



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
2006 - 2007**



**MONOGRAFIA**

MON  
DEF  
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DANIELE DOS REIS FERREIRA

**RELAÇÃO ENTRE PSIQUISMO E CORPO  
NO TOQUE DO FISIOTERAPEUTA**

Rio de Janeiro

2007

DANIELE DOS REIS FERREIRA

**RELAÇÃO ENTRE PSIQUISMO E CORPO  
NO TOQUE DO FISIOTERAPEUTA**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Marisa Schargel Maia  
Área de Concentração: Saúde Materno-infantil.

Rio de Janeiro  
2007

U.F.R.J  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE  
N. ADM. 686298  
N. SISTEMA 686298  
CÓD. BARRA



Ferreira, Daniele dos Reis.

Relação entre Psiquismo e Corpo no Toque do Fisioterapeuta/  
Daniele dos Reis Ferreira. - Rio de Janeiro: ME – UFRJ, 2007.

vii, 41f, 31 cm.

Orientadora: Marisa Schargel Maia.

Monografia (Especialização) – ME / UFRJ / Especialização em  
Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2007.

Referências Bibliográficas: f. 38-40.

1. Fisioterapia 2. Toque 3. Psiquismo I. Maia, Marisa Schargel.  
II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Especialização  
em Atenção Integral à Saúde materno-Infantil III. Título.

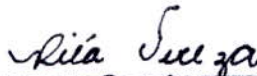
RELAÇÃO ENTRE PSIQUISMO E CORPO  
NO TOQUE DO FISIOTERAPEUTA

Daniele dos Reis Ferreira

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Marisa Schargel Maia

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

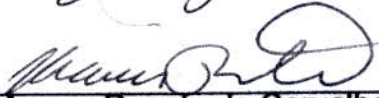
Aprovada por:



Rita de Cassia Garcia Vereza



Marisa Schargel Maia



Marcus Renato de Carvalho

Nota: 10  
Conceito: A

Rio de Janeiro, 25 de julho de 2007

OBS:

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me deu forças e permitiu concluir a monografia.

Aos coordenadores do Curso, Marcus Renato de Carvalho, Marisa Schargel Maia e Miriam Pirim, que acreditaram em minha contribuição para o crescimento técnico-científico do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Marisa Schargel Maia, por ter me incentivado a desenvolver esta pesquisa, e por ter me norteado no campo da psicanálise, o que propiciou a construção da mesma em bases sólidas.

Ao CREFITO-2, representado pela sua presidente Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Garcia Vereza, que involuntariamente contribuiu para a escolha do tema através da frase divulgada – Fisioterapeuta: nossas mãos em sua vida.

Aos meus pais, Nelson e Ludmar pelo incentivo, confiança e certeza de minha vitória.

A cada paciente por mim já atendido, sendo eles o motivo principal deste estudo. Foram eles que despertaram em mim a reflexão do imbricamento corpo e mente na clínica fisioterapêutica.

Às amigas fisioterapeutas da turma, sempre presentes, contribuindo para a conquista de mais um objetivo.

## RESUMO

A Fisioterapia é uma ciência que utiliza as mãos como principal instrumento para promover saúde e qualidade de vida ao homem, onde o fisioterapeuta deve ser um profissional que atue nos mais variados níveis de atenção à saúde, priorizando a humanização em sua prática profissional. Tal fato poderá ser concretizado através da aquisição de conhecimentos específicos a respeito de seu principal instrumento terapêutico, o toque.

A abordagem fisioterapêutica se dá num local anatômico, no entanto sua área de influência na experiência humana pode ser tão ampla quanto a expansão do psiquismo. A intervenção fisioterapêutica não está limitada a órgãos e sistemas do corpo humano, mas envolve o mundo abstrato das imaginações, das emoções, dos pensamentos e das experiências de toda a vida do sujeito.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Toque. Psiquismo.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1 A FISIOTERAPIA</b> .....	11
1.1 CIÊNCIA DA ÁREA DA SAÚDE.....	11
1.2 REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL.....	12
1.3 ÁREAS DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA.....	14
1.4 CURRÍCULO MÍNIMO DO CURSO DE FISIOTERAPIA.....	16
1.5 A MANUALIDADE NA FISIOTERAPIA.....	17
<b>2 A PELE: VEÍCULO DO TOQUE</b> .....	25
2.1 ESTRUTURA E FUNÇÃO.....	25
2.2 A PELE E O PSQUISMO.....	27
2.3 FATORES INFLUENCIADORES DO TOQUE.....	34
2.3.1 <b>Cultura</b> .....	34
2.3.2 <b>Sexualidade</b> .....	35
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	36



## INTRODUÇÃO

O tema do presente estudo surgiu da minha prática profissional, através de experiências semelhantes em casos que eu acompanhei, despertando em mim o desejo de seu estudo. O que tais casos apresentaram em comum foi a demonstração do imbricamento corpo e mente, através do desencadeamento de eventos psíquicos em alguns pacientes devido ao toque da estrutura física durante o atendimento fisioterapêutico. Aparentemente, o fisioterapeuta toca o corpo físico, mas em minha experiência clínica pude observar que ao tocar o corpo físico, afetos são mobilizados.

O que intensificou ainda mais minha reflexão sobre o tema foi a frase divulgada pelo CREFITO-2 - Fisioterapeuta: nossas mãos em sua vida – que demonstrou a mim a conscientização do Conselho quanto a importância das mãos para o fisioterapeuta, sendo seu principal instrumento terapêutico.

O toque é o veículo de trabalho de diversos profissionais, já relatado por Anzieu desde 1989. Poucos órgãos, como a pele, atraem os cuidados ou interesse de um número tão grande de profissionais e especialistas: cabeleireiros, perfumistas, esteticistas, curandeiros, dermatologistas, alergistas, fisioterapeutas, etc.

Dentro de tal contexto, observa-se o fisioterapeuta como um profissional que desfruta da manualidade em sua prática terapêutica. Essa manualidade compreende o toque da estrutura física, o tocar emocional, o tocar o outro e a si mesmo.

De acordo com Baracho (2002), o tocar da estrutura física significa saber tocar o corpo, localizar e reconhecer estruturas anatômicas, escutá-las e, através dessa escuta manual, entender como funcionam, como é possível diagnosticá-las e tratá-las. As mãos que tocam percebem o limite de amplitude possível em cada

articulação, podem imprimir o ritmo correto para o movimento adequado ao tecido tratado, ganhar em amplitude ou aprofundar um toque.

A pesquisa se estruturou através de dois capítulos. O primeiro capítulo abordou a Fisioterapia como uma ciência que possui regulamentação e áreas de atuação específicas, desfrutando da manualidade em sua prática profissional. O segundo capítulo foi construído tendo como base a psicanálise para que se esclareça a estrutura e função da pele, assim como seu papel psíquico no desenvolvimento do indivíduo, demonstrando a influência do toque na psique durante o atendimento fisioterapêutico.

Foi realizada uma revisão bibliográfica com o objetivo de selecionar e analisar as pesquisas produzidas pela psicanálise sobre o toque, assim como as relações existentes entre psiquismo e corpo que podem vir a influenciar o toque fisioterapêutico, integrando tais dados com a produção científica em que se baseia a prática fisioterapêutica.

A pesquisa teve como objetivo responder as seguintes questões:

- Qual é a relação entre psiquismo e corpo?
- Como o toque da estrutura física pode atingir/alcançar a psique durante a clínica fisioterapêutica?

Objetivos gerais:

- Verificar e descrever o toque como veículo terapêutico do fisioterapeuta;
- Aprofundar aspectos teóricos psicanalíticos que estão implicados no ato de tocar e manusear o corpo do outro na clínica fisioterapêutica.

Objetivos específicos:

- Analisar a relação entre psiquismo e corpo;

- Analisar a influência do toque da estrutura física na psique durante a clínica fisioterapêutica;

O tema do estudo é relevante por ser o toque o veículo utilizado pelo fisioterapeuta tanto para a avaliação, como para a realização das condutas terapêuticas em quaisquer áreas de atuação deste profissional. Assim sendo, desde a atuação do fisioterapeuta na traumato-ortopedia até sua atuação na terapia intensiva, é o toque o meio pelo qual as técnicas fisioterapêuticas são utilizadas para promoção, prevenção e recuperação das desordens funcionais a que os pacientes são acometidos.

Existe uma comunicação consciente e verbal e outra inconsciente e corporal. O fisioterapeuta lida com as duas formas de comunicação e, mais precisamente, com a corporal. Deve-se então estar consciente delas para melhor utilizá-las. (BARACHO, 2002)

Como existe uma relação entre o psiquismo e corpo durante a prática fisioterapêutica, tal relação pode desencadear através do toque eventos psíquicos, já que segundo Anzieu (1989), o self não coincide necessariamente com o aparelho psíquico: para muitos pacientes, as partes de seus corpos e/ou de seu psiquismo são vivenciadas como estranhas, havendo uma rejeição ao toque nessas regiões do corpo que devem ser respeitadas pelo fisioterapeuta.

É, portanto necessário ao fisioterapeuta ter uma base teórica aprofundada no tema. No entanto, são escassas as bases bibliográficas específicas que abordam o toque fisioterapêutico em sua dimensão plural.

## 1 A FISIOTERAPIA

### 1.1 CIÊNCIA DA ÁREA DA SAÚDE

A Fisioterapia é uma ciência que desfruta de alguns recursos como forma terapêutica. Água, eletricidade, calor, frio, luz e as mãos do fisioterapeuta são utilizados para promover, prevenir, manter e/ou restituir a saúde e a qualidade de vida do homem. Para alcançar a reabilitação funcional do indivíduo o fisioterapeuta elege métodos, meios e técnicas, para proporcionar ao cidadão um retorno ao seu meio profissional, familiar e social. (RIBEIRO, 2002)

Seja através de tecnologia avançada, com o uso de laser, seja através do uso de métodos aparentemente simples que requer apenas o uso das mãos, a Fisioterapia proporciona a recuperação de diferentes tipos de disfunções patológicas. Através de pesquisas científicas, os fisioterapeutas desenvolveram métodos e técnicas para utilizar o próprio movimento como forma de reeducação e reabilitação, onde as mãos do fisioterapeuta servem como bússola para nortear e reeducar o movimento através do toque fisioterapêutico. O resultado alcançado é uma melhor qualidade de vida, onde as incapacidades são superadas. (SILVA, 2006)

De acordo com Ribeiro (2002), promover a saúde é um dos objetivos da Fisioterapia, que em geral, é procurada no serviço de saúde somente para os processos curativos. A idéia de se utilizar os recursos da Fisioterapia vem de encontro à filosofia de manutenção da saúde, bem estar físico e mental, e aprimoramento da qualidade de vida do ser humano.

O'Sullivan (2004) relata que dentro de tal contexto, observa-se o fisioterapeuta como um profissional que previne e trata os distúrbios cinético-funcionais

intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Também fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e das ciências comportamentais e sociais. É o profissional habilitado à construção do diagnóstico cinético-funcional, à prescrição das condutas fisioterapêuticas, à sua ordenação e indução no paciente bem como, ao acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e às condições para alta do serviço.

## 1.2 REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL

A profissão de fisioterapeuta no Brasil foi reconhecida em 13 de outubro de 1969 pelo Decreto - Lei n.938, o qual definiu este profissional como sendo de nível superior, tendo como atividade privativa executar métodos e técnicas fisioterapêuticas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

A Lei n.6316, de 17 de dezembro de 1975, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, criou o Conselho Federal (COFFITO) e os Conselhos Regionais (CREFITOS) de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, determinando a organização e as funções dos mesmos. Esses conselhos possuem competência de estabelecer as normas para o exercício profissional e fiscalizam os locais que prestam assistência nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Segundo Carvalho (2005), as transformações sofridas na sociedade brasileira nas últimas décadas abrangem diversas mudanças sociais e políticas, e por esse crescimento da democracia na área da saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde) foi previsto na constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis nº8080/90 (Lei orgânica da saúde) e nº8.142/90, com finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência da saúde da população e a obrigatoriedade ao atendimento público a qualquer cidadão.

De acordo com Silva (2006), o caráter recuperador que era fato inerente à própria história da Fisioterapia tem se modificado após a inserção do fisioterapeuta na saúde pública. Este profissional obteve maior vínculo com a própria comunidade, proporcionando benefícios a mesma, constatando a necessidade da atenção primária ao paciente, surgindo então novos ramos de intervenção fisioterapêutica.

O sistema único de saúde tem preconizado a atenção básica com várias estratégias de atuação em saúde pública, e alguns deles são os programas de saúde da família, do idoso, do trabalhador, da mulher, da criança que têm sido implementados através de um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Deste ponto de vista, novas profissões começaram a rever a interdisciplinaridade, nascendo a necessidade de realizar ações mais complexas, englobando diferentes saberes, tendo assim a inclusão do fisioterapeuta nestas equipes, um avanço importante para esta profissão, aumentando a complexidade do trabalho e então ratificando a integralidade e equidade do SUS (RIBEIRO, 2002).

Adquirindo o papel de profissional da saúde, o fisioterapeuta efetivamente deve agir como agente formador e transformador de idéias e de ações, atuando como educador e planejador, despindo-se dos preconceitos vinculantes a uma visão

puramente tecnicista. Este profissional necessitará buscar constantemente a excelência na qualidade do processo fisioterapêutico, e deve estar centrado num atendimento individualizado, humanizando assim seu atendimento. (REBELATTO, 2004)

Para Silva (2006), o fisioterapeuta deve ser um profissional que atue nos mais variados níveis de atenção à saúde, buscando qualidade em seu tratamento, onde tal fato só poderá ser concretizado através da aquisição de conhecimentos científicos que embasem sua prática profissional.

Considerando a Fisioterapia como um campo de atuação profissional que visa intervir sobre o movimento humano em todos os níveis de atenção à saúde, esta ciência depende de conhecimentos de diferentes áreas. Esse conhecimento é o que permite identificar o que está envolvido nos processos de prevenção e recuperação da saúde em relação os quais o profissional deve atuar. (REBELATTO, 2004)

### 1.3 ÁREAS DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

O profissional que possui o título de fisioterapeuta está capacitado a atuar em clínicas, hospitais, escolas, empresas, unidades básicas de saúde e na docência superior, exercendo ações de reabilitação, manutenção e promoção das condições cinético-funcionais, assim como prevenção dessas alterações.

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) são áreas de atuação do fisioterapeuta:

#### 1. Fisioterapia Clínica:

- Hospitais e clínicas;
- Ambulatórios;
- Consultórios;

- Centros de Reabilitação.
2. Saúde Coletiva:
- Programas institucionais;
  - Ações Básicas de Saúde;
  - Fisioterapia do Trabalho;
  - Vigilância Sanitária.
3. Educação:
- Docência (níveis secundário e superior);
  - Extensão;
  - Pesquisa;
  - Supervisão (técnica e administrativa);
  - Direção e coordenação de cursos.
4. Outras:
- Indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico;
  - Esporte.

Atualmente o fisioterapeuta exibe o direito do exercício da profissão em diversas áreas de trabalho e especializações que são legalmente aprovadas e descritas nas seguintes resoluções:

- traumato-ortopedia, sendo reconhecida pela Resolução N.º 260, de 11 de fevereiro de 2004, que confere a Especialidade de Fisioterapia Traumato-Ortopédica Funcional;
- pneumo-funcional, que é reconhecida pela resolução N.º 188, de 9 de dezembro de 1998 conferindo a especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional;



- neuro-funcional, sendo reconhecida pela Resolução Nº. 189, de 09 de dezembro de 1998 que reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional;
- acupuntura, sendo reconhecida pela Resolução Nº. 219, de 14 de dezembro de 2000 que dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta;
- e mais recentemente as especialidades de quiropraxia e osteopatia, sendo reconhecida pela Resolução Nº. 220, de 23 de maio de 2001 que dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta.

#### 1.4 DIRETRIZES CURRICULARES DO CURSO DE FISIOTERAPIA

A resolução número 4 de 19 de fevereiro de 2002 veio fixar o currículo mínimo necessário para que as instituições que ministram o curso de Fisioterapia possam proceder de acordo com a mesma, garantindo qualidade no conteúdo técnico científico da formação superior em Fisioterapia.

Na resolução é definido que os conteúdos curriculares devem contemplar: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos.

Dois eixos acima citados despertam interesse na referida pesquisa. O primeiro deles são as Ciências Sociais e Humanas, que ao abranger as Ciências do Comportamento - Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia - torna-se explícita a necessidade de abordar o toque fisioterapêutico na ementa de tais disciplinas curriculares, pois abrangem o estudo do homem e de suas relações

sociais, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais e culturais na clínica fisioterapêutica, norteados pelos princípios éticos.

O outro eixo que desperta atenção na abordagem do toque são os Conhecimentos Fisioterapêuticos. Tal atenção está voltada para os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção, que se dá na maioria das vezes através das mãos utilizadas como veículo terapêutico.

### 1.5 A MANUALIDADE NA FISIOTERAPIA

Busquei priorizar neste trabalho, a abordagem fisioterapêutica que utiliza o toque como principal veículo terapêutico, através das terapias manuais. É notório entre os fisioterapeutas que o toque é utilizado em qualquer abordagem terapêutica, indo desde a avaliação, onde as mãos do fisioterapeuta reconhecem estruturas, até a colocação de um aparelho em eletroterapia, já que o toque é o meio pelo qual se identifica o local para a colocação do mesmo. No entanto, quando nesta pesquisa a abordagem fisioterapêutica for mencionada, estarei me referindo às técnicas propriamente ditas manuais em que as mãos são o único meio pelo qual tal procedimento é realizado.

Embora a abordagem fisioterapêutica comece num local anatômico, sua área de influência na experiência humana pode ser tão ampla quanto a expansão da psique. A intervenção fisioterapêutica não está limitada por fronteiras anatômicas, mas envolve o mundo abstrato da imaginação, das emoções, dos pensamentos e das experiências de toda a vida do indivíduo. O corpo se manifesta como o centro de orientação da percepção do ambiente, foco de experiência subjetiva, campo de

referência para sentimentos subjetivos, órgão de expressão e ponto de articulação entre o Eu e seu ambiente. Quando tocamos o paciente, tocamos toda sua experiência. A intervenção fisioterapêutica não constitui um evento periférico que envolve uma porção de pele, uma articulação ou um grupo de músculos isolados, ela representa um catalisador potencial para extensas reações psicológicas. (LEDERMAN, 2000)

De acordo com O'Sullivan (2004), freqüentemente após uma intervenção fisioterapêutica, pode-se observar as respostas psicológicas a mesma, assim sendo, alterações na percepção da imagem corporal, alterações no humor, e até mesmo alterações no comportamento. Ao analisar, as respostas psicossomáticas ou psicofisiológicas à terapia manual, surgem as alterações gerais no tônus muscular, alterações nas atividades autônomas e viscerais, maior tolerância à dor e facilitação do processo de cura. Essas respostas da psique para o soma são organizadas numa área do cérebro chamada sistema límbico.

Segundo Kisner (2005), o relaxamento muscular é observado com freqüência nos tratamentos manuais. Essa reação provavelmente é organizada pelo sistema límbico. Estudos revelaram que um afago nas costas do animal estimula a região hipotalâmica anterior, alterando a atividade cortical, reduzindo as descargas nos neurônios gama, produzindo relaxamento muscular. Há indícios de que o toque pode produzir essas respostas de relaxamento em seres humanos também. As experiências anteriores do indivíduo exercem certa influência na atividade do sistema límbico. Isso poderia reprimir a reação da pessoa que está sendo tocada, sem que ocorra mudança no tônus muscular. A experiência do toque também pode desencadear excitação e aumentar o tônus muscular.

Esses efeitos representam reações de todo corpo, que extrapolam os efeitos diretos das técnicas na fisiologia e na recuperação do tecido local. Muitas das respostas descritas anteriormente podem ser vistas como uma seqüência, que começa como uma sensação da área que está sendo tocada. Essa sensação pode suscitar uma experiência psicológica que acarreta alterações fisiológicas e somáticas. (WRIGHT, 1998)

De acordo com Kulka, Fry e Goldstein (2000), assim como na comunicação entre mãe e filho, os sinais entre paciente e fisioterapeuta manifestam-se como alterações no tônus muscular, expressão facial, temperatura da pele, algumas vocalizações e contato visual. Nathan (2001) afirma que essas dicas de comunicação do paciente geralmente são sutis, porém importantes, pois ajudam o fisioterapeuta a ajustar as variáveis da técnica às necessidades do paciente. Por exemplo, o fisioterapeuta pode medir a amplitude do alongamento observando a linguagem corporal e facial do paciente. A dor e o desconforto provocados pelo tratamento, via de regra, são expressos como caretas, contração muscular e movimentos sutis de evasão. As reações do paciente também podem indicar como ele está respondendo ao tratamento, já que o tônus muscular pode estar sendo reduzido, revelando relaxamento, ou o músculo pode se manter do mesmo modo, denotando estado de excitação.

A abordagem fisioterapêutica pode agir como catalisador em processos como: aumentar a conscientização corporal, salientar as fronteiras e o espaço do corpo e promover a integração do corpo com a psique. As integrações físicas no início da vida formam a base da reação corpo-psique e da imagem corporal. O poder que tal intervenção tem de influenciar os processos do corpo e da psique na vida adulta derivam em parte, dessas experiências anteriores, além de representar uma fonte

rica de estimulação sensorial que pode contribuir para essa interação. (NATHAN, 1995)

Várias técnicas fisioterapêuticas influenciam os processos do corpo e da psique, de diversas maneiras. As técnicas que estimulam os receptores cutâneos, priorizando a manipulação da pele, podem ser utilizadas para reforçar a sensação do revestimento do corpo. As técnicas passivas (realizadas apenas pelo fisioterapeuta, sem ajuda do paciente) podem oferecer conscientização do espaço interno do membro e da qualidade e extensão do movimento, bem como da interligação e da relação das diferentes partes do corpo em si. As técnicas ativas, em que o paciente se movimenta voluntariamente, ou movimenta-se contra resistência, podem dar uma sensação de espaço interno do corpo ou uma noção de força, ou então apontar áreas fracas. Nas áreas que o paciente sente que estão fracas, as técnicas podem ser empregadas para dar uma sensação de apoio, força e continuidade internas. A interação física do fisioterapeuta com o paciente, durante a realização de técnicas ativas tem um forte efeito psicológico, que provavelmente não ocorre em uma atividade física realizada com pesos. (LEDERMAN, 2000)

Segundo Wright (1998), um efeito comum da intervenção fisioterapêutica é o prazer físico, um elemento positivo no tratamento que estimula a expansão, a integração e a sensação de bem-estar. O prazer deve ser promovido, e não suprimido ativamente durante o tratamento. Duas formas de prazer podem ser produzidas: uma delas é pela fonte de prazer tátil e sensação de revestimento do corpo, e a outra forma é pela recuperação da saúde, do bem-estar e do funcionamento normal de uma parte ou de todo corpo como sensação agradável, quando a saúde é restaurada após uma lesão.

A estimulação dos proprioceptores profundos proporciona prazer interno: o prazer da contração muscular nas técnicas ativas, a sensação de movimento articular pleno nas técnicas passivas, o prazer dos músculos sendo alongados. Isso se assemelha bastante ao prazer sentido durante a realização de atividades físicas, como, por exemplo os músculos sendo alongados, a noção do espaço corporal interno, a sensação estimulante do esforço muscular na corrida e a alegria da dança. (CHAITON; FRYMANN, 2001)

De acordo com Thomson; Skinner; Piercy (2002), as mãos do fisioterapeuta detectam uma tensão muscular e o momento em que ela começa a ceder, percebem a decoaptação, as restrições de mobilidade e liberação das mesmas. As mãos dirigem e orientam um movimento, uma direção, um ritmo. As mãos transmitem a forma, a sensação de dor ou alívio. Transmitem uma gama imensa de sensoriedade proprioceptiva e exteroceptiva, necessária a aprendizagem do equilíbrio, da postura, do gesto.

Geralmente o toque com as mãos frias não é agradável para o paciente, já o toque com as mãos quentes é. Tal fato nos leva a considerar que as sensações cutâneas não podem ser apenas uma questão de toque ou pressão, mas que possuem uma grande relação com a temperatura, justificando assim a necessidade de se aquecer as mãos antes de um atendimento para que o mesmo seja reconfortante e não desagradável. (GALA; TELLES; SILVA, 2003)

O contato realizado no atendimento deve ser firme e confiante para que haja estabilidade e confiança na relação fisioterapeuta-paciente. De acordo com Baracho (2002), o tocar e o contato realizados na prática fisioterapêutica vão além do físico. O contato advém da capacidade em ser capaz de se colocar no lugar do outro, compreendendo, assim, suas necessidades e seus sentimentos.

As abordagens fisioterapêuticas são elegidas a partir das diferentes afecções apresentadas pelos pacientes, sendo a harmonização com o quadro do paciente essencial para o sucesso do tratamento. Tais abordagens tem manifestações físicas que afetarão a forma com que o fisioterapeuta toca o paciente, sendo portanto necessário agrupá-las ao toque, formando então duas formas de propósitos: abordagem instrumental e abordagem expressiva. (LEDERMAN, 2000)

De acordo com Remem (*apud* Lederman, 2000) a abordagem instrumental visa curar mecanicamente ou impedir a evolução do quadro do paciente. O objetivo do toque instrumental é curar, reparar ou impedir a evolução do quadro mecanicamente e por meio de contato direto com os tecidos lesados. As mãos são instrumento do fisioterapeuta, assim como o bisturi é o instrumento do cirurgião. Por meio desses instrumentos, o fisioterapeuta tenta corrigir uma falha mecânica na estrutura do paciente ou influenciar a fisiologia do tecido local. Alongar mecanicamente um tecido encurtado ou aumentar o fluxo sanguíneo de um músculo isquêmico podem ser considerados abordagens mecânicas. A abordagem instrumental é também empregada nos procedimentos diagnósticos cinesiológicosfuncionais, como o exame da amplitude de movimento de uma articulação. Pode-se dizer que tal intervenção tem propósitos biomecânicos. O uso de técnicas instrumentais muitas vezes está relacionado à visão do corpo como uma entidade mecânica separada da psique.

Para Boyesen (*apud* Lederman, 2000) a abordagem expressiva aceita o paciente como um todo, ou seja, corpo e mente, com o objetivo de curar e impedir a evolução do seu quadro. O objetivo da manipulação expressiva consiste em dar apoio à cura total do corpo. O toque expressivo reconhece a pessoa como um todo: uma entidade corpo-psique. A abordagem expressiva envolve conscientização e

empatia com os sentimentos e o estado emocional do paciente. Um dos princípios mais importantes desse tipo de intervenção é que o conteúdo das mensagens manuais é formado principalmente pelos propósitos do fisioterapeuta, e apenas em proporção menor pelos elementos físicos da técnica.

Na abordagem expressiva o fisioterapeuta utiliza as técnicas passivas para proporcionar ao paciente controle e confiança nos outros, enquanto as técnicas ativas envolvem confiança em si mesmo e no fisioterapeuta. As técnicas ativas podem ressaltar pontos fortes e fracos em relação a outros indivíduos. O alongamento passivo transmite uma sensação de abertura da mente e de escoamento, enquanto as técnicas ativas transmitem uma sensação de contenção. A manipulação profunda transmite uma sensação de satisfação psicológica; a manipulação leve é menos invasiva fisicamente. O toque leve pode ser usado como um lembrete, a fim de chamar a atenção do paciente para áreas específicas do corpo; o toque profundo pode implicar contato e presença do fisioterapeuta. (NATHAN, 2001)

Cumprir observar que essas descrições são generalizadas e que o toque expressivo deve mudar de um paciente para outro, dependendo de numerosas variáveis. A forma como o paciente responde aos diversos tipos de abordagens também é individual, de modo que é literalmente impossível padronizar uma abordagem fisioterapêutica. A escolha das técnicas depende da resposta do paciente e da capacidade que o fisioterapeuta tem de perceber e compreender essas mensagens. (NATHAN, 1995)

O Contato com o paciente além de ser pautado em uma abordagem instrumental, também é um evento expressivo e comunicativo. Mesmo quando o tratamento é instrumental, a abordagem expressiva está permeando cada conduta



realizada. Os seres humanos não são máquinas, mas sim sujeitos. Quando o joelho de um paciente é manipulado, o fisioterapeuta deve estar ciente de que por trás do joelho há uma pessoa que está sendo tocada, ou seja, a pessoa toda está sendo tocada, e não apenas uma dobradiça mecânica. (LEDERMAN, 2000)

Para desenvolver o toque instrumental o fisioterapeuta precisa aprimorar sua destreza, coordenação motora e habilidade manual, assim como aumentar seus conhecimentos de anatomia e fisiologia humana. O desenvolvimento do toque expressivo é mais complexo e está relacionado com maturidade, crescimento pessoal, habilidades interpessoais e de comunicação e com as experiências da vida e do próprio fisioterapeuta. E para que o fisioterapeuta possa desenvolver a abordagem expressiva em sua clínica, faz-se necessário que haja uma compreensão da estrutura e função da pele, assim como do papel psíquico que ela desempenha no desenvolvimento do indivíduo, para que se esclareça a influência do toque na psique durante o atendimento fisioterapêutico.

## 2 A PELE: VEÍCULO DO TOQUE

Este capítulo se fundamenta em Didier Anzieu, já que foi ele o precursor da função da pele no desenvolvimento de seu psiquismo, onde as demais produções científicas que desenvolveram a mesma temática utilizaram suas obras como referencial teórico.

### 2.1 ESTRUTURA E FUNÇÃO

Para iniciarmos falando do toque como o principal instrumento de trabalho do fisioterapeuta, se faz necessário o entendimento da pele como um veículo que possibilita o toque, tanto pelo revestimento das mãos que tocam, como pela região do corpo que é tocada. Para tal, observa-se Anzieu (1989) descrevendo a pele por sua estrutura e função. De todos os órgãos dos sentidos, a pele é o mais vital, visto que se pode viver cego, surdo, privado de paladar e de olfato, no entanto sem a integridade de maior parte da pele, não se sobrevive. Estruturalmente, a pele se assemelha a uma roupagem contínua e flexível que nos envolve por completo, sendo o mais antigo e sensível de nossos órgãos, nosso primeiro meio de comunicação e nosso mais eficiente protetor.

A pele comporta muitos sentidos como o tato, pressão, dor, calor, frio etc, e está em direta conexão com os outros órgãos dos sentidos externos (ouvidos, olhos, nariz e boca). De acordo com Kant apud Montagu (1988), a mão é o cérebro humano externo e está relacionada ao desenvolvimento do intelecto. Como instrumento do tato, a mão é o mais informativo de todos os órgãos, com exceção apenas do cérebro.

Anzieu (1989) apresenta as características específicas da pele conforme a idade, o sexo, a etnia, a história pessoal e que, dessa forma facilita a identificação de um indivíduo através do desdobramento dessas características, ou seja, através da pigmentação da pele, pregas, dobras, cicatrizes, manchas, pêlos, espinhas, sardas, textura, odor, etc.

Para desempenhar as inúmeras funções que possui, a pele conta com diferentes glândulas e nervos. A pele possui glândulas que secretam o suor; nervos sensitivos com terminações livres responsáveis pela dor e tato; nervos sensitivos com terminações em corpúsculos especializados responsáveis pelo calor, frio e pressão; nervos vasomotores responsáveis pelo funcionamento glandular. (MONTAGU, 1988)

Dos cinco sentidos, o toque é o único que possui uma estrutura reflexiva, ou seja, uma "via de mão dupla", onde a pessoa que toca com as mãos as partes de seu corpo experimenta duas sensações que se integram. Ser um pedaço de pele que toca, e concomitantemente ser um pedaço de pele que é tocado. (ANZIEU, 1989)

De acordo com Thomson (2002), as experiências dependem das faculdades sensoriais e se considerarmos a intervenção fisioterapêutica, nesse contexto ela também constitui um evento sensorial, pois nela o indivíduo é tocado, alongado ou movimentado pelo fisioterapeuta, que estimula vários receptores no sistema músculoesquelético e na pele.

Segundo Umphred (2004), os principais receptores estimulados pela intervenção fisioterapêutica são os proprioceptores, encontrados nos músculos, tendões, cápsulas articulares, ligamentos e pele. Eles transportam informações sobre o estado mecânico do organismo, como velocidade de movimento, posição das

articulações, força da contração muscular, comprimento do músculo ou eventos mecânicos na pele.

Embora os proprioceptores trabalhem em conjunto e não isoladamente, para compreender o efeito da terapia manual nos processos psicológicos, a propriocepção pode ser dividida em dois níveis, sendo a propriocepção superficial e a propriocepção profunda. A propriocepção superficial é derivada de sensações provenientes do nível da pele, ou seja, do revestimento do corpo. Já a propriocepção profunda é oriunda de sensações provenientes dos receptores localizados nos complexos de músculos e articulações, ou seja, no interior do corpo. (UMPHRED, 2004)

Várias técnicas manuais estimulam diferentes níveis de propriocepção. As técnicas empregadas nos tecidos moles superficiais, como pele e músculos, estimulam o nível de propriocepção mais superficial, ao passo que as técnicas manuais que utilizam movimento da articulação, alongamento ou amassamento profundo estimulam o nível mais profundo de propriocepção. A utilização de cada um desses níveis evoca experiências sensoriais que podem ter significados diferentes para o paciente. As emoções associadas à estimulação da camada superficial da pele, de certo modo diferem das emoções associadas à estimulação com movimento e alongamento no nível mais profundo de propriocepção. (KISNER, 2005)

## 2.2 A PELE E O PSQUIISMO

Considerando agora o papel psíquico da pele, pode-se observar que ela protege o equilíbrio do meio interno das perturbações externas, e em resultado a isso ela conserva as marcas dessas perturbações, através de sua forma, textura,

coloração, cicatrizes, onde o equilíbrio interno que ela preserva é exposto externamente no corpo. Anzieu (1989) considera grande o papel da pele no desenvolvimento do psiquismo. A pele é o único sentido que recobre todo corpo, no entanto são os afetos e a linguagem que dão forma ao corpo. Maia (2001) deixa claro esse imbricamento existente entre corpo, afetos e linguagem em três possibilidades: é difícil pensar na presença de afetos onde a linguagem é deficiente para exprimi-los através do corpo; ou na presença de linguagem onde os afetos se ausentam para serem expressos pelo corpo; e até mesmo um corpo privado de afetos e linguagem. Tal fato nos permite observar a integração dessas três vertentes sendo, portanto o corpo o meio pelo qual a linguagem exprime os afetos.

Ao discorrer sobre esse assunto, faz-se necessário entrar em uma discussão a cerca do dualismo existente entre corpo e mente. Sabe-se que para Descartes é clara a separação existente entre corpo e mente, no entanto as pesquisas científicas ainda estão caminhando dentro dessa problemática, onde em cada passo dado fica mais difícil estabelecer essa separação, já que no processo de constituição da subjetividade há uma correlação complexa entre corpo e mente. (MAIA, 2001)

A constituição da subjetividade se estabelece dentro de um campo de afetação estruturado por mecanismos psíquicos e afetivos que se articula como um espaço intersubjetivo existente entre os sujeitos, ou entre os sujeitos e o mundo. Esse espaço possibilita os processos de subjetivação, onde cada sujeito tem a possibilidade de afetar e ser afetado. Qualquer possibilidade psíquica incluirá o corpo, onde as sensações corporais de bem estar ou mal-estar proporcionam um domínio do psíquico que inclui corpo, sensações, afetos e sentidos. Nesse processo afetivo o sujeito se constitui através de marcas e impressões sensoriais no registro do eu real originário. (MAIA, 2004)

Ao caminhar pela linha de raciocínio de Ferenczi (*apud* Maia, 2004) pode-se observar um registro psíquico que arquiva impressões traumáticas, ou seja, impressões sensórias que se manifestam no corpo através das modalidades de caráter, na gestualidade e na expressividade subjetiva. De acordo com Garcia (*apud* Maia, 2004) as impressões nem sempre são negativas como se pensa, e para lidar também com as impressões positivas, temos que pensá-las como marcas. Maia (2004) define marcas da seguinte forma:

"Marcas são sinais, se articulam como signos de percepção, os quais nos remetem a caminhos, a pegadas deixadas pelas vivências de satisfação ou de dor. Constituem-se como o primeiro registro do processo excitatório. É o registro traumático na constituição da subjetividade que passa a ter relevância".

O corpo responde aos trilhamentos deixados pelas impressões traumáticas, marcas que modelam a gestualidade subjetiva, tornando o corpo, um corpo expressivo. No processo traumático subjetivante (estruturante) os registros se deslocam e se transmutam, já no processo traumático patogênico (desestruturante) a movimentação dos registros está suscetível a se paralisar, levando ao eu um intenso desgaste ao lidar com essa paralização de sua potência sensorial e expressiva. (MAIA, 2004)

Maia (2001), afirma que o corpo e os sentidos (visão, audição, tato, etc) são os intermediadores da percepção do indivíduo, já que o corpo é afetado desde o seu exterior até seu interior, onde não se percebe apenas um corpo, e sim um sujeito. Quando se é tocado, objetivamente sente-se uma mão sobre determinada região do corpo, mas subjetivamente essa percepção tátil está impregnada por marcas internas, psíquicas e corporais, que se desenvolveram no processo de constituição do sujeito através dos vários toques vividos, que de certa forma marcaram e geraram

“sentidos inconscientes”, determinantes em suas vivências interpessoais. Devido a essas marcas, um toque pode ser extremamente agradável ou desagradável, provocando uma “sintonia ou dissintonia” intersubjetiva que nos remete a outros afetos e toques.

Analisando esse contexto das relações intersubjetivas, o campo de afetação já mencionado anteriormente, caracteriza-se como um fator determinante para a construção dessas marcas. Olhar, ouvir, cheirar e tocar permite ao sujeito perceber o mundo, e esse processo é modelado e mapeado afetiva e linguisticamente por marcas e inscrições que permitem o relacionamento do corpo com o exterior em seus encontros, influenciados pela cultura. (MAIA, 2001)

De acordo com Maia (2004), a comunicação tátil é uma mistura complexa das mensagens que estão sendo transmitidas e da maneira como elas são compreendidas por quem as recebe. A forma como o toque é interpretado pode depender da formação cultural e do ambiente social do indivíduo, das suas experiências anteriores, dos sentimentos na época do evento e da natureza da relação entre o paciente e o fisioterapeuta. As experiências de toque anteriores desempenham um importante papel na forma como o paciente percebe as condutas fisioterapêuticas. Se o indivíduo teve experiências táteis positivas (processo traumático subjetivante), terá menos dificuldades para decodificar o conteúdo da mensagem. Entretanto, experiências negativas (processo traumático patogênico), como abuso sexual ou físico e privação de toque, podem suscitar sentimentos que influenciarão de forma negativa a comunicação tátil entre o paciente e o profissional. A imagem corporal, as áreas que constituem tabus e seus simbolismos também desempenham um papel importante na interpretação do toque e afetam a

capacidade de usar o toque como forma de comunicação tanto de quem toca como de quem é tocado.

Quando um indivíduo é tocado, a sua psique também é tocada, já que desde os primórdios não existia diferença entre corpo, pele e psiquismo. Isso implica dizer que durante um atendimento fisioterapêutico, as mãos do fisioterapeuta não tocam apenas estruturas anatômicas, mas a psique do paciente também é tocada. É literalmente impossível separar totalmente a psique do corpo. É comum descobrir que o tratamento físico é capaz de suscitar alterações no estado psicológico do paciente, em forma de alterações de humor, de uma nova percepção da imagem corporal e em mudanças de comportamento, afirma Lederman (2001). Para compreender como essas mudanças são produzidas, é preciso examinar a relação entre mente e corpo, já abordada anteriormente, chamada de corpo-psique.

De acordo com Davis (1991), a psique alimenta-se das sensações do corpo. As coisas só existem a medida em que estão em contato com o corpo e são percebidas por ele. Ao estimular as sensações e aumentar a conscientização do corpo, a psique está sendo alimentada, promovendo uma integração. O sentimento de identidade se origina da sensação de contato com o corpo, sem essa conscientização das sensações corporais a pessoa fica dividida num corpo desencarnado e um corpo desencantado, demonstrando assim, essa relação do corpo como nutriz da mente.

Esse sentimento de identificação do próprio corpo torna o toque um instrumento de auto-cuidado. O tocar envolve o tocar a si mesmo, a aprender a ter tempo para si, a cuidar-se. Participar ativamente do tratamento, tentando perceber as sensações presentes, as mudanças ocorridas buscando integrá-las. O tocar-se para perceber suas responsabilidades nos processos de doença, tratamento e cura. O



tocar-se para buscar e implementar na vida as mudanças necessárias para a cura. O tocar-se para poder criar seu próprio movimento e a sua própria postura e contactar qualificadamente com o outro. (GALA; TELLES; SILVA, 2003)

O tocar emocional, o tocar o outro, advindos e transmitidos através do contato, nos faz refletir sobre: (BASTOS, 2006)

- O contato distante e frio;
- O contato afetuoso, caloroso;
- O contato agressivo, impaciente;
- O contato inseguro, medroso;
- O contato firme, confiante;
- O contato ambíguo, sedutor;
- O contato sincero, amigo.

Segundo Dolto (1984), a imagem do corpo é a "síntese viva de nossas experiências inter-humanas, repetidamente vividas através das sensações erógenas arcaicas ou atuais". É a cada momento a memória inconsciente de todas as relações vividas, sendo ao mesmo tempo atual, viva e dinâmica. É atualizada pela palavra, pelo gesto, pelo movimento, pela música, pelo desenho, etc. A imagem corporal é lábil e mutável, constrói-se e desconstrói-se constantemente, pode encolher, expandir, dar partes suas para o mundo e tomar para si partes do mundo.

A roupa que usamos passa a fazer parte da nossa imagem corporal e ao mudar de roupa podemos também mudar de atitude, numa tentativa de superar a rigidez da imagem corporal. O movimento também é uma maneira de flexibilizar a imagem corporal, pois durante o movimento ocorre uma adaptação imediata e constante do modelo postural do corpo, que lança mão de reflexos posturais normalmente indisponíveis à consciência. A consequência é a alteração da

percepção de peso do corpo, de volume, do nível de tensão muscular, o que por sua vez conduz a alterações psíquicas e mudanças no estado emocional. (DENYS-STRUYF, 1995)

A construção da imagem corporal é continuamente reelaborada através das vivências de cada pessoa, de forma que traz em si sinais característicos de toda a sua vida. A imagem do corpo é eminentemente inconsciente, tornando-se em parte consciente quando associada à linguagem (consciente). (DOLTO, 1984)

A pele tem um importante papel na constituição da imagem do corpo, pois as sensações táteis são responsáveis pela percepção da existência de um espaço interno separado do externo, o que no processo de desenvolvimento primitivo leva a percepção da individualidade. Sabemos que as experiências do contato cutâneo entre a mãe e o bebê possibilitam que este vá, pouco a pouco, percebendo a existência da sua pele. Além disso, é nessa relação de contato com a mãe que o bebê vai delimitando o seu interior separado de exterior. Anzieu (1989) completa esta idéia afirmando que o bebê precisa se sentir tranquilo para ter assegurada a integridade do seu envelope cutâneo.

De acordo com Bastos (2006), a imagem corporal é a forma como uma pessoa visualiza mentalmente o próprio físico. Essa imagem consiste no revestimento externo e no volume, ou espaço interno, do corpo. Essa extensão física do corpo é chamada de fronteiras do corpo. A relação de um indivíduo com outros e com os objetos que o cercam é chamada de espaço corporal.

A percepção do revestimento do corpo emerge da pele, juntamente com a informação visual. A visão tende a prevalecer sobre a propriocepção, sobretudo com relação à aparência externa do corpo. A imagem, ou volume corporal, mais profunda emerge dos proprioceptores profundos do corpo (receptores musculares e

articulares). Esses proprioceptores fornecem também uma sensação de extensão física do movimento, como, por exemplo, até onde um indivíduo pode flexionar ou quanto peso consegue suportar. O movimento e os exercícios físicos, portanto, são ingredientes importantes na formação e na manutenção da imagem corporal. Essas experiências sensoriais são amplamente moduladas pela mente pelos processos psicológicos. Elas formam a imagem corporal, que difere um pouco da realidade física. A imagem corporal e seus simbolismos representam a propriocepção dinâmica, e não estática, e se alteram com o movimento, com a postura, com os diferentes estados emocionais, com a nossa relação com os outros, com os objetos, como a roupa e também com o tempo, com o envelhecimento e com as diferentes experiências de vida. Com essas experiências de vida, a terapia manual também pode ser um catalisador para a mudança na forma de como o paciente percebe seu corpo. (DENYS-STRUYF, 1995)

## 2.4 FATORES INFLUENCIADORES DO TOQUE

### 2.4.1 **Cultura**

A cultura produz um campo de crenças possíveis para seu tempo histórico, não de forma direta e objetiva, mas através da proliferação de determinados ideais. Essas imagens determinam condutas e formas de subjetivação, sendo que pode variar em diversos povos de um extremo a outro. Montagu (1988), utiliza dois exemplos que demonstram essa gama de atitudes culturais em relação à pele e ao tocar. O primeiro deles é o povo esquimó que tem o hábito de carregar seu bebê nu com a barriga em contato às costas da mãe, preso por um pano, envolvido pela

roupa da mãe. O bebê faz suas necessidades fisiológicas nesta posição, e só é retirado da mesma para ser alimentado ao seio e banhado quando a mãe pressente o desconforto e fome do bebê pelo tato. Isso nos remete ao esquimó adulto, que demonstra serenidade diante da adversidade, capacidade de viver, grande confiança, mesmo vivendo em um meio hostil, comportamento altruísta e excepcionais aptidões físicas e mecânicas. Já o segundo exemplo abordado, mostra o tabu de tocar estabelecido em muitos países como um meio de proteção sexual. O que nos parece ambíguo em tal fato, é que como recompensa dessa renúncia ao contato tátil terno e estruturante, observa-se a severidade dos contatos táteis, através da valorização das pancadas ou qualquer castigo físico aplicado sobre a pele.

#### 2.4.2 Sexualidade

Segundo Montagu (1988), há indivíduos que interpretam qualquer manifestação de afeto ou contato físico como sexual. Isto é em si altamente significativo porque de fato a tatilidade está relacionada de perto ao desenvolvimento do comportamento sexual. No entanto, na pessoa que sofre de uma carência tátil, o componente sexual da tatilidade permanece confuso e repleto de ansiedade. Disto decorre que tais pessoas preferam evitar tocar as outras e se ressintam quando são tocadas, exceto sob condições especiais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o fisioterapeuta toca o paciente, ele não toca apenas estruturas anatômicas. Suas mãos alcançam toda a experiência de vida de um sujeito. A intervenção fisioterapêutica não constitui um evento periférico que envolve articulações ou grupamentos musculares, ela representa um catalisador potencial para extensas reações psicológicas. Qualquer possibilidade psíquica incluirá o corpo, onde as sensações corporais de bem estar ou mal-estar proporcionam um domínio do psíquico que inclui corpo, sensações, afetos e sentidos.

Dentro de tal contexto, pode-se observar que os traumas estabelecidos ao longo da vida que deixam impressões no corpo do sujeito, devem ser valorizados, já que são eles os responsáveis por gerar um processo traumático que pode ser subjetivante ou patogênico. Dessa forma, podemos observar que as experiências de toque anteriores desempenham um importante papel na forma como o paciente percebe as condutas fisioterapêuticas.

Se o indivíduo teve experiências táteis positivas, terá menos dificuldades para decodificar o conteúdo da mensagem implícita durante a abordagem fisioterapêutica. Entretanto, experiências negativas, podem suscitar sentimentos que influenciarão de forma negativa a comunicação tátil entre o paciente e o fisioterapeuta. A forma como o toque é interpretado pode depender da formação cultural e do ambiente social do indivíduo, das suas experiências anteriores, dos sentimentos na época do evento e da natureza da relação entre o paciente e o fisioterapeuta.

Sendo assim, pode-se afirmar que quando um indivíduo é tocado, a sua psique também é tocada. Isso implica dizer que durante um atendimento fisioterapêutico, as mãos do fisioterapeuta não tocam apenas estruturas anatômicas,

mas a psique do paciente também é tocada. É comum observar que o tratamento fisioterapêutico é capaz de suscitar alterações no estado psicológico do paciente.

Faz-se necessário a conscientização do fisioterapeuta, para que o mesmo se veja como um profissional que durante sua clínica pode tocar a psique do paciente, indo seu toque muito além de estruturas anatômicas. Para tal fato, o presente estudo serve como subsídio à clínica fisioterapêutica, já que elucida o imbricamento existente entre corpo e psiquismo. É recomendado pesquisas qualitativas, que visem fomentar o referencial teórico colhido neste estudo, para que através da escuta dos pacientes submetidos ao tratamento fisioterapêutico, se possa esclarecer os eventos psíquicos por eles vivenciados.

**RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANZIEU, Didier. **O Eu-pele**. 1 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 1989.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia: Aspectos de Ginecologia e Neonatologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Corpo e Subjetividade na Medicina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

BRASIL, Criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Lei n. 6.316, n. 242 de 18 de dezembro de 1975, Seção 1, págs 16.805 – 16.807.

CARVALHO, Alexandre M. T. O que diz o SUS? **Revista CREFITO-2**, n. 14, mar/abr, 2005.

CHAITOW, Leon; FRYMANN, Viola. **Técnicas de palpação: avaliação e diagnóstico pelo toque**. São Paulo: Manole, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Confere a Especialidade de Fisioterapia Traumato-Ortopédica Funcional. Resolução N.º 260, de 11 de fevereiro de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Confere a especialidade de Fisioterapia Pneumo-funcional. Resolução N.º. 188, de 9 de dezembro de 1998.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro funcional. Resolução N.º. 189, de 09 de dezembro de 1998.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta. Resolução N.º. 219, de 14 de dezembro de 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta. Resolução n.º. 220, de 23 de maio de 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002.

DAVIS, Phyllis K. **Poder do toque**. 7. ed. São Paulo: Best-Seller, 1991.

DENYS-STRUYF, Godelieve. **Cadeias Musculares e Articulares: O Método G.D.S.** São Paulo: Summus, 1995.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo.** São Paulo: Perspectiva, 1984.

FONTES, Ivanise. **Memória Corporal e Transferência: Fundamentos para uma psicanálise do sensível.** São Paulo: Via lettera, 2002.

GALA, Marília Fogaça; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro; SILVA, Maria Júlia Paes da. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. **Revista Escandinava de Enfermagem.** São Paulo, v. 37, n. 1, 2003.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas.** 4 ed. São Paulo: Manole, 2005.

KULKA, A; FRY, C; GOLDSTEIN, F. J. Kinesthetic needs in infancy. **American Journal of Orthopsychiatry.** n. 33, págs. 562-571, 2000.

LEDERMAN, E. **Harmonic technique.** Churchill Livingstone, Edinburgh, 2000.

LEDERMAN, Eyal. **Fundamentos da terapia manual.** São Paulo: Manole, 2001.

MAIA, Marisa Schargel. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; PLASTINO, Carlos Alberto. **Corpo, Afeto, Linguagem: a questão do sentido hoje.** Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.

MAIA, Marisa Schargel. In: PEIXOTO, Carlos Augusto. **Formas de Subjetivação.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

MONTAGU, Ashley. **Tocar: o significado humano da pele.** 3 ed. São Paulo: Summus, 1988.

NATHAN, B.T. On persons and bodies, touching and inherent self-healing capacity. **British Osteopathic Journal.** n. 15, págs. 15-19, 1995.

NATHAN, B.T. Non-procedural touching and the relationship between touch and emotion. **British Osteopathic Journal.** n. 17, págs. 31-34, 2001.

O'SULLIVAN, Susan B; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.** 4 ed. São Paulo: Manole, 2004.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2004.

BRASIL, Regulamentação da Profissão de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, **Diário Oficial da União,** Lei n. 938, n. 197 de 14 de outubro de 1969, Seção 1, pág. 3658.