

Tânia Valéria Leal Condrade<sup>1</sup>

Maria Rita Aprile<sup>2</sup>

Célia Aparecida Paulino<sup>2</sup>

Úrsula Margarida Karsch<sup>2,3</sup>

Patrícia U. R. Bataglia<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta clínica e Mestre em Educação pela Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN – Brasil).

<sup>2</sup> Professora Doutora do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN – Brasil).

<sup>3</sup> Professora Doutora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.

<sup>4</sup> Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP - Campus Marília.

## Humanização da saúde na formação de profissionais da fisioterapia

### *Humanization of health in the training of Physiotherapy professional*

#### Resumo

**Introdução:** o relacionamento entre profissionais e pacientes orientado por padrões de humanização constitui uma questão atual nas pesquisas sobre saúde, uma vez que esse relacionamento influencia os processos de recuperação física, minimização do sofrimento e qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, isso não é observado na maioria dos cursos de graduação em saúde, que enfatizam conhecimentos e métodos no pensamento tradicional cartesiano. **Objetivo:** avaliar a importância de conteúdos e práticas com foco nos temas da corporeidade e alteridade, sob a perspectiva da humanização da saúde em cursos de Fisioterapia. **Material e Método:** foi utilizado o método qualitativo e os dados foram levantados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com cinco fisioterapeutas escolhidas aleatoriamente, com idade entre 23 e 36 anos e experiência profissional entre dois e treze anos. As questões versaram sobre: atendimento fisioterapêutico; vínculo fisioterapeuta e paciente; ritmo de trabalho; participação em associações de classe; domínio e inserção de conteúdos e práticas de humanização da saúde em cursos de graduação. **Resultado:** os cursos de graduação em Fisioterapia não preparam o profissional para assumir um vínculo estreito com os pacientes. A aplicação de técnicas e protocolos está centrada no saber fazer e não contempla as competências relacionadas ao saber conviver. **Conclusão:** os currículos dos cursos de graduação em saúde devem ser revistos de modo a ampliar a capacidade do futuro profissional de cuidar do paciente e de atuar como mediador entre técnicas e protocolos, sob uma perspectiva de humanização da saúde, que pressupõe conteúdos e procedimentos baseados na corporeidade e alteridade.

**Palavras-chave:** Humanização da saúde. Formação profissional. Educação superior. Fisioterapia.

#### **Autor para correspondência**

Maria Rita Aprile

Rua Maria Cândida, 1813

São Paulo, CEP: 02071-022

Email: ritaaprile@hotmail.com

## Introdução

Dados do ensino superior divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) indicam que, em 2007, o Brasil contava, com 2.281 instituições de educação superior, 23.488 cursos e 4.880.381 estudantes. Desses, 1.481.955 eram ingressantes<sup>1</sup>. Nesse período, foram oferecidas 207.356 vagas para mais de 20 tipos de cursos na área da saúde, em instituições públicas e não públicas. Para essas vagas, concorreram 337.748 candidatos, sendo que 100.789 estudantes efetuaram sua matrícula, o que correspondeu a 29,84% do total de concorrentes<sup>1</sup>.

O montante de inscritos estava longe de atender à demanda por profissionais em saúde, entre outros, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, em um país que, naquele momento, já contava com mais de 183,9 milhões de habitantes<sup>2</sup>. Conforme amplamente divulgado, a demanda por pessoal especializado é mais acentuada, nas regiões Norte e Nordeste, em que vários conselhos de profissionais vêm recebendo denúncias sobre a realização de procedimentos de risco por profissionais de nível técnico ou, até mesmo, sem nenhuma qualificação.

Em paralelo à carência de profissionais qualificados, ampliam-se as pesquisas e os debates sobre a necessidade de o relacionamento entre profissionais e pacientes ser orientado por padrões de humanização da assistência à saúde<sup>3</sup>, ao considerarem que esse relacionamento influencia os processos de melhoria física, de minimização do sofrimento e de qualidade de vida dos indivíduos.

Contudo, não existe, entre os autores, uma posição uniforme em relação ao conceito de humanização em saúde. Alguns estudos abordam o significado dos discursos sobre humanização<sup>4,5</sup>, incluindo desde a raiz da temática, como é o caso do respeito ao sujeito e à centralidade da vida humana<sup>6</sup>, até a sua transformação, no decorrer do tempo<sup>7</sup>, cujo foco se volta para a defesa da vida humana de indivíduos doentes ou não. Além da prestação de cuidados e das práticas profissionais, autores alertam sobre a necessidade da relação entre profissional e paciente ser mediada pela solidariedade e pelo apoio social<sup>6</sup>. Nesse sentido, destacam a necessidade de os profissionais da saúde se lembrar que os pacientes são pessoas e, como tais, também têm interesses e desejos. E, portanto, a subjetividade está presente em ambos os lados.

Análises realizadas por Deslandes<sup>4</sup> sobre o sentido da humanização da saúde presente nos documentos oficiais indicam que esses textos abrangem: (a) democratização das relações que envolvem o atendimento; (b) maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional e paciente; (c) reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetivação e referências culturais e (d) reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. A autora considera que o discurso oficial estaria fundado em uma nova ordem relacional ao reconhecer a necessidade do diálogo entre profissionais e pacientes<sup>4</sup>. Nesse sentido, o conceito chave da humanização da saúde consiste em considerar o ser humano como um “ser de linguagem”, isto é, alguém que, por meio do diálogo e da comunicação, expressa suas emoções e seus sentimentos<sup>4</sup>.

Alguns autores também destacam que os princípios e diretrizes de humanização da saúde deverão atingir as formas de atuação e os relacionamentos estabelecidos entre as diferentes categorias de profissionais

e equipes de trabalho que atuam nas várias instâncias e modalidades da saúde, em instituições públicas e não públicas<sup>6</sup>.

Entretanto, boa parte dos cursos de graduação da área de saúde continua a estruturar conhecimentos, métodos e procedimentos a partir de uma visão reducionista e mecanicista baseada no pensamento tradicional cartesiano, cuja ênfase se dá no relacionamento distante e impessoal entre profissionais e paciente, bem como entre profissionais pertencentes ou não à mesma categoria e/ou área de formação. Os currículos e programas de formação profissional para a saúde não incorporam os princípios e diretrizes de humanização da saúde.

Sob essa perspectiva, o paciente é comparado a uma máquina. Durante as aulas, os estudantes se deparam com ossos, músculos, órgãos e demais partes do corpo como se fossem peças de uma máquina desmontada, visando compreender o funcionamento de cada uma delas. O primeiro contato do estudante com o corpo humano vem da manipulação de cadáveres ou de pedaços do corpo sem vida ou ainda de outros materiais produzidos segundo as novas tecnologias. Esse comportamento de distanciamento em relação ao corpo humano é internalizado e transferido para o relacionamento com o paciente, podendo manter-se para sempre na vida dos futuros profissionais que certamente olharão para seus pacientes como simples pedaços de um quebra cabeça ou como meros objetos<sup>8</sup>.

Assim, o futuro profissional é formado a partir de uma visão que privilegia unicamente os aspectos técnico-científicos e de uma metodologia que prioriza o controle e a manipulação do corpo e descarta a subjetividade do paciente. Aspectos humanos e sociais são desvalorizados e/ou descartados. Os futuros profissionais serão preparados para aprender a consertar ou a reparar os danos e as avarias de um determinado corpo por meio da utilização de equipamentos, tecnologias e materiais diversos. O paciente é desconsiderado em sua totalidade e singularidade.

Currículos, assim estruturados, dissociam os aspectos objetivos e subjetivos inerentes à saúde e contrariam o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a saúde “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. Além da dimensão física, o conceito da OMS incorpora outras dimensões, entre elas, o estado psicológico, as relações sociais, os ambientes físico e social, a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais, além de enfatizar responsabilidade do Estado quanto ao cumprimento do direito universal da saúde<sup>9</sup>.

Embora o conceito da OMS suscite reação contrária por parte de alguns autores que consideram a saúde, sob essa perspectiva, um ideal inatingível<sup>9</sup>, é inegável a sua importância para a revisão dos programas destinados à formação dos profissionais em saúde. A incorporação do conceito da OMS enquanto um conteúdo interdisciplinar exige a superação da visão fragmentada de saúde presente em várias disciplinas. Essa visão reduzida considera que somente as manifestações e/ou processos passíveis de medição, classificação e generalização poderão oferecer informações fidedignas sobre o estado de saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

Na esteira do conceito da OMS, a polaridade entre os parâmetros objetivos e subjetivos da saúde já era criticada, há mais de cinco décadas, por

Elkington<sup>10</sup> que chama a atenção da comunidade científica para a necessidade de correlacioná-los ao bem-estar psicológico e à satisfação dos pacientes. Na década de 1970, Fairweather e colaboradores<sup>11</sup> incluem, pela primeira vez, aspectos subjetivos nos estudos sobre saúde e qualidade de vida dos pacientes. Décadas mais tarde, Cella e colaboradores<sup>12</sup> constatarem que o estado emocional constitui o fator de maior impacto sobre os escores de saúde e qualidade de vida em um universo de 10.000 idosos finlandeses. Sullivan e colaboradores<sup>13</sup> destacam que sintomas como ansiedade e depressão têm os mesmos impactos sobre a qualidade de vida, quando idosos se percebem doentes. No Brasil, Fleck e parceiros<sup>14</sup> lideraram as pesquisas sobre o desenvolvimento do instrumento WHOQOL que inclui categorias subjetivas importantes para avaliação da saúde e qualidade de vida, entre elas, bem-estar físico e material; relações sociais; lazer; alimentação etc.

As relações do homem contemporâneo com a sua corporeidade, isto é, a maneira pela qual o seu cérebro e sua mente reconhecem e utilizam o corpo como um instrumento de relação com o mundo, tende a perpetuar a dicotomia apontada entre os aspectos objetivos e subjetivos<sup>15</sup>. Le Boulch<sup>16</sup> considera a corporeidade uma experiência corporal que permite ao indivíduo uma compreensão maior de si mesmo, das pessoas ao seu redor e do mundo circundante. Estudos sobre a corporeidade indicam que o corpo não se reduz a um mero conjunto de músculos e ossos, mas a expressão da cultura de um povo ou de um determinado grupo social. Assim entendido, quando os profissionais da saúde atuam sobre o corpo do paciente estão atuando sobre a manifestação da própria sociedade<sup>17</sup>.

Além da corporeidade, a alteridade, isto é, a forma como o indivíduo toma consciência de seu corpo para conhecer o outro<sup>18</sup>, constitui outro aspecto importante a ser considerado nos cursos destinados à formação de profissionais em saúde. A alteridade se manifesta no encontro intersubjetivo entre profissional e paciente, que se reflete no processo de comunicação, no grau de confiança, na aceitação dos tratamentos, na realização de dietas alimentares, entre outros<sup>18</sup>.

A reabilitação, a reconstituição e readaptação de uma situação alterada na saúde do indivíduo implicam em conhecer a pessoa, colocando-se em seu lugar, ou em se reconhecer nela, ou seja, o outro (alter) também “sou eu”. A alteridade em saúde considera o corpo como unidade e totalidade e não despreza a significação do movimento como resultado de uma conduta do paciente comprometida com o contexto de sua realidade<sup>18</sup>.

Entre os cursos integrantes da área da saúde, este estudo tomou como recorte o curso de Fisioterapia, por ser um curso cujos saberes, protocolos e práticas de trabalho envolvem contato direto com o paciente em sua singularidade e totalidade. Nesse sentido, este estudo teve o objetivo de avaliar a importância de conteúdos e práticas com foco nos temas da corporeidade e alteridade, sob a perspectiva da humanização da saúde em cursos de Fisioterapia.

## Material e Método

A metodologia utilizada se situa na abordagem qualitativa, caracterizando-se como um estudo exploratório descritivo cujas informações foram obtidas a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com profissionais

diretamente vinculadas ao tema de investigação. Vale destacar que na abordagem qualitativa, as amostras são propositais (*purposeful sampling*) já que o objetivo é apreender e entender casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis<sup>19</sup>.

Inicialmente, foi realizado levantamento bibliográfico sobre a temática central. Esse levantamento foi complementado pela coleta de informações feita por meio de entrevistas realizadas segundo procedimentos indicados por Ludke e André<sup>20</sup>, e por Triviños<sup>21</sup> no que se refere à análise de conteúdo. Embora as entrevistas constituam uma das técnicas de pesquisa que exijam maior tempo para sua execução, uma de suas vantagens é permitir a captação imediata de dados subjetivos de natureza complexa, entre eles, sentimentos, opiniões e intenções, que são obtidos pela interação direta e efetiva com os entrevistados<sup>20</sup>. Isso significa que a entrevista ganha vida ao permitir o diálogo direto e efetivo entre entrevistador e entrevistado<sup>20</sup>. Daí, a opção por utilizá-la neste estudo.

Para a constituição da amostra, foram tomados os cuidados indicados por Minayo<sup>22</sup> quanto a privilegiar sujeitos que detenham informações e experiências relevantes para o estudo da questão central. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas com cinco fisioterapeutas, com idade entre 23 e 36 anos e que concluíram o curso de graduação em Fisioterapia, em um espaço compreendido entre dois e 13 anos, em diferentes instituições de ensino superior. A diferença de tempo em relação à conclusão do curso de graduação foi considerada uma variável importante para se verificar se o tempo de “formada” interferia no conteúdo da resposta.

Todas as entrevistadas tinham cursos de pós graduação em áreas da Fisioterapia; experiências profissionais diversificadas e atuavam em instituições públicas ou particulares, do município de São Paulo.

As entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas quando à sua finalidade. Todas foram informadas sobre a garantia de sigilo sobre sua identidade e todas assinaram termo de consentimento.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho das respondentes, em ambiente reservado. Foi utilizado um questionário contendo perguntas semi-estruturadas que abrangia as seguintes categorias:

1. Compreensão sobre o atendimento fisioterapêutico.
2. Influência do vínculo entre fisioterapeuta e paciente no diagnóstico e no tratamento.
3. Interferência do ritmo de trabalho na relação entre fisioterapeutas e pacientes.
4. Participação de fisioterapeutas em organismos e associações de classe.
5. Domínio de conhecimentos e práticas de humanização da saúde, com foco na corporeidade e alteridade.
6. Inserção de conteúdos e práticas de humanização da saúde, com foco na corporeidade e alteridade em cursos de Fisioterapia.

As entrevistas duraram em torno de uma hora e meia e todas as respondentes se mostraram à vontade para responder as questões.

Na análise das informações obtidas, foram considerados os trechos das respostas que indicavam o posicionamento de cada respondente sobre cada uma das questões. Posteriormente, procedeu-se a comparação entre as

respostas das entrevistadas, destacando os aspectos semelhantes e diferentes em relação às questões formuladas.

## Resultados

Quatro das cinco respondentes consideraram que o atendimento fisioterapêutico se centra no conceito do *saber fazer*<sup>23</sup>. Nesse sentido, predomina o domínio de conhecimentos que permitiam a execução correta e adequada de técnicas e protocolos, bem como da utilização competente de equipamentos e materiais específicos da área. Os comportamentos direcionados à humanização da saúde, em que se incluem procedimentos relacionados à corporeidade e a alteridade, foram destacados por apenas uma das respondentes, que afirmou serem os comportamentos interativos pautados na humanização resultados de iniciativa pessoal que de uma formação obtida no ensino superior.

Todas as respondentes confirmaram a importância do estabelecimento de um vínculo afetivo e de confiança entre o profissional e o paciente para a realização de um diagnóstico correto e o êxito do tratamento. Segundo as entrevistadas, este vínculo constitui um instrumento positivo para que o paciente seja motivado a realizar o tratamento e a não interrompê-lo.

As entrevistadas consideraram que o ritmo de trabalho interfere na relação entre profissionais e pacientes, especialmente, nas instituições públicas cuja demanda da população que necessita de atendimento é bastante significativa. Essa situação se repete em hospitais, clínicas e laboratórios que atuam em convênios com empresas e outras instituições da sociedade devido aos altos índices de produtividade exigidos dos profissionais. As respondentes destacaram que a dificuldade dos colegas em lidar com número excessivo de pacientes ou de atuar sobre pressão compromete a qualidade do atendimento e, ao mesmo tempo, gera certo descrédito em relação ao trabalho do fisioterapeuta, uma vez que os vínculos são substituídos por relações superficiais.

As respondentes consideraram que deveria haver maior participação dos profissionais nas associações e/ou conselhos de classe, o que resultaria em ganhos positivos para o fortalecimento da categoria profissional, além de permitir a sua valorização pela sociedade, pelas instituições, pelas empresas e inclusive pelos demais profissionais que atuam na área da saúde. Além disso, mudanças poderiam ser requeridas com maior vigor em relação ao sistema público de saúde no sentido de ampliar o acesso da população ao atendimento fisioterapêutico, aumentar o número de profissionais e investir em cursos de atualização e aperfeiçoamento profissional.

À exceção de uma das respondentes, as demais afirmaram que nos cursos de graduação tiveram um contato breve e superficial com conteúdos e práticas de corporeidade e alteridade, em uma perspectiva de humanização da saúde. A única entrevistada que teve contato efetivo com os temas afirmou que eles foram abordados em palestras e eventos dos quais participaram docentes de outros cursos (Pedagogia, Psicologia, Sociologia etc). Trata-se, portanto, de conteúdos ainda não consolidados nos currículos da Fisioterapia.

Todas as respondentes concordaram com a importância da inclusão de conhecimentos e práticas de trabalho com foco na corporeidade e alteridade, na perspectiva da humanização em saúde, nos cursos de graduação em

Fisioterapia. Ressaltaram a necessidade dos cursos de graduação preparar os estudantes para se relacionar com o paciente no sentido de aprender a lidar com suas emoções e subjetividades e, em consequência, saber motivar o paciente em seu processo de recuperação. Uma das entrevistadas enfatizou que os conhecimentos e as práticas de humanização deveriam estar presentes em todas as disciplinas e áreas de atuação em saúde, por se tratar de um conteúdo interdisciplinar.

## Discussão

As respostas dadas pelas entrevistadas indicaram que na Fisioterapia, assim como na maioria das profissões da área da saúde, ainda persiste uma visão reducionista do ser paciente, herança do pensamento cartesiano e da filosofia positivista. Essa visão se aproxima da chamada objetualização do paciente<sup>24</sup> ou coisificação do corpo biológico<sup>25</sup> ou, ainda, excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções<sup>26</sup>.

Essa tendência, presente nas várias áreas de conhecimento da saúde, se fundamenta no modelo de ciência que estrutura os saberes de forma a estabelecer um relacionamento distante e impessoal entre profissional e pacientes<sup>8</sup>. Essa impessoalidade - quando incorporada - pelo futuro profissional - certamente concorrerá para o exercício de práticas de atendimento e tratamento baseadas no não reconhecimento do paciente como uma totalidade<sup>27</sup>. Tal posicionamento acaba entrando em choque com o trabalho desenvolvido pelo profissional da Fisioterapia na medida em que se depara com situações que solicitam o estabelecimento de vínculos e de uma relação mais próxima com o paciente<sup>28</sup>, conforme apontado pelas entrevistadas.

No caso deste estudo, as respostas da amostra entrevistada indicaram que as práticas de humanização em saúde com o foco na corporeidade e na alteridade ainda não se incluem nas propostas curriculares dos cursos de graduação. Os conteúdos privilegiam o conhecimento do paciente, a partir de parâmetros avaliativos e quantitativos. O paciente se reduz a um segmento do corpo (região lombar, torácica ou cervical da coluna vertebral, panturrilha etc.) ou a uma articulação (joelho, tornozelo, punho etc.)<sup>8</sup>.

Nesse sentido, conforme destacado, nas entrevistas, a tendência dos cursos de graduação é a de preparar os futuros profissionais para tratar de um determinado órgão ou tecido sem levar em conta os aspectos sociais e psicológicos do paciente que poderão interferir em sua enfermidade<sup>26</sup>. Em decorrência, verifica-se certa autonomia entre a doença e o indivíduo, uma supervalorização do corpo biológico e uma subestimação das experiências sociais e da condição psicológica do paciente. Portanto, os futuros profissionais são preparados para o *saber fazer*<sup>23</sup> mediante a aquisição de conhecimentos e incorporação de protocolos.

Os depoimentos sugerem a necessidade da inclusão de conhecimentos e práticas relacionados ao *saber conviver* ou *saber se relacionar*<sup>23</sup>. Essa inclusão é extremamente importante para o estabelecimento e o fortalecimento de um vínculo afetivo e de confiança, uma vez que o fisioterapeuta é o profissional que usa o toque no corpo do paciente de forma mais incisiva possível. Não é possível tocar de forma terapêutica sem um mínimo de vínculo com o paciente<sup>29</sup> ainda que o profissional da Fisioterapia

trate de dois pacientes do mesmo gênero, da mesma faixa etária e com as mesmas características físicas, ambos serão pessoas diferentes<sup>27</sup>.

A articulação entre os parâmetros objetivos e subjetivos calcados em uma visão de humanização da saúde constitui um aspecto importante a ser incorporado pelos programas de preparação profissional para a área da saúde. Essa articulação permitirá aos futuros profissionais “olhar” o paciente a partir de uma perspectiva integral que não dissocie corpo e mente; corpo e psíquico; corpo e afetividade; corpo e sexualidade; corpo e sentimentos; corpo e relações sociais, entre outros<sup>27</sup>.

## Considerações Finais

Ainda que a Fisioterapia constitua uma profissão relativamente recente, no Brasil<sup>29</sup>, é necessário rever os currículos dos cursos de graduação em uma perspectiva de humanização da saúde. Nessa direção, incluir conteúdos e práticas voltados à corporeidade e à alteridade para permitir ao futuro profissional ampliar sua capacidade de cuidar do paciente e assumir o seu papel de mediador entre as técnicas e protocolos de reabilitação e de melhoria da saúde e do bem estar dos pacientes.

Os temas da corporeidade e da alteridade deverão permitir que os alunos se reconheçam como pessoas para também poderem tratar dos pacientes como pessoas. É importante destacar que essa parceria tem início em sala de aula quando alunos e docentes passam a se encarar como atores sociais que agem sobre o ambiente e constroem sua própria história.

Em se tratando da corporeidade e da alteridade, é importante que o fisioterapeuta, assim como os demais profissionais em saúde, aprenda a considerar a inviolabilidade e a individualidade do paciente, isto é, uma pessoa dotada de autonomia em sua forma de ser e de autoconsciência. Em outras palavras, as pessoas têm singularidade e devem ser vistas e tratadas como únicas.

Conhecer, pois, o corpo na perspectiva da corporeidade requer um resgate do ser humano como pessoa, que é fundamental na alteridade. A inserção desses conteúdos nos currículos dos cursos de Fisioterapia e nos demais cursos em saúde deverá proporcionar ao futuro profissional a possibilidade de obter novas percepções sobre o paciente, para além das abordagens reducionistas e mecanicistas, sobretudo percebê-lo em sua singularidade e totalidade.

Assim, os currículos deverão ser revistos de modo a considerar que o paciente não se reduz a um amontoado de ossos, músculos e tendões. O estudante deve ser preparado para se assumir como um ser corpóreo e motriz dotado de subjetividades. Necessita assumir a sua corporeidade para estabelecer uma relação de alteridade com o paciente e auxiliá-lo em seu processo de recuperação e de estabelecimento de um novo contato com o mundo.

Nessa direção, um aspecto merece ser considerado, qual seja, a mediação desempenhada por aparelhos e tecnologias na relação entre profissional e pacientes. Sem incorrer na falsa dicotomia estabelecida entre tecnologias e fator humano, que pode gerar uma dupla falácia, isto é, o ocultamento do caráter humano das tecnologias e a visão de que a própria humanização pode passar por soluções tecnológicas, a tendência observada é de superestimar o



valor das tecnologias e de não colocá-las como uma opção na assistência ao indivíduo. E, dessa forma, são desconsiderados os aspectos relacionais que envolvem a relação profissional e paciente, durante o tratamento<sup>24</sup>.

Cada vez mais, se constata que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não verbal precisam ser considerados nas relações entre profissional e paciente.

Outro aspecto se refere ao fato de os cursos de graduação não trabalhar ou trabalhar de forma inadequada o papel do profissional de Fisioterapia como mediador do processo de reabilitação física. É sabido que muitas vezes o paciente deposita suas esperanças de uma melhor qualidade de vida no fisioterapeuta. Daí a necessidade de o profissional estar sensibilizado para motivar o paciente a realizar o tratamento prescrito para a sua recuperação, fazendo com que adquira confiança em si e no profissional responsável pelo atendimento. Para que o fisioterapeuta desempenhe esse papel de mediador, é necessário que tenha incorporado conhecimentos e práticas baseados na corporeidade e na alteridade.

Em face do exposto, é preciso rever as propostas curriculares, em relação aos conteúdos, às práticas de estágio, às metodologias e aos sistemas de avaliação, incorporando a humanização da saúde enquanto uma diretriz ou um princípio orientador de práticas e procedimentos, que deverá ser considerada em uma perspectiva interdisciplinar, isto é, perpassar todas as disciplinas.

## Abstract

**Introduction:** the relationship between professional and patient oriented by humanization standards is a current issue in health research, since this relationship influences the processes of physical recovery, pain reduction and quality of life of individuals. However, this is not observed in most graduate programs in health, which emphasize knowledge and methods in the traditional Cartesian thinking. **Objective:** to evaluate the importance of contents and practices with a focus on issues of embodiment and alterity, from the perspective of the humanization of health in Physiotherapy courses. **Method:** we used a qualitative method and data were collected through semi-structured interviews conducted by five randomly selected physiotherapists, aged between 23 and 36 years, with professional experience between two and thirteen years. The questions were on: physical therapy, physical therapist and patient relationship, work pace, involvement in trade associations, field and insert content and practices of the humanization of health in undergraduate courses. **Result:** the Physiotherapy graduate courses do not prepare the professional to take a close bond with patients. The application of techniques and protocols are focused on knowledge and do not apply to skills related to living together. **Conclusion:** the curriculum of graduating courses in health should be revised to expand the capacity of the students to become a professional who take care of patients and act as mediator between techniques and protocols, from the

perspective of humanization of health, which requires contents and procedures based on embodiment and alterity.

**Key-Words:** Humanization of health. Professional training. Higher education. Physiotherapy.

## Referências

- [1] Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP (2008) Censo da Educação Superior. DF: INEP; 2008. Disponível em [www.inep.gov.br](http://www.inep.gov.br). Acesso em: 15 fev. 2010.
- [2] Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Contagem da População. 2007. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 15 fev. 2010.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- [4] Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9(1):7-14.
- [5] Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para o debate. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2008;12(25):327-38.
- [6] Campos GWS. Humanização na saúde; um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2005;9(17):389-406.
- [7] Oliveira CP, Kruse NHL. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):78-83.
- [8] Cury A. O futuro da humanidade: a saga de Marco Pólo. São Paulo: Sextante; 2000.
- [9] Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2007;17(1):29-41.
- [10] Elkington JR. Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med.* 1966; 64:711-4.
- [11] Fairweather GW, Sanders DH, Maynard H, Cressler DI. Community life for the mentally ill. An alternative to institutional care. Chicago: Aldine Publishing; 1970.
- [12] Cella DF, Tulsky DS, Gray G. The functional assessment of cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993;11(3):570-9.
- [13] Sullivan MD, Kempen GIJM, Van Sonderen E, Ormel J. Models of health related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Quality Life Res.* 2001;8:801-10.

- [14] Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (Whoqol-100). Rev Bras Psiquiatr. 2003;21(1):19-28.
- [15] Fontanella FC. Corpo no limiar da subjetividade. Piracicaba: UNIMEP; 1995.
- [16] Le Boulch J. Rumo a uma ciência do movimento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
- [17] Assmann H. Paradigmas educacionais e corporeidade. 3. ed. Piracicaba: UNIMEP; 1995.
- [18] Correia FA. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética [tese]. Faculdade de Educação. Campinas: UNICAMP; 1993.
- [19] Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):44-57.
- [20] Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
- [21] Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 2007.
- [22] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
- [23] Delors J. Educação - um tesouro a descobrir. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, Brasília: MEC, UNESCO; 1998.
- [24] Vieira VLM. Bioética e alteridade em saúde: implicações para a formação profissional [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Educação. Unijuí; 2001.
- [25] Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
- [26] Testa N. Hospital: visão desde o leito do paciente. Rev Saúde Mental Coletiva 1992;1(1):46-54.
- [27] Campos RO. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. Saúde e Debate, 2003;27(64):27-30.
- [28] Condrade TLV. Formação de profissionais para a área da Fisioterapia: Um estudo sobre as questões da corporeidade e alteridade [dissertação]. São Paulo: Universidade Bandeirante de São Paulo; 2006.
- [29] Gava MV. Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas. São Paulo: UMESP; 2004.