nada.. não vem nada

21 Larissa: Não tem nada pra falar??

22 Fisio: Você tá nervoso...

23 MP: Eu??? Não tem o que falar...

24 MP: Porque, veja só... Desde o começo, eu não olhei, sabe, tipo... Aceitei... Aceitei ué, porque eu to aqui até hoje, entendeu? Mas...aquele nome “deficiência” , num... Tô bem como eu to, né?

Quer que eu fale mais??

Esse é seu trabalho?

25 Larissa: Essa aqui, ó... (FISIOTERAPIA)

26 MP: ah, sim, isso aí, sim. Isso aí o que você quer que eu fale disso?

27 Larissa: O que vier na sua cabeça...

28 MP: ah, isso aí me ajudou muito... Tanto é que ficava agarrando no meu short, na minha calça pra ergue eu, hoje não... Hoje, através disso aí eu ganhei, ganhei equilíbrio, ganhei

força, ganhei...opa... estabilidade, né?! Ganhei as coisas pra mim se virar, né?! Escovar os dentes, fazer a barba, trocar a camisa, calçar a sandália, transferência...fazer transferência.. é isso aí

29 Larissa: E essa aqui...(REABILITAÇÃO)

30 MP: Vixi, já respondi o que tava lá...

31 Larissa: Pode falar o que você quiser..

32 MP: Então, o que que eu procuro... Nessa clínica eu procuro alongamento, alongar, né?! Procuro o quê, né?! Ah, eu procuro.. quero deixar meu corpo bom, né?! Através da minha força, né, pra fazer... ficar assim... como se fala... sozinho?? Pra fazer as coisas sozinho, não precisar muito das pessoas.

33 Larissa: Se você tivesse que explicar pra alguém o que que é um fisioterapeuta, como você ia explicar?

34 MP: Como eu ia explicar?

35 Larissa: É

36 MP: Fisioterapeuta? Eu ia explicar que é um profissional que... É um profissional, né, dentro da área de fisioterapia, né?! Que sabe tudo as parte do corpo da gente, né?! Aonde pode fazer, aonde não pode fazer... e... é fisioterapia que fala, né?!

37 Larissa: Uhum

38 MP: Então, e... sempre tá precisando dele, né?! Porque...é... se num fosse ele, o que seria de nós, né?! Não é verdade?

39 Larissa: Você tem vontade de vim pra fisioterapia?

40 MP: Ah, sim, com certeza! O... quando eu faço é que alguma coisa... A Mari mesmo tá de prova aí... tipo, uma vez eu... “Não posso faltar”, “não posso faltar”, né?! E eu fiquei até quatro horas da tarde um dia aqui na clínica, demorou pra atender eu, e... eu não almocei, né?! Daí peguei, mandei um leite pra dentro e... mamão. Ah, também, né... Ixi, aí, não teve jeito, desandou tudo...

41 Larissa: Mas porque, assim, você tem vontade de vim? Na fisioterapia...

42 MP: Por que? Um pouco também, né, não sei, assim, pra não ficar muito parado?

43 Larissa: Uhum...

44 MP: E pra fazer os exercícios, né?! Entendeu? Porque lá em Rolândia eu conversei com a chefe lá e ela falou assim que prefere trazer eu de carro e buscar na fisioterapia do que eles colocá lá, entendeu?!

Não respondi legal...

45 Larissa: Respondeu... Tá bom, tá ótimo

46 MP: Era fisioterapia, né?!

47 Larissa: É...

48 MP: Por que que eu tenho vontade de vim?

49 Larissa: É...

50 MP: Ah, são várias coisas, né?! Se for pra falar tudo que...

51 Larissa: Pode falar tudo, ué, que passa na sua cabeça...

52 MP: Já falei! (risos)

53 Larissa: risos

54 MP: Você quer tudo de tudo?

55 Larissa: De tudo da fisioterapia... (risos)

56 MP: Ah, foi tudo que eu falei pra você..

57 Larissa: tá bom, tá ótimo!

58 MP: “Nossa, mas você vai terça, quarta, quinta e sexta??”

- Vou...

“Mas você consegue?”

– Consigo, ué...

“Mas num é muito pra você lá, não???”

Porque se eu não vier buscar, em casa não sai nada... Não sai! Posso colocar um lençol pra esticar o pé, né?! Posso colocar o andador e andar... Posso fazer transferência e ir pra sala, sabe?! Coisas assim... E... Mas lá esses exercícios eu não faço... (pausa) Quer que eu fale mais?

59 Larissa: Não, tá bom!

60 Larissa: O que você tá pensando? O que você pensa enquanto faz os exercícios?

61 MP: Alívio. Porque eu to fazendo o que vim pra fazer.

(PAUSA NA FALA PRA REALIZAR EXERCÍCIOS A PEDIDO DA FISIOTERAPEUTA)

62 MP: Ah, é igual que eu te falei... É... Primeiro dia que eu fui na fisioterapia lá no HU, a primeira pergunta que vieram pra mim falou assim “o que que mais te incomoda?” Eu falei, é a mão.

Mas eu achei que ia ter algum exercício pra mão assim, né?! Mas num saiu nada...

E.... depois que... um dia...

63 INTERRUPÇÃO:

64 Outro paciente: “Eu tava esperando te ver só no fim do ano... só”

65 MP: não... Mas se quiser, é facinho..

66 Outro paciente: Eu vi tua ficha aí...

67 MP: não, mas é facinho ver fim de ano

68 Outro paciente: voltou rapidão, véio

69 MP: não... voltei, pô, não tenho nada!

70 Outro paciente: que bom né?! (risos)

71 MP: É já fiz exames lá. Dá uma saudade...

72 Outro paciente: Dá saudade da sua casa?

- 73 MP: É... Não dá pra ficar mais lá não, longe de tudo lá não...
- 74 MP: Hum... Eu preciso fazer exame, fiquei lá três mês. Depois que eu vi que eu tinha uma dor aqui na coxa, falei pra Oliveira que tinha a dor, era pra mim ficar de repouso e procurar um médico... Eu procurei, né?! Eu procurei em setembro, sabe?! Sabe quando tinha? Dia 20 de novembro.. Entendeu?!
- Então.. Não acompanha, então você tem que.. tomar muito cuidado e além do cuidado ainda, você tem que cuidar mais ainda, tá?! Pra não acontecer, porque se acontecer, alguma coisa, você pode ver daqui três meses você vai ver o problema.
- Eu tirei o raio-x, sabe?! Num deu nada... Fui lá, passei na ressonância, mas o repouso que era pra fazer, eu não fiz não.. Continuava andando, entendeu?!
- 75 Larissa: Quando foi que você se acidentou? Foi mergulho, né?! Quando que foi?
- 76 MP: Foi mergulho. 2008...
- 77 MP: Eu vou cáí aí...
- 78 Fisio: Dobra aqui um pouquinho...
- 79 MP: Dobrar?
- 80 MP: Eu vou cáí aí, Mari
- 81 Larissa: O que que passa na sua cabeça quando você termina de fazer?!
- 82 MP: O que que passa na minha cabeça?
- 83 Larissa: Quando você vai embora...
- 84 MP: Ah, o que que passa é que, fisioterap.... as atividades... chegando lá em casa e vou tá bem melhor do que vim.
- 85 Larissa: A hora que você termina de fazer a fisioterapia é isso que você pensa?
- 86 MP: Não, então, eu venho já meio... É... já venho meio travado, né?! Daí aqui alonga, faz exercício, daí sai mais leve, né?!... Fisioterapia é tudo, né?!

APÊNDICE E – Transcrição da segunda entrevista com M.P.

- 01 Larissa: Oi... Você vê, passou rápido!
- 02 MP: Você vê...
- 03 Larissa: E aí, de lá pra cá, como que você tá?!
- 04 MP: De lá pra cá?
- 05 Larissa: É...
- 06 MP: Tem coisa boa!
- 07 Larissa: Tem coisa boa?
- 08 MP: Tem...
- 09 Larissa: Fala, então!
- 10 MP: Fui pegar a laranja pra descascar, menina!
- 11 Larissa: Ahan...
- 12 MP: E aí descasquei a laranja inteirinha!
Ficava pedindo pros meninos, “descasca a laranja pra mim?”, pedia pra esposa:
“descasca a laranja?”.... Aí...
- 13 Larissa: Aí, agora...
- 14 MP: Agora eu pego a laranja e descasco inteirinha...
- 15 Larissa: Ee, que beleza!
- 16 MP: ...Fiquei em pé no andador...
- 17 Larissa: Tá ficando em pé no andador?
- 18 MP: é, a gente fica, né?! Dá uns passinhos... com o andador, mas dentro de casa, né?!
E.... assim, quanto ao corpo também... Tá funcionando bem, né?!
- 19 To indo sexta-feira lá no Sarah de novo...
- 20 Larissa: Tá indo lá?
- 21 MP: sexta...
- 22 Larissa: Mas o que você vai fazer lá, especificamente?!
- 23 MP: Desse jeito que nós tá aqui...
- 24 Larissa: Fazer exercício?
- 25 MP: não... É... Conversar com os médicos, conversar com os fisioterapeutas...
- 26 Larissa: ah, tá...
- 27 MP: Conversar com a...
- 28 Larissa: nutricionista...
- 29 MP: É... Pesar... Lá eu vou pesar! Vamos ver, sexta-feira vou ter resultado...
Ah, a gente vai ver...

- 30 Larissa: Nossa, M. Mas descascar a laranja foi um ganho e tanto, né?! Porque sua mão era a maior preocupação sua mesmo, né?!
- 31 MP: Sim, com certeza!
- 32 Larissa: Era a única coisa, que você falava pra mim, que você ainda não tava muito satisfeito...
- 33 MP: É, mas é... Eu pego agora, pra mim dá o banho, eu dou banho em mim...
- 34 Larissa: É?
- 35 MP: É!
- 36 Larissa: Mas é... Até o pé, a perna, tudo?
- 37 MP: então, porque que eu não to indo até embaixo, sabe, é aquela cadeira que não dá pra pôr o pé até lá no chão. A gente segura, a gente põe o pé no chão, NE?!
- 38 Larissa: ah, tá...
- 39 MP: Você vai pra frente e... (Faz gesto com as mãos, insinuando ir pra frente)
- 40 Larissa: é...
- 41 MP: Então, teria que ser a outra cadeira mais baixa... Mas eu consigo, quando ela segura, ir até lá embaixo, lavar, né?! E outra, eu to usando o sabonete de líquido, do lado aqui, eu mesmo aperto, passo na mão e... (faz gesto de ensaboar o corpo)
- 42 Larissa: claro, muito bom!
- 43 MP: ahan
- Ah, mas só o fato de eu escovar os dentes, fazer a barba, pentear o cabelo, trocar a roupa...
- num to, tipo assim, deixando as pessoas fazer, sabe?!
- 44 Larissa: sei...
- 45 MP: "me dá água lá, me dá remédio..." não, parei!! Parei com isso já!
- Porque é muito fácil, liga a televisão: "anda, levanta"
- 46 Larissa: ah, muito bom!! Melhor coisa...
- 47 MP: quanto menos usar eles, melhor!
- 48 Larissa: É...
- 49 MP: E... no carro também, eu transfiro, né?!...
- 50 Larissa: Mas isso você já fazia, né?!
- 51 MP: É, então, mas... se ficar, a gente faz tudo, né?!
- 52 Larissa: Tá vindo, então, firme e forte, aqui?!
- 53 MP: ah, sim... Tem que vim...
- 54 Larissa: Muito bem!
- 55 MP: Porque... eu tenho que vir buscar, né?!
- Agora... olha outra coisa que eu descobri também! A menina começou a exercitar lá no HU: (ele demonstra): tira essa perna e põe pra baixo, na cama, né?!

56 Larissa: sei...

57 MP: Na cama, tira e põe ela lá embaixo... E eu levanto, e ponho na cama de novo! Aqui mesma coisa... Levanto e ponho de novo! Olha, eu to fazendo, né?!

58 (ele demonstra como está fazendo para sentar na beira da cama ou tablado, sozinho, já que tem dificuldade em movimentar as mãos para elevar as pernas, mas conseguiu um jeito de elevá-las com a força dos braços!)

59 Larissa: Muito bem

60 MP: Agora eles estão querendo que eu vou usar aqueles, sem ser o tutor... É pra eu ir lá pedir pra eles aquele que coloca no pé!

61 Larissa: Tá... Aquele que fica só até aqui, na canela?!

62 MP: Isso! E não dobra!

63 Larissa: Sei...

Que não dobra, sei!

64 MP: Pediu pra eu andar lá, mas viram que...

65 Larissa: O pé está muito assim, né?! (gesto com as mãos pra frente!)

66 MP: é!

67 Larissa: é pra você ficar com os dedinhos mais retos!

68 MP: uhum..

69 Larissa: muito bem...

70 MP: Só pra dar o passo, fica arrastando...

71 Fisio: Pergunta o que ela acha da sua mão!

72 MP: O que você acha da minha mão?

73 Fisio: Se tem que usar uma tala ou não?!

74 Larissa: Acho que eu já tinha visto, em janeiro! Acho que a gente viu que não era... Porque sua pergunta era assim: "É encurtamento ou ela só fica assim?" Sua pergunta era essa, né?! Eu lembro que a Mari falou...

Porque olha, ele não tem encurtamento, se for ver, né?! Na hora que tenta fazer, ele vai...

75 Fisio: Usar a tala... Lá no HU, concordam em usar uma tala pra dormir... E a gente veio do HU, porque só a gente concorda? Porque ninguém concorda?

76 Larissa: Eu acho que teria que colocar pra prevenir encurtamento, né?!

77 Fisio: É...

E a gente fala que é só à noite! Mas daí todo mundo fala: "não, ele tem movimento". Mas vai ficar movimentando à noite? Não é?!

78 MP: Não tem encurtamento? Você acha?

79 Larissa: Eu acho que não tem encurtamento, mas pode ser que venha a ter... Se bem que agora você tá mexendo bem durante o dia... Porque isso aí que estava te faltando, não é alongamento, era movimento mesmo!

80 MP: Era movimento, né?!

Agora dá pra alongar a outra mão, né?! E eu vou alongando os dedos, esticando os dedos... e eu vou fazendo assim!

APÊNDICE F – Transcrição da primeira entrevista com M.M.

- 01 Permaneceu 6 meses em fila de espera para consulta médica
- 02 MM diz que sente que demorou para ir atrás da doença
- 03 Larissa: O que passa na sua cabeça quando lê essas palavras:
- 04 FISIOTERAPIA MM: Melhoria
- 05 REABILITAÇÃO MM: Também, a mesma coisa.
- 06 DEFICIÊNCIA MM: Triste
- 07 Porque a gente nunca espera que aconteça com a gente, porque é triste você ser um deficiente físico.
- 08 A gente sofre muito, depende muito dos outros, sofre muitos preconceitos e não só lá fora... Mas às vezes, dentro da própria família. A gente pensa que vai receber apoio e as pessoas tem preconceito... Falam: “ah, aquela coitada” e não fazem nada por nós.
- 09 Os cinco dedos são diferentes um do outro, então, cada cabeça é uma sentença.
- 10 Larissa: Se você fosse explicar para alguém o que é o fisioterapeuta, como você ia explicar?
- 11 MM: É um profissional que se preocupa com a melhoria da gente
- 12 Larissa: O que que passa na sua cabeça enquanto você faz os exercícios aqui?
- 13 MM: Satisfação. Felicidade. Porque eu vejo que melhoro, vejo o quanto é bom para mim.
- 14 Larissa: Você tem vontade de vir pra fisioterapia?
- 15 MM: Quando eu venho para fisio, até mais xixi eu faço! Eu me sinto muito bem e quero melhorar cada vez mais.
- 16 Eu tenho vontade de ir pra fisioterapia, eu preciso ir, não é à toa. Você vê, eu dependo de gente que nem são meus parentes, eu me sinto constrangida por isso, não gosto de depender de ninguém. O que eu mais peço a Deus é para ele, pelo menos, me deixar de andador pra eu me virar sozinha ou precisar de uma pessoa só.
- 17 Larissa: O que você tá pensando agora? (ao final)
- 18 MM: Alívio. Sinto dever cumprido. Fico feliz por estar me esforçando.

APENDICE G – Transcrição da segunda entrevista com M.M.

- 01 Larissa: E aí, M. lembra que eu vim aqui em janeiro e conversei com você...
Você lembra de mim?
- 02 MM: Janeiro...
- 03 Larissa: eu vim aqui, o mês inteiro de janeiro...
- 04 MM: Ah, lembro, no comecinho...
- 05 Larissa: no comecinho...
- 06 MM: Você veio ajudar a... fazer...
- 07 Larissa: uma pesquisa...
- 08 MM: Lembro, lembro...
- 09 Larissa: e daí, de lá pra cá, como que você tá?
- 10 MM: to bem...
- 11 Larissa: é?!
O que que teve aí de novidade?
- 12 MM: (risos) Minha sensibilidade tá boa, né?!
- 13 É... pera aí, você veio... em janeiro?
- 14 Larissa: foi...
- 15 MM: tá, eu tava fazendo a radioterapia... Não sei se cheguei a te falar...
- 16 Larissa: não, não
- 17 MM: Eu fiz radioterapia no final de dezembro, começo de janeiro, e devido a ela, to tendo bastante sensibilidade.
Só que é só isso que eu tenho! Aí, consulta demora, consulta demora até 60 dias, tipo quando eu tenho uma ressonância, alguma coisa pra fazer... E pra passar pelo médico, então, demora um mês e meio, dois meses também, mas é aquela coisa, eu to passando por residente, com médico até agora nada... Então não tem nada assim...
- 18 Larissa: Uhun, e daqui da fisio?
- 19 MM: Da fisio... é... tá sendo bom... Agora tá melhor, porque eu to fazendo 3 vezes na semana, né?!
- 20 Larissa: Ah, a Amanda falou mesmo que você tinha começado a vir...
- 21 MM: então, pra mim tá ótimo!
Mas na primeira semana foi cansativo... Primeira semana, meu Pai do Céu, só por Deus... Só que agora já to melhor...
- 22 Larissa: Tá acostumando, já?!

23 MM: To acostumando!

24 Larissa: Que bom, to te achando bonita!

25 MM: Ai credo! (risos)

26 Larissa: Ah, que credo o que?!

27 MM: Não mente, tá cedo ainda! (risos)

28 Larissa: Mas é verdade!

To te achando com o rostinho assim, uma coisa clean assim...

29 MM: risos! Meu problema é que hoje não tem nem batom!

30 Larissa: risos! Ah, mas que bacana... que bom!

31 Tá animada?

32 MM: ... ai... to...to, em parte eu to...

33 Larissa: Nossa, eu to sentindo mesmo uma animação...

34 MM: risos

Em parte eu to sim, com a fisioterapia eu to, mas eu só não to assim em relação ao meu problema, eu não to em relação ao atendimento assim...

35 Larissa: é a demora...

36 MM: é, demora!

Isso me deixa assim, pra baixo, entendeu?

Larissa: uhum...

37 MM: porque é uma coisa que você quer assim pra ontem, entendeu?! Só que não é assim...

Mas quanto à fisio ta tudo bem, graças a Deus.

38 Larissa: É...

(silêncio 9 segundos)

(MM fazia exercícios com a fisio Amanda)

39 Larissa: Esse pesinho é de quantos quilos?

40 MM: 2 quilos

41 Larissa: Você tava com o 1 quilo em janeiro...

42 Fisio: então, na verdade, ela não tá assim...

43 MM: É, ela quer dar um 'up'...

44 Fisio: é... (risos)

45 Larissa: é, mas era bom!

46 MM: Ah, eu acho que esse aqui já tá bom!

Fisio: risos

47 MM: Esse aqui é bem grande... (risos)

48 Fisio: Essa é a segunda semana que ela tá vindo 3 vezes...

49 Larissa: Essa é a segunda semana?

- 50 Fisio: é... agora ela vem de segunda, quarta e sexta...
Mas agora que ela tá mais descansada , né, M.?! Tem que começar a arrebentar esse negócio aqui...
- 51 MM: é...
- 52 Fisio: mas hoje ela tá melhor, segunda ela chegou aqui... (fez gesto de cansaço, com a língua pra fora).. “ah, to cansada, to cansada...”
Daí eu: “é?! E sábado e domingo?”
- 53 MM: nossa, eu tava cansada...vixi
- 54 Larissa: Nossa, M., mas ainda bem que você vem... Tipo, você vem na segunda daí descansa na terça, daí na quarta, você descansa na quinta, né?! Daí na sexta, você descansa no fim de semana... Daí é tranqüilo, né?!
- 55 MM: Mas a primeira semana foi difícil... Nossa, como foi...
- 56 Larissa: Você tava acostumada ficar em casa de segunda, né?!
- 57 MM: Tava... Mas assim também, eu tomo muitos medicamentos, né?! Daí acordar cedo e vim é ruim...
- 58 Larissa: É? Tá com dificuldade?
- 59 MM: vixi, bastante! Só que mesmo assim, ainda prefiro vir na fisioterapia, que até esqueço... Medicamento faz mal pro corpo...
(silêncio de 30 segundos)
- 60 Larissa: E você só tá aqui mesmo?
- 61 MM: Só...
- 62 Larissa: E tá bom, né?!
- 63 MM: aqui só faltando a hidroterapia... Ainda não dá... Tenho que melhorar um pouquinho pra ir lá...
- 64 Larissa: é?!

APÊNDICE H – Transcrição da entrevista com W.S.

01

02 Larissa: Pode começar aquele da ponte... Aqui, isso...

03 Larissa: Agora já tá fazendo quanto tempo que você tá aqui na fisio?

04 W.S.: Ah, já tem uns dois meses já...

05 Larissa: ... Dois meses.. Mas assim, depois que você sofreu o acidente, você não precisou de cadeira de rodas...

06 W.S.: não, não

07 Larissa: Só muletas..

08 W.S.: Nem muleta eu não usei

09 Larissa: nem muleta..

10 W.S.: Eu andava só com meu pai do lado, assim, tipo apoiado..

11 Larissa: ahan..

Pausa de 20 segundos (realizando exercícios)

12 W.S.: quando eu cheguei o hospital, na primeira semana, eu ficava só deitado em casa, nem levantava...

13 Larissa: e quando que você começou a andar de novo, assim...

14 W.S.: acho que tem, de quando eu cheguei em casa, acho que umas 2 semanas, depois eu comecei, mas vixi, eu melhorei bastante, to bem melhor agora...

15 Larissa: E depois que você começou a fazer fisioterapia, quanto tempo você demorou?

16 W.S.: Ah, acho que foi umas... 4 semanas em casa, porque minha tia trabalha nessa parte de saúde, né?

17 Larissa: ah, daí ela ajudou a cuidar..

18 W.S.: é, ela ajudou.. é minha madrinha

19 Larissa: ah, que bom, né?!

Pausa de 20 segundos (realizando exercícios)

20 Larissa: Pode descansar um pouquinho...

Ó, vou perguntar pra você... Quando você vê essa palavra o que que você pensa?
(DEFICIÊNCIA)

21 W.S.: Tem que saber o que é, tem que fazer as coisas...

22 Larissa: E essa daqui, ó: (REABILITAÇÃO)

23 W.S.: (pausa 10 segundos) Ah, quando a pessoa começa a... desenvolver, assim, tá aprendendo, tá fazendo ou alguma coisa diferente, igual fazer fisioterapia... No começo você acha que não vai adiantar muito, mas depois você vê que dá resultado...

24 Larissa: E essa palavra (Fisioterapia), o que vem na sua cabeça?

25 W.S.: Essa aí já... É que eu tenho que fazer, tipo uma tarefa, né?! Se eu quiser melhorar, eu já tenho que partir pra fisioterapia.

Se eu quiser adiantar, né?! Agora se eu quiser ficar bastante tempo em casa, sofrendo, daí num faço.

Se eu quiser adiantar, né?! Eu venho...

26 Larissa: O que que representa pra você, se alguém perguntar pra você o que é o fisioterapeuta?

27 W.S.: Ah, uma pessoa que estudou pra ajudar os outros, vive pensando no outro...

28 Larissa: Uhun... tá bom..

29 W.S.: É isso?

30 Larissa: Pode fazer aquele lá de levantar a perna...
Isso..

Pausa 25 segundos (realizando exercícios)

31 Larissa: Quantos anos você tem?

32 W.S.: Eu tenho 18!

Pausa 15 segundos (realizando exercícios)

33 Larissa: Você estudou até que série mesmo?

34 W.S.: Eu to estudando agora... Tô no segundo..

35 Larissa: Vai passar pro segundo agora, 2011?

36 W.S.: É

37 Pausa de 1minuto e 20 segundo (realizando exercícios)

38 Larissa: O que que você fica pensando enquanto você tá fazendo os exercícios?

39 W.S.: Hã?

40 Larissa: Que que você fica pensando enquanto você tá fazendo os exercícios?

41 W.S.: Ah... Num.... Tipo, é... Como que eu vou começar a melhorar.. Igual operar a perna mesmo, a perna eu num... quando eu cheguei do hospital, eu só ficava com a perna esticada assim, depois que eu comecei a fazer fisioterapia, os exercícios.. eu percebi que melhorou bastante... minha perna ficava tremendo bastante também e deu uma parada...

Pausa 10 segundos

42 Larissa: Mas tem exercício que você acha mais difícil, às vezes você acha mais fácil?

43 W.S.: No começo, tipo, eu achei mais ruim porque... eu não tinha muito movimento não... Igual na perna mesmo, eu não tinha muito movimento na perna... Pra mim fazer isso aqui *, eu acho que era difícil pra mim...mas agora pra mim tá normal.

(* Exercício de ponte, com alternância de extensão dos MMII)

44 Larissa: Que bom, né?!

45 W.S.: Uhum

Agora mais é o braço que tá ruim ainda... Mas a perna assim, vixi, já to bem melhor... Só, só pra correr mesmo que eu não consigo muito, vou mancando... mas, de andar, vixi, já andei bastante já, num canso, né?!

Pausa 15 segundos (realizando exercícios)

46 Larissa: E tem exercício que você gosta mais ou gosta menos?

47 W.S.: não, pra mim não..

48 Larissa: Não tem diferença?

49 W.S.: Não!

Pausa 25 segundos

50 Larissa: Você já tava no finalzinho do ano então, quando você... sofreu o acidente?

51 W.S.: já, já tava acabando...

52 Larissa: Mas você conseguiu acabar ou não?

53 W.S.: Não, daí eu sofri o acidente e consegui!

54 Larissa: Ah, tá... (...)

Você tava com boas notas no começo?

55 W.S.: Tava, tava sim...

56 Larissa: que bom!

57 W.S.: É!

Pausa 50 segundos (realizando exercícios)

58 Larissa: Acho que já deu, não deu não?

59 W.S.: já passou já...

60 Larissa: Já até passou? Eeee beleza!

61 W.S.: (risos)

62 Larissa: Então ta bom, vamos fazer esse aqui agora... Pode segurar aqui, e com essa mão, você leva lá atrás!

63 W.S.: quantas vezes?

64 Larissa: pode ser 20 também!

65 W.S.: 20?

66 Larissa: É, pode ser duas de dez!

67 W.S.: ahan

Pausa de 1 minuto e 10 segundos (realizando exercícios)

68 Larissa: Mas você tem vontade de vir aqui pra fisioterapia? Você sente essa vontade?

69 W.S.: No começo, eu não tava conseguindo vir muito aqui, não, porque eu pensei que ia melhorar rápido, né?! E eu ficava a mesma coisa... Chegava em casa, ficava a mesma coisa, não podia sair, tinha que ficar em casa, eu saía só pra vim pra cá... e voltava pra casa, vixi, no começo fiquei desanimado, mas depois que eu comecei a andar, eu fui melhorando já...

70 Larissa: e agora...

71 W.S.: Não, agora tá tranquilo...

72 Larissa: você sente vontade?

73 W.S.: Ahan.. vixi, to bem melhor agora... É porque não é todo dia que eu venho, né?! Só duas vezes na semana... se fosse todo dia daí era mais complicado, né?!

74 Larissa: Ahan...

75 W.S.: De manhã não faço nada, daí venho fazer pra passar o tempo, né?!

Pausa 1 minuto (realizando os exercícios)

76 Larissa: Já deu os dez, não deu não?

77 W.S.: Já!

78 Larissa: Agora aqui...

A Mari já tá liberando o movimento? OU ainda não?

Ou só faz de conta, só?

79 W.S.: É... tipo, liberou mais essa semana.. foi pouco, pra não erguer muito o braço assim,

80 Larissa: Não erguer muito,né?!

81 W.S.: É, mais porque eu tava com dor aqui ainda... dava um choque aqui ainda...

82 Larissa: É porque por mais que o médico tenha liberado, aí agora é você que tem liberar, né?!

83 W.S.: É...

84 Larissa: Deixa o braço assim pra fazer força pra dentro...

85 W.S.: Só fazer força ou faço o movimento?

86 Larissa: Então... você consegue fazer o movimento?

87 W.S.: Acho que consigo...

88 Larissa: Então tá, eu vou dar uma segurada, mas aí você vai...

89 W.S.: Tá...

90 Larissa: Tá? Daí a volta é normal! Vai...

Pausa 15 segundos

91 Larissa: Aguenta quinze? Tá no oito..

92 W.S.: Aguento...

Pausa 40 segundos

93 Larissa: Aí, tá bom!

Aí se você sentir dor depois, você presta atenção, tá? Porque se você sentir dor, daí na quinta-feira você já fala...

94 W.S.: Ahan

Pausa 10 segundos

95 Larissa: E essa você segura com a outra... Pode segurar bem na pontinha... Vai, vai...
aí... Agora você vai fazer força pra abrir, tá? E daí, com essa mão você segura...

Pausa 30 segundos

96 Larissa: Agüenta mais cinco?

97 W.S.: Uhum...

Pausa 20 segundos

98 Larissa: Aí, pode descansar...

Vou deixar já aqui.. que o outro agora vai ser assim, tá?!

Se você quiser descansar mais um pouco... Tá doendo?

99 W.S.: Não, não...

100 Larissa: tá fraquinho...

Tá muito forte agora?

101 W.S.: Não, não...

Esse já dá pra fazer melhor... Esse, tipo, logo que eu tava com pino eu não fazia...

102 Larissa: Tava difícil né?! (...) Foi bom que daí dá pra ver que o músculo não ficou tão fraco

Pausa 1 minuto e 10 segundo (realizando exercícios)

103 Larissa: Aí... Deu...

Daí, na ultima vez que a Mari ergueu seu braço, foi mais ou menos que altura?

104 W.S.: É... tipo, não de assim, até aqui..

105 Larissa: Até aqui...

Então você consegue fazer assim?

106 W.S.: acho... não sei...

107 Larissa: Vamos ver...

Vai até onde dá...

Aí... E abaixa, vem de encontro à perna...

Não precisa, assim, usar o elástico pra fazer força, é só pra dar o apoio, tá?!

108 W.S.: ahan...

Pausa 35 segundos (realizando exercícios)

109 Larissa: Tá doendo?

110 W.S.: Tipo, tá... quando tá esticado assim, ó, dói um pouco o ombro, quando abaixa daí fica normal

111 Larissa: Daí passa, né?!...

112 Pausa 25 segundos

113 Larissa: você lembra certinho que dia que foi? O acidente?

114 W.S.: num lembro...

Não lembro de nada do acidente...

Até quando eu cheguei do hospital, quando eu saí, tipo, eu não sabia onde eu tava, que eu tava no hospital, é... que eu tava fazendo, se eu tinha caído, não lembrava onde eu morava... Tem gente que eu lembro até hoje, eu olho pra pessoa assim, eu lembro, mas não lembro da onde...apaga, né?!

115 Larissa: Apagou...

116 W.S.: É...

117 Larissa: Vamos lá pra outra sala, que o restante dos exercícios vou fazer em pé...

Pausa 20 segundos...

118 Larissa: E aí, W.S., o que você pensa quando você termina os exercícios?

119 W.S.: Eu... quando termina? Ah, sei lá...

120 Larissa: quando acaba assim, a sessão de fisioterapia... O que que passa na cabeça

121 W.S.: se vai dar mais resultado, né?! Se vai demorar muito... Se vai adiantar ou não...

Mas... até agora, não tenho do que reclamar, não! Porque... do jeito que cheguei em casa, do jeito que eu to hoje?!... Até pra tomar banho, eu não conseguia tomar banho sozinho, não...

Agora hoje... Faço tudo sozinho, não preciso de ajuda... tá normal...

122 Larissa: Ah, que bom!

123 W.S.: É...

124 (Larissa: Acho que agora a Mari vai pedir pra fazer prancha e... bicicleta você tá fazendo também, né?!)

125 W.S.: Ahan...

126 Larissa: Prancha, agora, Mari?

127 Fisio: hã?

128 Larissa: prancha?

129 Fisio: Isso!

130 Fisio: Agora aquela seqüência na prancha, W.S... Começa dobrando o joelho...

APÊNDICE I – Quadro – 2: Síntese comparativa entre os participantes

	Temporalidade	Relação com si mesmo	Relação com o outro	Relação com a fisioterapia
C.D. (APÊNDICE C)	(-) O passado não volta como igual (4;14) ⁵ ; (+) Melhora é esperada para o futuro próximo (18).	(-) Mudança que experimenta (2;4); (+) Se vê melhor do que outros na mesma situação (16).	(+) Sensibiliza-se com outros na mesma situação (4;16); (+) Em relação ao fisioterapeuta (6;10).	(+) Importância (6); (+) Satisfação com seu desempenho (18). (-) Expectativa não cumprida (6).
M.P. (1) (APÊNDICE D)	(+) Não demonstra inquietação	(+) Aceita a nova condição (24). (-) Não aceita o rótulo (18;20;23).	(+) Supera as expectativas do outro (58); (+) Em relação ao fisioterapeuta (36;38); (-) Sistema de saúde (62).	(+) Meio de atingir as metas (32); (-) Ações em direções opostas; expectativa não cumprida (74).
M.P. (2) (APÊNDICE E)	(+) Aloca no tempo as boas novidades (4;6);	(+) Satisfação: Atribui a si os ganhos e o bom desempenho (12;16;33;41;43;53;55;57)	(+) Busca independência (12;43;45).	(+) Esforços direcionados (55;60).
M.M.(1) (APÊNDICE F)	(-) Perda (2); (-) Frustração diante da nova situação (7); (-) Aceitaria ter de volta menos do que já teve (16).	(-) Estados emocionais (6;8) (-) Relacionado ao passado e presente (2;7). (+) Papel cumprido (18).	(-) Decepção (8;16) (+) Em relação ao fisioterapeuta (11).	(+) Resultados sentidos (13;15).
M.M.(2) (APÊNDICE G)	(-) Angústia pelo futuro desconhecido (36;37); (-) Perda (17).	(-) Desânimo e cansaço para agir. (10;17;21; 34;46;53;57)	(-) Sistema de saúde (17;34);	(+) Satisfação (19;34;37;59).
W.S. (APÊNDICE H)	(-) Tempo custa passar (69;75;121).	(+) Melhora visível; (14;23;41;45;121) (+) Ator (25).	(+) Recebe ajuda quando necessário (16;27;121) (+) Em relação ao fisioterapeuta (27).	(+) Resultados sentidos (23;25;41)

Quadro – 2 : Significados positivos ou negativos, para os aspectos extraídos de cada entrevista

⁵ Os números que seguem algumas atribuições positivas ou negativas indicam a linha que contém a fala ilustrativa correspondente, nos apêndices C,D,E,F,G e H.

Pontos de convergências entre as entrevistas:

a) Temporalidade:

- Tempo como não coincidência (C.D.; M.M. (1) e M.M. (2)). O presente é diferente do passado, que não volta mais e, também ainda não é futuro, este sempre desconhecido.

b) Relação com si mesmo:

- Contentamento (C.D.; M.P. (1); M.P. (2); W.S.). Satisfeitos com o desempenho
- Construtores do próprio sucesso (M.P.(2) e W.S.). Percebem-se como essenciais no 'ir buscar'.

c) Relação com o outro:

- Sistema de saúde como obstáculo (M.P. (1) e M.M.(2))
- Solidariedade (C.D. e W.S.)

d) Relação com o fisioterapeuta:

- Atribui importância (C.D. e M.P.(1)), como coautor do processo.
- Empatia (C.D.; M.M (1) e W.S.)

e) Relação com a fisioterapia:

- Expectativa cumprida (M.P(2); M.M(1); M.M.(2) e W.S.)
- Expectativa não-cumprida (C.D. e M.P(1))

ANEXO A – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina Registro CONEP 268

<p>Parecer de Aprovação nº 026/2011 CAAE nº 0032.0.268.000-11 Folha de Rosto nº 407706 Processo nº1332/2011</p>	<p>Londrina, 22 de março de 2011.</p>
<p>PESQUISADOR (A): Larissa Laskovski USP - Instituto de Psicologia - Psicologia Experimental</p>	
<p>Prezado (a) Senhor (a):</p> <p style="text-align: center;">O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"Por Que Ir à Fisioterapia? Um Estudo Microgenético de Expectativas de Pacientes e Adesão ao Tratamento",</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p>Atenciosamente,</p> <p>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina</p>	