

Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais

Approaching the Signs – Physiotherapy and Health – to the Human and Social Aspects

Jordana Gargioni Salmória

Fisioterapeuta, Mestre em Letras.

Endereço: Rua João Pessoa, 107, apto 121. CEP 85812-070, Cascavel, PR, Brasil.

E-mail: jordanasaldoria@hotmail.com

Wander Amaral Camargo

Doutor em Sociologia; Professor Adjunto da Universidade Estadual do Oeste do Paraná campus de Cascavel (PR)

Endereço: Rua São Paulo, 2151, apto 05, CEP 85801-021, Cascavel, PR, Brasil.

E-mail: wanderac@hotmail.com

Resumo

A Fisioterapia, como profissão da área da Saúde, tem em sua origem a característica reabilitadora inserida em suas práticas. Contudo, sua atuação estende-se à prevenção de doenças e à promoção da saúde de um indivíduo ou da coletividade, enfoque de disciplinas comuns a cursos da área, como é o caso da Saúde Coletiva. Também considerada campo de conhecimento, a Saúde Coletiva aproxima os olhares do futuro profissional aos aspectos humanos e sociais imbricados nas ações voltadas à saúde da coletividade, e que, por esse mesmo motivo, aproxima-se das demais Ciências do saber. Durante muito tempo, as pesquisas em Ciências Sociais relacionando-se à Saúde estiveram voltadas aos profissionais médicos, em detrimento dos demais profissionais de saúde. A articulação da Fisioterapia com as Ciências Sociais permite um olhar histórico-humano-social sobre as ações de saúde e da prevenção de doenças. Outra inter-relação da Fisioterapia é com a linguagem, permitindo-se o encontro com a realidade. É nesse momento, segundo Bakhtin (2002), que o sujeito se faz histórico. A ideologia que perpassa as ações em equipes, compostas de profissionais de saúde, pode ser desvelada por meio da análise de seus discursos, revelando os elementos constituintes de suas práticas profissionais e que possam estar impedindo as transformações do perfil de saúde-doença de uma coletividade. A ancoragem metodológica que permitiu a construção deste ensaio foi o Materialismo histórico e dialético, com base na teoria marxiana. **Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Ciências Sociais; Linguagem; Fisioterapia.

Abstract

Physiotherapy, as a profession of the Health area, has, in its origin, the rehabilitation characteristic inserted in its practices. However, its activity extends to disease prevention and health promotion of an individual or of the collectivity. This focus is present in disciplines that are part of the courses in the area, as it is the case of Collective Health. Also considered a knowledge field, Collective Health provides the future professional with a closer look at the human and social aspects embedded in the actions directed to the community's health. For this reason, Collective Health has many interfaces with the other knowledge Sciences. For a long time, research in Social Sciences that was related to Health was directed at the medical professionals, which was detrimental to the other health professionals. The articulation of Physiotherapy with the Social Sciences allows a historical, human and social look at health and disease prevention actions. Physiotherapy also has an interrelation with language, allowing the subject to meet with reality. According to Bakhtin (2002), it is at this moment that the subject becomes historical. The ideology that pervades the actions of teams that are composed of health professionals can be disclosed through the analysis of their discourses, showing the elements that constitute their professional practices and that may be hindering the transformations in the health-illness profile of a collectivity. This essay was methodologically supported by historical and dialectical Materialism, based on Marx's theory.

Keywords: Collective Health; Social Sciences; Language; Physiotherapy.

Introdução

A primeira profissão conhecida na área da Saúde foi a Medicina, e na medida em que passou a se especializar e a se subdividir surgiram várias outras, dentre elas a Fisioterapia. Os fisioterapeutas foram chamados de paramédicos por algum tempo, passando à condição de técnicos em Fisioterapia como auxiliares médicos (reconhecidos no ano de 1963) e a profissionais de nível superior (1969), regulamentados pela Lei nº 6.316 de 1975.

A área da Saúde, sem deixar de comportar suas singularidades relacionadas à saúde e à doença, está contida em uma problemática social ampla, e a maneira de abordá-la implica em abrir-se à sociedade, às contradições, aos conflitos, às relações sociais, às desigualdades e às diferenças, impondo no plano de suas intervenções a intersectoriedade e a intermultidisciplinaridade.

Atualmente, as discussões em torno da formação e da atuação dos profissionais de Saúde, na universidade, surgem com a necessidade de estudar e trabalhar a Saúde em sua totalidade social. Muito tem se falado a respeito da Integralidade e da Humanização na assistência à Saúde, objetivando que os acadêmicos e os profissionais da área reconheçam o indivíduo/paciente como um todo físico-psíquico-biológico e social.

A Fisioterapia, como profissão de nível superior reconhecida e habilitada à prevenção de doenças, promoção e recuperação da Saúde, tem na sua formação as diretrizes curriculares cujo parâmetro é formar o profissional voltado à realidade social. Nesse sentido, há destaque para o campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva, ofertado como disciplina nos cursos da área, e que possui, dentre outras tarefas, a articulação da Saúde com outras áreas de conhecimento, como as Ciências Sociais, o que de sobremaneira amplia o debate sobre essa problemática.

Os pesquisadores em Saúde Coletiva constroem a cada dia um sólido reconhecimento do campo, como espaço de atuação intermultidisciplinar. Esse campo ou área de conhecimento é considerado uma subárea das Ciências Sociais, pois articulados permitem a identificação dos aspectos sociais que permeiam a realidade apresentada e dessa maneira permitem também uma possibilidade de interpretação do homem, o sujeito de todo estudo e prática na Fisioterapia. Porém,

esses estudos, que articulam a Saúde, por meio da Saúde Coletiva, às Ciências Sociais, são recentes e ainda mais recentes são os que se inter-relacionam com as Ciências da linguagem.

A linguagem é considerada uma das possibilidades de apresentar algum aspecto da realidade para os fatos materiais sociohistóricos e necessária para dar sentido à realidade. No trabalho em equipe de profissionais de saúde, os seus discursos, e mais especificamente as suas comunicações verbais, são determinadas social e ideologicamente, cujo objetivo final deve ser a efetividade da intervenção em Saúde. Este ensaio se apropria dos estudos do filósofo da linguagem Mikhail Bakhtin, pois em seu pensamento a linguagem é concebida de um ponto de vista histórico, cultural e social que inclui a comunicação efetiva dos sujeitos e os discursos nela envolvidos.

Ao elaborar uma teoria enunciativo-discursiva da linguagem, Bakhtin refletiu acerca dos elementos constitutivos desse processo. Um desses elementos, a ideologia, está presente na linguagem como um dos instrumentos da dominação e da luta de classes, que não se restringe à consciência de um sujeito individual e não se explica apenas pelo ser humano, mas enquanto universo social dos signos do homem. É, portanto, em meio à comunicação dos indivíduos organizados em uma sociedade, ou seja, na interação social, que a consciência individual torna-se fato socioideológico (Bakhtin, 2002).

Como o discurso materializa o contato entre o ideológico e o lingüístico, o Código de Ética do profissional fisioterapeuta e os Conselhos Federal e Regional de Fisioterapia podem contribuir para a ideologia dominante ao impor regras e limites, amenizando conflitos entre os profissionais, resultantes de divergências de perspectivas e de interesses, mas, sobretudo, exercendo controle sobre aqueles que utilizam seus serviços.

É na linguagem das relações interpessoais em Saúde que os fenômenos ideológicos manifestam-se de forma intensa e aparecem de maneira clara o aspecto semiótico e o papel contínuo da comunicação social. Segundo Bakhtin (2002, p. 36), “a palavra é o fenômeno ideológico por excelência”, e estará em todos os atos de interpretação e compreensão, não comportando nada que não esteja ligado a essa função, nada que não tenha sido gerado por ela, sendo o modo mais puro e sensível de relação social.

A comunicação verbal, inseparável das outras formas de comunicação, implica conflitos, relações de dominação e de resistência, adaptação ou resistência à hierarquia, utilização da língua pela classe dominante para reforçar seu poder, etc. (Bakhtin, 2002, p.14).

A linguagem, portanto, não existe desvinculada da vida social, pois, como fenômeno extremamente complexo, é ao mesmo tempo individual e social, física, fisiológica e psíquica (Fiorin, 2003). Para Brait e Melo (2005), pelo fato de o enunciado (como unidade real da linguagem) ser de natureza constitutivamente social e histórica ele se liga a enunciações anteriores e a enunciações posteriores, produzindo e fazendo circular discursos.

Quanto aos procedimentos metodológicos, a corrente teórica adotada neste trabalho é o Materialismo histórico e dialético, baseado na teoria marxiana, que almeja a razão não apenas como instrumento de apreensão da realidade, mas de construção de uma sociedade mais justa, apta a possibilitar a realização de todo o potencial dos indivíduos. O referencial, sob a ótica dialética e aplicada aos fenômenos historicamente produzidos, aponta as contradições constitutivas da vida social, que resultam na negação de uma determinada ordem, como a experimentada pela abstenção do caráter humano e social nas práticas em Saúde. Ao utilizar o Materialismo histórico e dialético, abre-se um espaço para a constituição de um saber dos fenômenos histórico-sociais, que a própria evolução da Ciência permitiu, e que chamou a atenção para uma preocupação humanística cujo objetivo fundamental é libertar o homem, tanto das alienações ideológicas como das sujeições e opressões políticas.

O objetivo deste ensaio é demonstrar a possibilidade de articulação da Fisioterapia, como profissão da área da Saúde, às Ciências Sociais e aos estudos da linguagem, contribuindo para as práticas dos fisioterapeutas e demais profissionais da área da Saúde.

A Ciência “Fisioterapia” e o Campo de Conhecimento “Saúde Coletiva”

A Fisioterapia, como subdivisão da Medicina, advém de aplicações médicas no campo da reabilitação, com conseqüente submissão a essa categoria profissional

desde o reconhecimento dos cursos de Fisioterapia existentes, com o Parecer n. 388, de 1963, definindo o fisioterapeuta como auxiliar médico. Cabiam a esse profissional as tarefas de caráter terapêutico, realizadas sob a supervisão médica, contudo o parecer citado afirma que o profissional é um técnico em Fisioterapia, mas que deveria ter uma formação de nível superior. Mesmo aparecendo como membro da equipe de reabilitação, ao fisioterapeuta não se atribui a incumbência do diagnóstico da doença ou da deficiência, podendo, naquele momento atuar somente quando seus serviços forem solicitados por um médico. Em 13 de outubro de 1969 foi emitido o Decreto-Lei nº., 938, que provê sobre a atividade profissional do Fisioterapeuta, como profissão de nível superior, e a regulamentação profissional data de 1975 (Rebelatto e Botomé, 1999).

Devido às características em que foi dado o início da atuação profissional, a Fisioterapia busca constantemente reconhecimento e autonomia, principalmente junto aos profissionais médicos, hegemônicos em suas ideologias dominantes na área. Refiro-me à necessidade previamente estabelecida, por planos de saúde e até mesmo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de encaminhamento ao tratamento fisioterapêutico, mediante consulta e concordância médica. O não cumprimento da autonomia do fisioterapeuta, assegurada por lei, é um dos exemplos de normatização que a Medicina busca fortalecer, como por exemplo, através do Código de Ética Médica, que, segundo Hossne (1985, p. 100), é possuidor de um discurso ideológico: “na medida que garante o ‘dever’ do profissional médico”.

O fato de a profissão Fisioterapia ser recente, e outros fatores, como a presença de profissionais fisioterapeutas jovens no mercado de trabalho, contribuem para as dificuldades no estabelecimento da profissão, no que se refere ao seu reconhecimento pela população e pelos demais profissionais de Saúde.

Para Trelha e col. (2002), as profissões da Saúde se complementam, pois fazem parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, cada qual com suas especificidades de conhecimentos e práticas. Porém, essa especialização do conhecimento, em vez de possibilitar avanço, pode gerar fragmentação e alienação. Muitas vezes, os profissionais de Saúde compartilham apenas o espaço físico, mesmo durante suas visitas aos doentes internados ou no estudo do pron-

túrio do paciente, com momentos de integração raros. A segmentação do atendimento ao paciente por diversos profissionais, seja no ambiente hospitalar seja na clínica/consultório, pode gerar uma situação de competição por espaço na assistência ao paciente, e conflitos que podem prejudicar o tratamento.

As características fundamentais da Fisioterapia eram inicialmente, a formação técnica e a reabilitação do ser humano, utilizando-se do uso de meios físicos e atuando de forma segmentar à Medicina. A conduta fisioterapêutica dependia exclusivamente do diagnóstico e da prescrição médica. Hoje em dia, tendo por base um profissional de Saúde, é evidenciado o seu papel sobre esse prisma e não o da doença. Contudo, como data o início da profissão, o papel reabilitador do fisioterapeuta exime-o de grande responsabilidade social, mérito de toda e qualquer profissão. A ausência de clareza do objeto de trabalho Saúde, por profissionais dessa área, contribui para uma desvalorização de suas atribuições na sociedade.

No Brasil, a Fisioterapia surge como possibilidade de cura ou de reabilitação das vítimas de acidentes de trabalho, reintegrando-as ao sistema produtivo ou atenuando seu sofrimento (Rebelatto e Botomé, 1999). Além das características históricas da profissão, para Ragasson (2003), perpetua-se o profissional reabilitador devido à priorização das ações curativas pelos cursos de Fisioterapia existentes no Brasil.

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

curricular e da criação das diversas especialidades médicas. A competência técnico-científica foi realçada em detrimento da relação médico-paciente.

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

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

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

Saúde Coletiva pode ser descrita como área ou campo de conhecimento, pois para Rebelatto e Botomé (1999, p. 227), a área de conhecimento atende ao estudo sobre determinado assunto, tema, problema, fenômeno ou objeto, conceito diferente de campo de atuação profissional, que é definido pela orientação ao interesse em intervir em problemas e situações na vida prática das pessoas e na realidade física ou social em que elas vivem. Ambas podem ter o mesmo

objeto de interesse, mas possuem objetivos diferentes: “*produzir o saber*, no caso da área de conhecimento e *utilizar o conhecimento produzido*, no caso do campo profissional”.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva aparece não como um neologismo ou uma modernização da Saúde Pública. Ela analisa a determinação histórica de como evoluiu o processo saúde-doença no coletivo, surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como conquista da luta popular de interferir nas ações estatais, que de fato apresentam-se verticalizadas, mesmo após a Reforma Sanitária ocorrida na década de 1980. Hoje em dia, as ações de Saúde Coletiva se dão em todos os espaços e sua finalidade é intervir sobre a saúde da coletividade por meio do conjunto de trabalhadores em saúde com o objetivo de transformar o perfil de saúde-doença (Egry, 1996).

Ao definir saúde-doença, uma teoria que busca a compreensão diferenciada dos fenômenos Sociais e de Saúde, surge a discussão, em meados da década de 1970, originando a Medicina Social. Essa teoria corresponde à determinação social do Processo saúde-doença, que busca relacionar a forma como a sociedade está organizada diante das manifestações de saúde-doença. Isso significa que a saúde-doença compõe um grande processo que se refere à vida das pessoas, intrinsecamente ligada ao acesso que elas têm às necessidades para viver, seja moradia, alimentação, educação, lazer, etc. Esse processo depende, numa sociedade como a brasileira, da inserção do indivíduo no sistema de produção, para dispor mais ou menos ao consumo. Explica-se assim o porquê do fator biológico estar subsumido ao social, na saúde da coletividade.

A Fisioterapia vem experimentando um crescimento vertiginoso nas duas últimas décadas, e a preocupação quanto à formação dos fisioterapeutas têm acompanhado esse crescimento. Schmidt (2002), em pesquisa qualitativa com coordenadores de cursos de Fisioterapia do Estado do Paraná e com análise documental dos projetos pedagógicos e dos planos de ensino das disciplinas de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, apontou avanços no tocante à consciência de que são necessárias mudanças para garantir a formação de um profissional competente e que contribua para a construção do setor Saúde no Brasil, proporcionando melhores condições de vida aos cidadãos.

Dentro da questão de formação profissional,

Schwengel (2002), aponta que o acadêmico de Fisioterapia apresenta pouco interesse nas disciplinas do campo social, como a Sociologia, Antropologia, Fisioterapia Preventiva e Atuação Comunitária, em detrimento das disciplinas exclusivamente técnicas como Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, e que na ausência do debate social e na análise da realidade, perde-se uma parcela importante da formação. Porém:

O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apoiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras (Barros, 2002, p. 9).

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

Após expor o percurso do fisioterapeuta na Saúde da coletividade, verifica-se que, apesar do pouco tempo de profissão, os fisioterapeutas detêm o saber, executam e controlam o processo de trabalho no campo da Fisioterapia e podem atuar em uma ou várias áreas/especialidades. Apesar desse potencial, embasar as atividades profissionais ao campo da Saúde Coletiva é tarefa árdua para aqueles desinteressados para com o progresso da profissão como Ciência ou para seu reconhecimento na sociedade. As mudanças serão graduais, de consciência individual em consciência individual, até o momento em que as premissas desse campo componham o dia-a-dia profissional de toda a categoria.

A Saúde, as Ciências Sociais e os Estudos da Linguagem: uma ampliação dos objetos da Fisioterapia e da Medicina

As afinidades de pesquisa de três médicos chamados Morelli, Conan Doyle e Freud, ao estudar a cultura ocidental e a maneira pela qual se manifestou a sua ordem dentro da Medicina, configuraram um modelo de conhecimento no âmbito das Ciências Humanas, que fora publicado em forma de ensaio em 1979, pelo historiador Carlo Ginzburg (apud Cardoso, 2002). O estudo repercutiu nos meios acadêmicos ligados às Ciências Sociais como um debate paradigmático em função de suas características semióticas. Assim:

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

Ficava nitidamente claro naquele momento para os estudiosos da Medicina que a explicação da existência das ordens empíricas estabelecidas para todo ser humano, as leis e os princípios que as governam, vêm da Filosofia, Sociologia e da História. Em vista disto, autores como Ibáñez e Marsiglia (2000) descrevem que a inserção da Saúde no campo das chamadas Ciências Biológicas incorre em um reducionismo do seu objeto e das concepções acerca de suas práticas, sobretudo vistas apenas como aplicação de técnicas precisas e objetivas. Um olhar histórico sobre os tipos de conhecimento e seu desenvolvimento redireciona a visão atual para a complexidade do objeto dessa área e sua interdependência com as chamadas Ciências Humanas e Sociais, como a Filosofia, a Antropologia, a Sociologia, a Política, etc.

Em um primeiro momento, os estudos das Ciências Sociais tendo como foco a área de Medicina centram-se “nas diferenças comportamentais dos doentes, atribuindo-se essas diferenças a fatores como etnicidade, cultura, classe social, nível educacional, escolaridade, idade, sexo e outros” (Queiroz e Canesqui, 1986, p. 155). É nesse ponto que o senso comum dá lugar à

Ciência, por meio do método Positivista, responsável pelo surgimento de um percurso científico dado por pesquisas nas Ciências Sociais.

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

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

Ao pensarmos no surgimento das intervenções em saúde, as práticas relacionadas à Medicina surgem com os elementos mágico-religiosos e com os adivinhos e benzedeiros para combatê-la. Contudo, a doença passa a ser entendida como causas naturais, a partir de Hipócrates, o pai da Medicina, que a coloca como objeto de observação e de estudo.

É nesse sentido que o conhecimento da realidade e a vontade de transformá-la uniam-se, dando lugar à Filosofia como um valioso instrumento prático que criticava a sociedade presente, vislumbrando outras possibilidades de existência social, além das existentes. As formas de pensar e o próprio homem da época apresentavam-se em evolução, distanciando-se das interpretações baseadas em superstições e crenças infundadas, o que permitiu a abertura de um espaço para a constituição de um saber para os fenômenos histórico-sociais (Camargo, 1999ⁱ).

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

A terceira corrente filosófica que surge como inspiração para o Positivismo é o Materialismo, como fenômeno recorrente na história do pensamento, sob formas e matizes diferentes e encontrado em todas as épocas. As premissas para uma interpretação materialista do real já estão presentes no pensamento moderno, desde o momento em que o método científico e a experiência sensitiva foram elevados a critério supremo da verdade. A própria ciência favorecera o materialismo na medida em que eliminava o mistério, o sobrenatural, o espírito. Um impulso decisivo para o Materialismo foi dado por Hegel, com a eliminação da dicotomia entre real e ideal, entre realidade pensante e realidade pensada, entre espírito e matéria, e com a resolução de toda a realidade da história. Os seus discípulos, principalmente Engels e Marx, chegaram à

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

constatação de que para o desenvolvimento histórico têm mais importância os fatores econômicos do que as teorias filosóficas, como catalisadores de todos os outros motivos favoráveis ao materialismo e os tornam operantes (Camargo, 1999¹).

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

Dentro deste esquema de referência, nós temos dirigido uma larga porção de nossa atenção para os médicos, muito menos para as enfermeiras, e uma negligenciável quantidade para muitos outros grupos de profissionais, semiprofissionais, e não profissionais que se dedicam ao trabalho médico ou medicamento orientado. (...) Durante as três últimas décadas, temos devotado milhares de páginas para debater os méritos e deméritos dos conceitos do papel de doente e do comportamento frente à doença. Em nossas discussões sobre profissionais médicos, temos estado preocupados, se não obcecados com a dominação profissional do médico, a institucionalização de seu individualismo e autonomia, sua insistência sobre a auto-regulação e autocontrole, seu senso de hierarquia, seu paternalismo e seu poder sobre os corpos, mentes e comportamento dos pacientes, assim como sua soberania econômica e política (Fox, 1985, s.p. apud Nunes, 2003, grifo nosso).

O Positivismo possui como um dos aspectos mais originais e interessantes a *preocupação humanística*, com o objetivo de adquirir um conhecimento exato do homem como ser social, empregando para isso o método das Ciências experimentais, aptas a formular leis relativas ao desenvolvimento dinâmico da realidade natural, e conseqüentemente, ao desenvolvimento do mundo social humano. Essa preocupação humanística também é bastante viva no Materialismo, cujo objetivo fundamental é libertar o homem, tanto das alienações ideológicas como das sujeições e opressões políticas (Camargo, 1999¹)

Visto que o caráter da observação que se pretende nesse trabalho não é neutro, objetivo e desligado dos

fenômenos, como nas Ciências Naturais, e que não se pretende uma aceitação passiva do *status quo* social, ignorando-se os conflitos ideológicos, justifica-se aqui a necessidade de uma ruptura epistemológica total com o Positivismo, pois entendemos que somente o Materialismo, pautado na teoria marxiana, é capaz de trazer uma solução radical e coerente aos problemas da sociedade.

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

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

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

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

A legitimidade social da categoria médica propõe-lhe uma posição hegemônica na área da Saúde, imbuída de ideologia¹, de modo a dominar as práticas e ações sobre as demais categorias profissionais, a exemplo

¹ A ideologia enquanto universo social dos signos do homem (Bakhtin, 2002) faz da Medicina um signo a partir do índice social de valor que possui na área da Saúde. Ainda, para a teoria marxiana, a ideologia é uma superestrutura situada imediatamente acima da estrutura econômica.

da Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, entre outras. Não obstante, todas as profissões visam o controle social e conseqüente hegemonia, com os Códigos de Ética profissionais e com a regulamentação efetuada pelos Conselhos Federais e Regionais.

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

Essas mudanças, consideradas fundamentais para o nascimento de uma nova prática na Saúde, resultam de uma relação complexa entre teoria e prática. De acordo com Caprara e Franco (1999), no momento, a Medicina não se encontra preparada para superar o desafio, ultrapassando limites de recursos convencionais e supostamente universais. O conflito fica ainda mais explícito se considerarmos os fatores sociopolíticos determinantes do processo saúde-doença².

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

Atualmente, outro aspecto social e/ou humano que

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

Como essência do exercício clínico, a semiologia médica fornece as etapas do método clínico com as quais se percebe a herança de um modelo comum pela afinidade semelhante entre as Ciências Humanas, História e Medicina. De modo análogo à história cultural, para Cardoso (2002), as idéias culturais saturam o discurso médico, e as concepções biomédicas sobre a saúde e a doença pressionam as mentalidades.

Ao trabalharmos com a filosofia marxiana, buscamos, a partir de uma perspectiva histórica, delimitar o objeto de conhecimento, por meio da compreensão de todas as suas mediações e correlações para a explicação do social por meio da filosofia da linguagem (Bakhtin, 2002). A dialética marxiana tem como base a compreensão e a relação com o todo, considerando que o fenômeno ou processo social é entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. É possível citar a comunicação verbal dos profissionais de saúde como o indicador mais sensível das transformações sociais, dada como o próprio material ideológico.

As relações de produção e a estrutura sociopolítica determinam todos os contatos verbais possíveis entre

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

os indivíduos, todas as formas e os meios de comunicação verbal. Essas formas de interação verbal acham-se estreitamente vinculadas às condições de uma situação social dada e reagem de maneira muito sensível a todas as flutuações da atmosfera social. “A palavra é o fenômeno ideológico por excelência”, não comporta nada que não esteja ligado a essa função, nada que não tenha sido gerado por ela, sendo o modo mais puro e sensível de relação social (Bakhtin, 2002, p. 36).

Ao considerarmos o médico como detentor de um papel dominante no relacionamento com o paciente, os seus atributos, que acabam moldando todo o sistema de saúde e as suas práticas, assentam-se no *status* e no poder profissional que a ele são concedidos, aos quais se juntam as suas habilidades no uso da autonomia profissional (Nunes, 2003).

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

Para Soar Filho (1998, p. 40), a relação profissional de saúde-paciente é construída por meio da comunicação em geral, envolvendo a comunicação não-verbal e principalmente os processos lingüísticos de verbalização. No intercâmbio social, mediado pela linguagem, é denominada e construída a realidade, de modo que, “as maneiras pelas quais designamos as coisas e as pessoas são ao mesmo tempo *produto* e *produtoras* dos modos diversos pelos quais podemos nos relacionar com o mundo e no mundo”. Tanto a linguagem como os contextos de comunicação são produtores de significados.

Dentre os muitos problemas que surgem nessa relação, em se tratando dos problemas de comunicação verbal e não-verbal, bem como às variedades de padrões comunicacionais, Helman (1994 apud Caprara e Franco, 1999) apresentam três: 1) a incompreensão por parte do profissional quanto às palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor e o sofrimento; 2) a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente ou mesmo a ausência de informações; 3) a

dificuldade de o paciente aderir ao tratamento.

Ainda no contexto da experiência da doença mediada por signos ideológicos, Zola (1966 apud Nunes, 2003) afirma que as diferenças nessa experiência se originam de percepções e de interações sociais mais amplas, tais como crises interpessoais, da interferência percebida com as relações sociais ou pessoais, apoio social da família e de amigos, sanção por parte de um ou de outro membro da família, interferência percebida da atividade do trabalho ou física ou da percepção de sintomas num espaço de tempo.

Ainda, o discurso médico e dos demais profissionais da equipe de saúde podem ser considerados ofensivos como diferenciação cultural e de classe social, ao utilizar terminologia técnica inacessível a não-iniciados.

De pouco vale, entretanto, um paciente subserviente que está, ao mesmo tempo, infantilizado pela falta de conhecimento, paralisado pelas fantasias com que substitui este conhecimento e incapaz de seguir adequadamente instruções que lhe foram transmitidas de forma pouco compreensível (Soar Filho, 1998, p. 40).

Ao utilizarmos Bakhtin (2002) para entender o problema da relação profissional de saúde-paciente, verificamos que o conteúdo ideológico e o relacionamento com uma situação social determinada afetam a significação da forma lingüística. Para ele, apenas a dialética pode resolver essa contradição aparente entre a unicidade e a pluralidade da significação.

Nesse sentido, as bases de uma teoria marxista da criação ideológica estão estreitamente ligadas aos problemas de filosofia da linguagem. Tudo que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo, ou seja, tudo que é ideológico é um signo, sem o qual não existe ideologia:

As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. A palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais (Bakhtin, 2002, p. 41).

Para Fiorin (2003) e Chauí (2004), a ideologia, como constituída e constituinte da realidade, é um conjunto de idéias que servem para justificar e explicar a ordem social. É independente da consciência dos agentes sociais e oculta as relações mais profundas; é a inversão da realidade

Conforme Bakhtin (2002), os índices de valor ideológicos constituem índices sociais de valor, com pretensões ao consenso social, e apenas em nome desse consenso é que eles se exteriorizam no material ideológico. Um exemplo pode ser dado: a sociedade espera que o profissional de saúde comporte-se elegantemente perante o paciente, não masque gomas de mascar, porte roupas limpas e claras, etc.

Ora, se o sucesso de uma ideologia é pleno quando as crenças que ela veicula tornam-se visão de mundo compartilhada por todos os membros da sociedade, mede-se esse sucesso aferindo-se a interiorização dos preconceitos disseminados por ela. Se o indivíduo sente-se inferiorizado, mas aceita como algo natural o discurso imposto pelo profissional sobre sua saúde, prova-se o êxito da ideologia dominante.

Portanto, é a interação verbal que constitui a realidade fundamental da linguagem e o diálogo é a forma mais plena de sua realização. Entre as formas de comunicação (por exemplo, relação entre profissional de saúde e pacientes num contexto hospitalar), a forma de enunciação (respostas objetivas utilizando-se da linguagem técnica em saúde) e enfim o tema (saúde/doença) existe uma unidade orgânica que nada poderia destruir, o que explica que a classificação das formas de enunciação devem apoiar-se sobre uma classificação das formas de comunicação verbal (essas determinadas pelas relações de produção e pela estrutura sociopolítica) (Bakhtin, 2002).

Na relação profissional de saúde-paciente, cada locutor assume características próprias de comunicação verbal, de acordo com a posição em que se encontra. Observa-se que a diferenciação, por muitas vezes explícita nessa relação, tende a favorecer o preconceito linguístico. Contudo, o princípio de toda relação bem-sucedida parte do conhecimento prévio do assunto, interceptado pelas diferentes vozes que permeiam o contexto social vivenciado e que possibilitam a bagagem necessária ao indivíduo que propõe o embate dialético. É assim que o fisioterapeuta, consciente das suas condições históricas, humanas e sociais, pode então tornar-se sujeito do seu discurso, concordando ou não sobre o sentido a dar às suas palavras.

Considerações Finais

As discussões sobre conceitos e práticas de Humanização e Integralidade na assistência surgem com in-

tensidade nas graduações da área da Saúde, e os seus currículos estão sendo readequados para que os egressos da universidade atendam às necessidades sociais da população do país. A Saúde Coletiva é colocada em evidência neste momento, para que seus conceitos, principalmente os que articulam a Saúde às Ciências Sociais e Humanas, sejam repassados aos acadêmicos e profissionais.

A interdisciplinaridade de pesquisa nessas diferentes áreas que se articulam possibilita ao fisioterapeuta construir suas práticas em saúde pautadas em novos paradigmas, com a integração de aspectos humanos e sociais. Observa-se assim que os profissionais fisioterapeutas necessitam de uma formação que os permitam pensar e agir, não somente direcionados à Saúde, mas inter-relacionando-se com outras áreas.

Dessa maneira, elementos constitutivos da linguagem e da vida social dos homens, como a ideologia, podem ser visualizados e compreendidos nas ações da área da Saúde, no discurso entre profissionais e/ou pacientes, desvelando signos próprios e constitutivos da área.

As articulações propostas nesse estudo dão atenção às necessidades integrais dos seres humanos, enquanto seres sociais, culturais, históricos, ideológicos e políticos. A realização de trabalhos posteriores embasados na inter-relação dessas áreas contribuirá, junto a este estudo, para o aperfeiçoamento da Fisioterapia, como Ciência e prática profissional.

Referências

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Edusc, 2001.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. 9. ed. São Paulo: Hucitec-Annablume, 2002.
- BARROS, Fabio Batalha M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
- BRAIT, Beth; MELO, Rosineide de. Enunciado/enunciado concreto/enunciação. In: BRAIT, Beth (Org.). *Bakhtin: conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 68.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil - 1988*. 25. ed. Art. 198, inc. II. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2005. p. 55. (Série Textos básicos. n. 37).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004.
- CAMARGO, Wander Amaral. *O positivismo e suas influências teóricas*. Cascavel: Unioeste, 1999
- CAPRARA, Andréa; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.
- CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. A história e a medicina: os signos e os sinais. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 136-137, 141.
- CHAUÍ, Marilena. *O que é ideologia?* 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção Primeiros Passos, 13).
- EGRY, Emiko Yoshikawa. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.
- FIORIN, J. L. *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Ática, 2003.
- FONTES, Olney Leite. *Educação biomédica em transição conceitual*. Piracicaba: Unimep, 1999.
- HOSSNE, William Saad. *Vale a pena ser médico?* São Paulo: Moderna, 1985.
- IBÁÑEZ, Nelson; MARSIGLIA, Regina. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, Ana Maria. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 50-51.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 50.
- MESSIAS, Iracimara de Anchieta. *O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 32-37, 2003.
- QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, 1986.
- RAGASSON, Carla Alessandra Pires et al. *Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde de família: reflexões a partir da prática profissional*, 2003. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/arquivos.php>>. Acesso em: 20 jul. 2004.
- REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvia Paulo. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- SCHMIDT, Luciana Alves Tapia. *Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHWINGEL, Glademir. A fisioterapia na saúde pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, Fabio Batalha M. (Org.) *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 228-229, 232, 235.
- SOAR FILHO, E. J. A Interação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 1, Florianópolis: Instituto de Cardiologia. p. 35-42, 1998.
- TRELHA, Celita Salmaso; GUTIERREZ, Paulo Roberto; CUNHA, Ana Claudia Violino da. O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 4, n. 1, p. 15-21, dez. 2002. (disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>, acessado em 12 de março de 2006).
- Recebido em: 04/09/2006
Reapresentado em: 03/03/2007
Aprovado em: 19/03/2007