

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

PRÁTICAS CORPORAIS DE SAÚDE: ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

JOYCE CÂMARA DONATO

PORTO, 2024.

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

PRÁTICAS CORPORAIS DE SAÚDE: ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

Dissertação apresentada com vista à
obtenção do grau de Mestre no 2º Ciclo
de Atividade Física, Exercício e Saúde,
da Faculdade de Desporto da
Universidade do Porto.

Orientadora: Prof. Doutora Paula Silva.

JOYCE CÂMARA DONATO

PORTO, 2024.

Ficha de Catalogação

Donato, C., J. (2024). Práticas Corporais de Saúde: Acolhimento e Humanização. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre no 2º Ciclo de Atividade Física, Exercício e Saúde, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: Humanização na Saúde; Ciências Sociais e Humanas; Exercício Físico; Práticas Corporais; Acolhimento na Saúde.

AGRADECIMENTOS

A gratidão que sinto vai muito além das palavras, embora tente aqui dar forma ao que, de tantas maneiras, foi essencial nesta jornada. Este trabalho não foi construído sozinho; ele carrega, em cada página, a presença e o apoio de pessoas que, direta ou indiretamente, o tornaram possível.

À minha orientadora, Paula Silva, meu sincero agradecimento por sua sabedoria e por saber guiar com paciência e clareza. Sua sensibilidade, seu olhar atento, sua confiança e suas orientações me permitiram avançar, mesmo quando o caminho parecia desafiador para mim. Sua presença foi como um estado de meditação em meio a tantas questões e incertezas, e por isso, sou eternamente grata.

À minha mãe, minha maior inspiração e força, minha gratidão eterna. Foi você, com sua coragem e determinação, quem me ensinou a ser a mulher que sou hoje. Tudo o que sou, e tudo o que conquistei, carrega um pedaço de seus ensinamentos. Você me mostrou, com seu exemplo, o que significa ser forte, enfrentar os desafios da vida de cabeça erguida e nunca desistir. Obrigada por cada palavra, por cada gesto de apoio e por me ensinar que a verdadeira força vem do coração. Este trabalho é também seu, pois sem você, eu não teria chegado até aqui.

À minha filha, minha grande amiga, agradeço por tudo o que somos juntas. Gostaria que estivesse ao meu lado, vivendo cada momento deste percurso e compartilhando cada emoção. A nossa amizade é uma força importante na minha vida, e mesmo distante, sei que está presente em pensamento e em apoio. Este trabalho também reflete a nossa parceria e o caminho que percorremos juntas, e por isso, agradeço por ser essa presença constante e verdadeira.

Ao meu companheiro Diogo, por compartilhar comigo esta jornada, com paciência e apoio. Você esteve presente nos momentos de dúvidas e cansaço,

e foi a calma nos dias mais atribulados. Obrigado por estar ao meu lado, tornando tudo menos pesado e mais possível. Meu maior incentivador.

Aos meus queridos utentes, minha profunda gratidão. Vocês foram a fonte viva deste trabalho. Cada história compartilhada, cada experiência vivida ao lado de vocês, me trouxe uma nova perspectiva sobre o que significa cuidar, escutar e acolher. Vocês me ensinaram, com suas vidas, o verdadeiro sentido da humanização na saúde. Este trabalho também pertence a vocês, pois é feito também de suas histórias.

Não poderia deixar de mencionar o meu fiel companheiro, Snow. Embora tenha sido eu quem o salvou, sinto que foi ele quem verdadeiramente me resgatou. Nos dias solitários, quando o silêncio era profundo, foi o seu calor, sua presença silenciosa e seu olhar terno que aqueceram meu coração. Snow, com sua doçura, foi o alívio em meio ao caos, a alegria simples que se faz presente em cada ronronar. Obrigada, meu filho de quatro patas, por estar comigo e trazer luz aos momentos mais escuros. Você é parte desta jornada, parte de minha vida e sua presença tornou tudo mais suportável e bonito.

Agradeço ao país que me acolheu de braços abertos, Portugal. Sendo brasileira, encontrei aqui um lar, uma nova forma de ver o mundo e a oportunidade de crescer. Portugal me ofereceu um espaço onde pude continuar minha caminhada com confiança e acolhimento, permitindo que minhas raízes se misturassem com sua cultura rica e generosa.

À Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, minha gratidão por ser o cenário de aprendizado, por ter me proporcionado as ferramentas e o conhecimento para desenvolver este trabalho. Foi um ambiente de crescimento, onde fui desafiada a ser melhor, cercada de apoio e incentivo.

Obrigada a todos.

ÍNDICE

RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
INTRODUÇÃO	1
1. DO SABER, UMA CONSTRUÇÃO A SER DESCONSTRUÍDA	4
2. HUMANIZAÇÃO: DO SENTIR AO PERMITIR	6
3. O ENSINO-APRENDIZAGEM DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE, NO ÂMBITO ACADÊMICO	11
3.1. A PRESENÇA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM PLANOS CURRICULARES DE CURSOS DE FISIOTERAPIA E DE EDUCAÇÃO FÍSICA	13
4. O ESTUDO DE CAMPO	22
5. DO ESCUTAR AO SENTIR, UMA VIVÊNCIA E MUITAS HISTÓRIAS, UM NOVO OLHAR	26
6. O LUGAR DA ESCUTA QUE HUMANIZA E TRANSFORMA O CUIDADO	37
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	vii

RESUMO

Este trabalho retrata um pouco da minha jornada acadêmica e profissional, nos cursos de Fisioterapia e Educação Física. Ao longo dessa trajetória sempre questioneei a falta de integração de disciplinas das áreas de ciências sociais e humanas na formação profissional e a sua importância para uma prática mais humanizada. Essas reflexões foram estimuladas e impulsionadas pela observação do distanciamento emocional de profissionais em contraste com a necessidade do acolhimento humano no cuidado com os utentes. Este estudo autoetnográfico, envolveu minha imersão pessoal na análise e reflexão das falas dos utentes, como também a minha prática no exercício da minha profissão como Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física, no âmbito clínico, ou seja, uma participação ativa como pesquisadora e, também, sendo objeto de pesquisa. Foram utilizados diários e reflexões pessoais para compor o trabalho. Fui registrando em minha memória, parte dos diálogos das conversas informais com os utentes, entre um exercício e outro, no qual, eles descreviam sobre uma linha temporal, toda uma narrativa de vida. Eram conversas sobre família, trabalhos, sobretudo sobre a saúde e a doença. O estudo pretende promover a humanização na saúde, confrontando a ideia tradicional centrada na patologia com uma abordagem mais acolhedora, empática e humanizada.

Palavras-chave: Humanização na Saúde; Ciências Sociais e Humanas; Exercício Físico; Práticas Corporais; Acolhimento na Saúde.

ABSTRACT

This work portrays a little of my academic and professional journey, in Physiotherapy and Physical Education courses. Throughout this trajectory I have always questioned the lack of integration of disciplines in the areas of social sciences and humanities in professional training and its importance for a more humanized practice. These reflections were stimulated and driven by the observation of the emotional distance of professionals in contrast to the need for human acceptance in the care of users. This autoethnographic study involved my personal immersion in the analysis and reflection of users' statements, as well as my practice in the exercise of my profession as a Physiotherapist and Physical Education Professional, in the clinical context, that is, an active participation as a researcher and, also, being the object of research. Diaries and personal reflections were used to compose the work. I was recording in my memory, part of the dialogues of informal conversations with users, between one exercise and another, in which they described, on a timeline, an entire life narrative. There were conversations about family, work, especially health and illness. The study aims to promote humanization in healthcare, confronting the traditional idea centered on pathology with a more welcoming, empathetic and humanized approach.

Keywords: Humanization in Health; Social and Human Sciences; Physical exercise; Body Practices; Reception in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation (Oxigenação por membrana extra corporal)

ECTS – Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

ESS – Escola Superior de Saúde

FADEUP – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

OMS – Organização Mundial de Saúde

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

INTRODUÇÃO

Minha jornada acadêmica começou em 2006, quando ingressei no curso de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, no Brasil. Foram 5 anos aprendendo a prevenir, habilitar e reabilitar as pessoas, envolvendo estudos teóricos e práticos, como estágios em hospitais e clínicas. Ao longo do curso, aprendemos a desenvolver habilidades para avaliar, diagnosticar e tratar condições musculoesqueléticas, neurológicas e respiratórias, e tudo que envolve o estudo do corpo humano. Alguns anos após minha formação em fisioterapia, e ter adquirido experiência na área musculoesquelética, decidi também entrar para o curso de Educação Física na mesma universidade (UEPB), no qual a atenção e a promoção da saúde são pilares fundamentais para a formação profissional nesta área. Frequentei disciplinas equivalentes ao meu primeiro curso, e outras mais específicas ao exercício físico, bem-estar e qualidade de vida. Foram mais quatro longos anos a estudar, com uma perspectiva muito técnica, sobre saúde.

Algo que sempre despertou inquietação durante minha jornada acadêmica em ambos os cursos, foi a relação que os meus colegas tinham com as disciplinas da área das ciências humanas, como por exemplo: sociologia da saúde, psicologia e filosofia. A maioria afirmava que estas disciplinas eram desnecessárias para a nossa formação, e eu me perguntava: será que estamos a aprender como aplicar os conhecimentos destas disciplinas na nossa futura profissão? A forma como estamos a aprender estas disciplinas, nos ensinará a sermos menos técnicos e mais humanizados no exercício da nossa profissão? Como é que as Ciências Sociais, como área acadêmica, pode nos ajudar no contexto da saúde? Estes questionamentos sempre me acompanharam, durante a minha formação acadêmica e ao longo da minha atividade profissional até os dias atuais.

Através de todos esses questionamentos, como também a minha vivência como profissional de saúde, passei a observar de forma despretensiosa o meu

comportamento, como também o comportamento dos meus colegas de trabalho, com os utentes, e percebi que muitos preferem o distanciamento ao acolhimento. Contudo, percebo que existem profissionais que são “esponjas”, ou seja, absorvem toda a carga emocional dos pacientes, podendo adquirir um preocupante e significativo desgaste mental e/ou emocional. Contudo, é meu entendimento que a humanização na saúde é primordial para o tratamento e/ou processo de cura, e é necessário estudar para além das técnicas e especialidades no sentido de podermos perceber o ser humano que se nos apresenta como utente, e não apenas um doente, uma patologia, uma lesão.

Contudo, um dos grandes desafios para atenção humanizada é conciliar um atendimento de qualidade ancorado num saber consagrado apoiado em regularidades do processo saúde e doença com a dimensão da subjetividade e o contexto sociocultural do usuário. Esta última dimensão comporta uma variabilidade para além da aplicação protocolar de normas e regras do cientificismo médico, condicionado pelo contexto administrativo e económico (Artmann e Rivera, 2006).

“Um atendimento clínico de qualidade implica conciliar a clínica tradicional e a clínica do sujeito. A partir da noção de ‘clínica ampliada’, o autor sustenta que é muito importante conhecer aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção, mas também aprender com a variação, saber escutar e saber perscrutar cada caso singular. As decisões devem ser ponderadas, a partir de opiniões de outros profissionais, exposição de incertezas, compartilhamento de dúvidas. Para esse autor, a clínica do sujeito demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo, e conhecer quase toda a história de um ser inexistente (a ontologia da doença) pode atrapalhar mais do que ajudar” (Campos, 2003, citado por Artmann e Rivera, 2006 p. 209).

Esta dissertação constrói-se a partir do retrato da minha vivência profissional com os utentes, através de diálogos sobre suas histórias pessoais e da relação que eles possuem com a saúde/doença. Os relatos dessas pessoas ao longo dos anos me fizeram perceber que a saúde, de forma geral, parece ser pouco humanizada. Assim, para melhor compreendermos a relação utente – profissional da saúde, iremos apresentar de forma sucinta como esta relação

começou na história da saúde, de modo a refletirmos sob a influência da construção histórica do saber médico nos profissionais atuais.

1. DO SABER, UMA CONSTRUÇÃO A SER DESCONSTRUÍDA

O curso de Medicina foi o pioneiro entre os cursos da área da saúde, entretanto, este saber era muito diferente do que temos nos dias atuais. A prática da medicina na antiguidade era muito diferente da que temos hoje. Os “médicos” da época tratavam doenças e lesões utilizando conhecimentos de práticas místicas e de conhecimentos empíricos, sempre retratando aos seus sacerdotes. Para esses povos, o médico era um semideus, alguém que possuía poderes sobre-humanos para tratar doenças físicas e espirituais.

Na história antiga havia a preocupação com o bem-estar e cuidados aos doentes, embora sem o termo “humanização”. Na Grécia havia templos dedicados à cura e ao tratamento dos enfermos, favorecendo uma relação mais estreita com os doentes.

A ciência médica inicia-se na ilha de Cós, na Grécia Antiga, com a Escola de Hipócrates, médico, considerado o "pai da medicina", nasceu em 460 a.C. em Cós e faleceu em 370 a.C., em Tessália. Também foi filósofo e conheceu grandes pensadores como Demócrito, o criador do conceito de átomo como constituinte básico da matéria (DA Silva, 2013).

O médico Hipócrates, considerado iniciador da observação clínica, é responsável pela medicina hipocrática entendida como holística. A abordagem hipocrática é sempre em relação ao paciente como um todo, e o anseio moderno por uma medicina holística encontra nela um refúgio natural. Apesar de suas características admiráveis e positivas, esse holismo também era arraigado em valores culturais muito difundidos na sociedade grega. Os gregos antigos tinham aversão à dissecação de corpos humanos. Eles não faziam autópsias para determinar a causa da morte, e os médicos gregos não ensinavam anatomia com profundidade aos seus aprendizes (Bynum, 2011).

Na história egípcia, a era de Imhotep foi considerada como uma época de grande sabedoria. Pode-se dizer que este médico e arquiteto foi um dos primeiros, senão mesmo o primeiro, grande herói nacional do Egito. A sua fama

foi tal que, vinte e três séculos após a sua morte, acabou a ser elevado a DEUS tutelar da medicina (Cordeiro, 2020).

Contudo, a relação médico-paciente concebida na Antiguidade e desenvolvida durante muitos séculos, na qual se verificava um grande abismo entre os sujeitos envolvidos, hoje não mais existe. A figura do médico quase “DEUS” da qual irradiavam todas as decisões e comandos a respeito do destino, do corpo, e da vida do paciente, está, há muito, ultrapassada. O paternalismo que envolvia a posição de médico – enquanto único detentor dos elementos que delimitariam a terapêutica a ser eleita e o tratamento a ser ministrado - cedeu espaço ao surgimento do paciente sensível, ciente de seus novos direitos (Bergstein, 2013).

A relação médico-paciente passou por muitas transformações. Nos primórdios da medicina o aspecto religioso estava intimamente relacionado à figura do médico, sendo visto de maneira dogmático, muitas vezes promovido a um “ser superior” em relação ao paciente (Rocha et. al., 2011).

Entretanto, a modernidade científica, e o acesso a ela, fez com que os pacientes saíssem de uma posição passiva, para um lugar de fala, de questionamentos. O que podemos perceber no tempo presente é que as pessoas buscam mais informações sobre suas patologias e demonstram estarem mais informadas. Além disto, o paciente necessita de uma relação mais estreita com o profissional de saúde, uma relação de escuta, onde o profissional de saúde compreenda que o relato do utente sobre como ele se sente em ambos aspectos, físico e emocional, é importante para a evolução do tratamento, tornando-se benéfico para ambos.

2. HUMANIZAÇÃO: DO SENTIR AO PERMITIR

A palavra 'humanismo' deriva do latim humanus. "Um humanista pode ser definido como alguém cuja visão do mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos. O humanismo realça a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos" (Gaader, 2002, citado por Deslandes, 2006, p.55).

“Como doutrina filosófica, o humanismo teve seus antecedentes na Grécia Antiga, mas todos os grandes períodos da história, como é o caso do Renascimento e do Iluminismo, foram marcados pelas preocupações contidas nesse conceito. Os estudiosos atribuem a origem do humanismo a Sócrates, condenado à morte em 399 a.C., exatamente por colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais, fixando suas reflexões sobre os problemas humanos. Dizia-se em sua época que ele corrompia a juventude pois fazia a filosofia descer do céu à terra, alojar-se nas ruas, entrar nas casas e obrigar as pessoas a pensar na vida e acerca do bem e do mal” (Deslandes, 2006 p. 24).

Contudo, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), não existe uma definição específica para o termo "humanização na saúde". No entanto, a OMS promove princípios e diretrizes que se compõem com os valores da humanização no cuidado de saúde. Esses princípios incluem a centralidade do paciente, a dignidade, o respeito e a abordagem holística ao cuidado.

Em Portugal a Lei nº 15/2014, de 21 de março determina o dever de humanização dos cuidados de saúde, realçando que “os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”. O documento Plano de Ação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde¹, de 27 de março de 2024 é claro quanto ao conceito e sua importância:

“Uma humanização efetiva tem de permear todos os processos de prestação de cuidados nos seus diversos níveis, nos atos de acolher, cuidar, diagnosticar, comunicar e tratar. Valoriza o ser humano e respeita a dignidade

¹ <https://www.sns.min-saude.pt/plano-de-acao-para-a-humanizacao-dos-cuidados-de-saude-no-sns/>

intrínseca da pessoa humana. Expressa-se como atitude que valoriza a individualidade e personalidade do utente ou doente, a sua diferença e o seu momento, para além do cuidar e do tratar, ainda que estes sigam o melhor da técnica, da ciência e da “arte médica”. O tratar e o cuidar humanizados contrapõem-se ao reducionismo que pode exorbitar no cuidado com a doença e passar ao lado da pessoa doente (p.1)”.

O tema “humanização na saúde” tem sido cada vez mais relevante nos últimos anos, sobretudo em um cenário que a tecnologia vem superando as relações interpessoais. Entretanto, ser humanizado não implica apenas a melhoria do atendimento ao utente, mas também tornar a prática profissional mais completa, não apenas focada na patologia.

É fundamental reconhecer o utente como um ser integral e único, com anseios, medos e esperanças. É necessário ir além dos diagnósticos e sintomas, percebendo que cada um traz consigo uma história que influencia sua saúde. Dessa forma, o profissional adquire uma nova perspectiva sobre o utente, enriquecendo sua prática profissional. Para que a humanização seja possível, é crucial permitir-se colocar no lugar do outro, praticar a escuta ativa e entender que a fala do utente pode ser determinante.

O significado de humanização engloba compreender e ouvir as necessidades e queixas de qualquer pessoa com respeito, cordialidade e empatia. Esse conceito está cada vez mais presente nas organizações, pois o entendimento humanizado integra a construção do relacionamento que existe entre um serviço prestado ou marca (OMS, 2007).

Entretanto, destaca-se, na definição, que o esforço de humanização é concebido como um aporte de valor positivo alocado ao sujeito implicado na produção da Saúde, embora, no entendimento comum não seja raro que designe o usuário ou cliente externo como principal, quando não único, alvo da humanização (Reis et al. 2004).

Na área da saúde, na atualidade, o termo 'humanismo' entrou para a pauta de prioridades como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa e por meio do vocábulo 'humanização'. Humanização do setor Saúde

significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (Deslandes, 2006).

Les Trodes e colaboradores (Les Trodes et al., 2009) apresentam, no seu artigo intitulado *The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research* uma estrutura conceitual das dimensões da humanização (ver tabela 1).

FORMAS de HUMANIZAÇÃO	FORMAS de DESUMANIZAÇÃO
colocar-se na perspectiva <i>do outro</i> (<i>insiderness</i>)	objetivação
agência	passividade
ser único	homogenização
união de esforços	isolamento
com sentido/significado	perda de sentido/significado
jornada pessoal	perda de jornada pessoal
sentido do lugar	deslocamento
corporeidade	corpo redutor

Tabela 1. Estrutura conceitual das dimensões da humanização (adaptado de Les trodes et al., 2009)

Cada uma das oito dimensões da humanização e da desumanização exprime um espectro de possibilidades. Em cada caso, o valor humanizador positivo é considerado, seguido de como pode ser ofuscado pela ênfase desumanizante. A desumanização ocorre quando uma ou mais dimensões humanizadoras são toldadas a um grau significativo. De salientar que estas dimensões, da humanização e da desumanização, não são absolutas, mas devem ser sempre interpretadas na ênfase que é colocada. Sabemos a importância de formas de avaliação e de práticas de cuidados de saúde que se assumem tecnicamente imprescindíveis na resolução de problemas. Mas quando estas estratégias tecnicistas ofuscam a dimensão humanizadora, existe um potencial para a desumanização. Cada uma das oito dimensões sobrepõe-se claramente em alguns aspetos, mas cada uma enfatiza algo especial, tal como expressa no nome de cada dimensão (Les Todres et al., 2009).

A humanização expressa-se em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total.

Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (Benevides, 2005).

“Contudo, a humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais e deve compor é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência” (Campos, 2005, p. 400).

Para os profissionais de saúde, permitir-se ser mais humanizado também envolve autocuidado. O estresse, a carga de trabalho, condições ruins e mau ambiente no trabalho, e a pressão por resultados, podem ser fatores determinantes na contribuição da humanização do profissional. Contudo, as excessivas horas de trabalho é uma realidade para esses profissionais, e podem levar ao esgotamento físico e emocional, influenciando na redução da capacidade de engajamento emocional com os utentes, tornando a prática de humanização um desafio.

Além dos fatores acima mencionados, podemos também destacar os aspectos culturais, psicológicos e organizacionais que foram construídos em todo percurso acadêmico. A forma como os profissionais veem os utentes, essa tendência de enxergá-los apenas pelo diagnósticos e/ou casos clínicos, pode contribuir para a desumanização, como também pode ser uma estratégia de defesa dos profissionais para poderem lidar com o sofrimento e a morte, mas que pode resultar na falta de empatia e envolvimento emocional com os utentes.

Adotar uma abordagem mais humanizada requer mudanças em diversos níveis. Nas instituições de saúde, políticas e práticas devem ser estabelecidas para promover ambientes acolhedores, tanto para pacientes quanto para profissionais. Isso inclui desde a formação continuada em comunicação e empatia até a criação de espaços de diálogo.

“Então, faz-se necessário humanizar as práticas em saúde diante do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico nesta área, em que a singularidade do usuário – emoções, crenças e valores – ficou em segundo plano, sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente e a assistência se desumanizou, principalmente no atendimento e nas condições de trabalho, dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas” (Cesate, 2005 citado por Silva, 2011, p. 108).

Entretanto, o ensino de saúde enfrenta o desafio de reformular seus objetivos e práticas, de maneira a responder às novas reivindicações que se afiguram do ponto de vista ético, humano e social (Silva et al., 2015).

3. O ENSINO-APRENDIZAGEM DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE, NO ÂMBITO ACADÊMICO

As principais organizações que devem preparar os profissionais do futuro são as Instituições de Ensino Superior. Neste sentido, precisa estar atenta às transformações que ocorrem nos seus ambientes e adaptarem-se para a formação de estudantes capazes de serem agentes das mudanças exigidas no futuro (Nossa, 1999).

Os cursos de graduação do ensino superior são regulamentados por leis e diretrizes. Estes regulamentos são estabelecidos por entidades governamentais e educativas que visam assegurar a qualidade da formação e o desenvolvimento da competência profissional. Podemos entender que a criação de um projeto pedagógico para um curso do ensino superior é extremamente complexa e que exige um trabalho de muita pesquisa, de estudo e colaboração.

Neste sentido, a formação dos profissionais da saúde requer que a base conceitual dos estudantes seja ampliada, fundamentando-se em um entendimento do processo saúde-doença como fenômeno complexo e não limitado ao campo biológico. Isto é importante para que a possibilidade de conceber e cuidar da pessoa de modo ampliado não se limite a um discurso teórico, desarticulado das práticas de cuidado (Ceccim, 2004).

Vários autores têm destacado a importância do desenvolvimento das relações interpessoais na composição do processo de ensino-aprendizagem, a fim de habilitar o estudante para trabalhar no campo da saúde, valorizando também atitudes, posturas e características pessoais inerentes ao ser humano, que por décadas foram desconsideradas da esfera assistencial (Rogers, 1985, citado por Esperidião, 2005).

“Dentre as mudanças propostas e implementadas, a humanização tem sido enfocada como um dos temas centrais para a formação do trabalhador de saúde para a realização do cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização da dimensão subjetiva e social

sempre implicada no processo saúde-doença-cuidado” (Cesate, 2012 p. 219).

Nesse contexto, é importante refletir sobre as bases curriculares dos cursos na área das ciências da saúde, especialmente no que se refere à humanização. Muitas dessas têm como foco a formação de profissionais altamente especializados. Desde o início do curso a orientação é para domínio dos conhecimentos técnicos para identificar e tratar as diversas condições patológicas apresentadas pelos utentes. Contudo, essa abordagem desconsidera a importância das relações humanas, como por exemplo, o acolhimento para com os utentes. É importante reconhecer que cada utente é único, com suas experiências e vivências, anseios, e necessidades, independente de suas patologias, caso contrário corremos o risco de perder de vista uma pessoa, por trás da doença.

O acolhimento na saúde é uma prática essencial para garantir o atendimento humanizado aos utentes. Ele envolve tanto o atendimento inicial quanto a postura dos profissionais em toda a jornada do cuidado, ou seja, é necessário ter escuta atenta e ativa, para que esses profissionais não compreendam apenas a queixa, mas o contexto de vida do paciente.

Contudo, o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é, portanto, um modo de operar os processos de trabalho, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários em cada momento específico. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços, para a continuidade da assistência e estabelecimento de articulações para garantir a eficácia desses encaminhamentos (Falk et al., 2010).

A compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas não se esgota no domínio de uma técnica, mas implica a necessidade de uma formação

mais ampla nas ciências humanas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas adotadas nessa relação. Uma formação que, ao longo do curso, dê condições ao estudante de entender a própria natureza da profissão médica. Desse modo, que permita ao futuro profissional ter uma postura não somente ética, mas com uma profunda dimensão de solidariedade, necessária para lidar com o sofrimento humano. E possibilite, assim, entender o paciente enquanto um sujeito portador de um sofrimento que precisa ser acolhido (Sucupira, 2017).

Por isso, a importância de haver uma reavaliação das bases curriculares dos cursos da área da saúde, a fim de introduzir outras leituras e visões dando ênfase na humanização do cuidar. Isso pode ser realizado por meio da inclusão de disciplinas e atividades que abordem temas diversos, como as diversidades sociais e culturais e uma cultura da humanização nos cuidados de saúde.

3.1. A PRESENÇA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM PLANOS CURRICULARES DE CURSOS DE FISIOTERAPIA E DE EDUCAÇÃO FÍSICA

“Desde a segunda metade do século XX no Brasil, quando as instituições de Ensino Superior são convocadas a colocar em análise seus métodos, técnicas e concepções de ensino, crescem preocupações com os processos de ensino e de aprendizagem na área da saúde. A formação tradicional em saúde, ainda hoje hegemônica, decorre das recomendações elaboradas por Flexner, em 1910, que foram amplamente difundidas e resultaram em uma espécie de “modelo” a ser assumido pelas instituições formadoras. Desde então, a formação em saúde adota um ensino organizado em disciplinas, centrado no professor, com atividades práticas em cenário eminentemente hospitalar, marcado pela unidirecionalidade na relação professor-estudante e pela fragmentação do corpo e da saúde das pessoas” (Gomes et al. 2010, p. 182).

A inclusão de disciplinas das ciências sociais e humanas nos cursos da área saúde é fundamental na formação dos futuros profissionais. Estas disciplinas desenvolvem senso crítico, capacidade de compreensão para com o

cuidado em saúde, desenvolvendo maior interação nas relações com os colegas de trabalho, e melhorando sua capacidade profissional para gerir os relacionamentos interpessoais.

Disciplinas como psicologia, sociologia e antropologia oferecem aos estudantes uma base teórica para compreender melhor as dimensões psicossociais da saúde. Ao estudar e debater sobre temas que não discutidos normalmente nas aulas, ligados às questões socioculturais, como identidade, cultura, signo, e desigualdade, os estudantes têm a oportunidade de refletir sobre como essas questões podem impactar diretamente a saúde e o bem-estar das pessoas.

Apesar da importância destas disciplinas na formação dos profissionais de saúde, é perceptível a discrepância de disciplinas técnicas e específicas nos cursos da área da saúde. Há uma presença relativamente menor destas disciplinas nas bases curriculares nestes cursos. Podemos usar como exemplo, os cursos de Fisioterapia e de Educação Física, cursos que frequentei e realizei no meu percurso acadêmico.

Alguns fatores podem influenciar na preparação das bases curriculares, para que as disciplinas das ciências sociais e humanas não tenham um peso maior. Muitos cursos da área de saúde possuem carga horária extensa, e muitas são as disciplinas obrigatórias que abordam temas específicos e técnicos da profissão, podendo limitar a inserção das disciplinas de outras áreas, que são igualmente importantes, mas não consideradas prioritárias.

Além disso, o modelo de formação profissional predominante em muitos cursos da área da saúde valoriza o conhecimento técnico, em detrimento das habilidades interpessoais, das questões culturais e diversidades, que são alguns dos focos das disciplinas das ciências sociais e humanas. Como resultado, há uma tendência a priorizar disciplinas que forneçam conhecimentos práticos e de aplicação rápida na profissão.

Outro fator que pode ser considerado, é a falta de conhecimento dos conteúdos das disciplinas das ciências humanas e sociais, por parte dos coordenadores de curso, e a importância que elas têm para a formação do futuro profissional em saúde. Estes profissionais podem não reconhecer o valor na

aplicação destas disciplinas na formação dos estudantes para a prática profissional, tendo assim dificuldades em pensar ou propor a sua integração de forma eficaz no percurso curricular. No entanto, é importante destacar que a inclusão de disciplinas das ciências sociais e humanas na base curricular dos cursos da área saúde, torna-se cada vez mais necessária e relevante.

Assim, ao analisarmos os currículos destes cursos, como o Curso em Fisioterapia, podemos verificar que há uma percentagem muito baixa de disciplinas das Ciências Humanas e Sociais. Em anexo (ver anexos 1 e 2) apresentamos uma descrição sucinta dos componentes curriculares dos planos de estudos dos cursos de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Brasil (em que é possível ficar a conhecer as disciplinas do básico comum, básico específico, básico específico de estágio, básico específico trabalho de conclusão de curso e complementar), e da Escola Superior de Saúde – ESS-do Politécnico do Porto, Portugal.

Analisando o plano curricular do curso de Fisioterapia da UEPB, com uma carga horária total de 4400 horas, em turnos matutino e vespertino e duração de 5 anos, podemos observar uma predominância de disciplinas específicas e técnicas. Em um total de 74 disciplinas oferecidas no curso, entre obrigatórias e optativas, temos 45 para as ciências da saúde, 16 para as ciências biológicas, 4 referente ao campo das ciências sociais, 4 para disciplinas interdisciplinares, 3 das ciências humanas, 1 das ciências exatas e 1 para pesquisa (ver quadro 1).

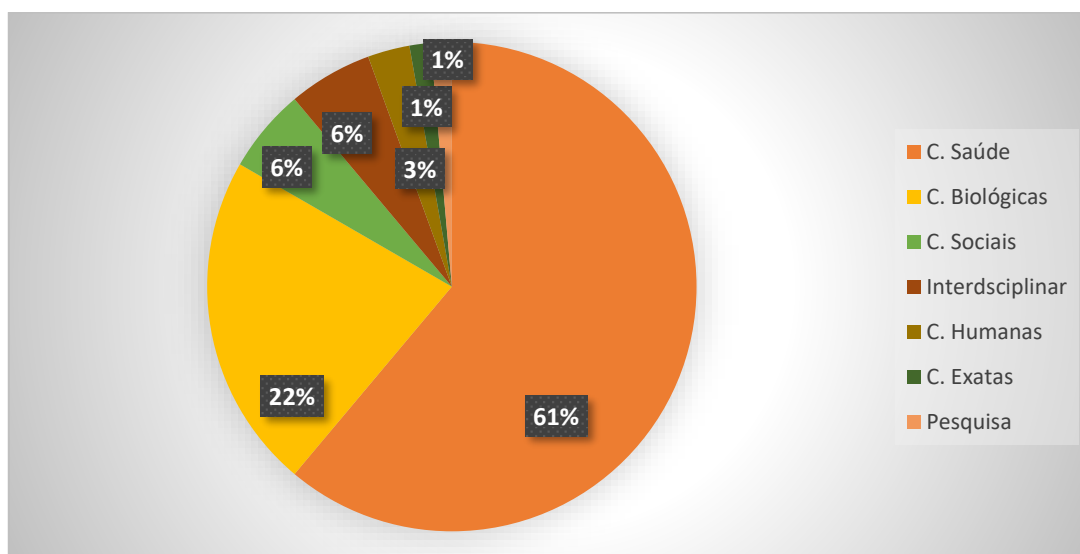


Gráfico 1 – Percentagem das disciplinas por área do Curso de Fisioterapia da UEPB.

Neste curso verificamos que apenas 5,4% das disciplinas oferecidas no curso são da área das Ciências Sociais. As disciplinas das Ciências Humanas (*) representam 4,1% embora seja de destacar que são disciplinas como Inglês, Língua Brasileira de Sinais e Empreendedorismo (ver gráfico 1).

Áreas/Currículo	Básico Comum	Básico Específico	Básico Específico Estágio	Básico Específico TCC	Complemento Electivo	TOTAIS
C. Biológicas	7	9	0	0	0	16
C. Saúde	3	32	3	0	7	45
C. Pesquisa	1	0	0	0	0	1
C. Exatas	1	0	0	0	0	1
C. Sociais	1	3	0	0	0	4
C. Humanas	0	0	0	0	3*	3
Interdisciplinar	0	1	0	2	1	4
TOTAIS	13	45	3	2	11	74

Quadro 1 – Número das disciplinas do Curso de Fisioterapia da UEPB por área científica e considerando a componente curricular.

No que se refere ao curso de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde – ESS - do Politécnico do Porto, a licenciatura tem duração de 4 anos, com disciplinas/unidades curriculares obrigatórias, optativas e estágios não obrigatórios (ver anexo 2). No plano de curso constam 17 unidades curriculares, com 240 créditos, European Credit Transfer and Accumulation System² (ECTS) na totalidade. As unidades curriculares deste curso estão associadas a áreas científicas como se apresentam de seguida (ver tabela 1).

² <https://education.ec.europa.eu/education-levels/higher-education/inclusive-and-connected-higher-education/european-credit-transfer-and-accumulation-system>

Áreas científicas	Sigla	Créditos	
		Obrigatórios	Opcionais
Fisioterapia	FT	180,0	
Ciências Funcionais	CF	16,5	
Ciências Morfológicas	CM	15,5	
Ciências Sociais e Humanas	CSH	9,0	
Física	F	6,5	
Biomatemática, Bioestatística e Bioinformática	BBB	6,0	
Terapia Ocupacional	TO	2,5	
Gestão e Administração em Saúde	GAS	1,5	
Terapia da Fala	TF	1,0	
Radiologia	RD	1,5	
<i>Subtotal</i>		240	
<i>Total</i>		240	

Tabela 1. Áreas Científicas e respetivos créditos, do Curso da Licenciatura em Fisioterapia do Politécnico do Porto³.

Fonte: <https://www.ess.ipp.pt/documentos/licenciaturas/DRLFT2022.pdf>

Dos 240 créditos do curso só 9 contemplam a área das Ciências Sociais e Humanas, com a agravante desses créditos estarem disseminados por várias unidades curriculares que não se afiguram como específicas dessa área científica (e.g. Introdução à Fisioterapia; Fisioterapia em Condições Neuro-Musculo-Esqueléticas...), mas que são também consideradas dessa área, fazendo-se subentender que poderão apresentar conteúdos programáticos que pertençam às Ciências Sociais e Humanas. De qualquer forma, esta área representa 3,7% dos créditos totais deste curso de Licenciatura em Fisioterapia.

Continuando na referência da minha formação académica, também o curso de Educação Física apresenta números bem distintos de disciplinas da área das Humanidades ou Ciências Sociais. Nesta análise consideramos os planos curriculares de dois cursos, o curso de Educação Física Bacharelado da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (ver anexo 3) com as disciplinas do básico comum, básico específico, básico específico de estágio, básico específico TCC e complementar eletivo, e o curso de Licenciatura em Ciências do Desporto (ver anexo 4).

No tocante ao curso de Educação Física - Bacharel, da UEPB, temos uma graduação com a duração de 4 anos, com sistema de aulas em turnos matutino,

³ Despacho n.º 10775/2022, de 5 de setembro, DR n.º. 171, 2ª série
(<https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2022/09/2S171A0000S00.pdf>)

vespertino e noturno. São disponibilizadas 45 disciplinas, com carga horária de 3260 horas. São 27 disciplinas na área das ciências da saúde, 6 nas ciências humanas, 5 para ciências biológicas, 2 para as disciplinas das ciências sociais, 3 para as disciplinas interdisciplinares, 1 para as ciências exatas e 1 para as ciências e pesquisa.

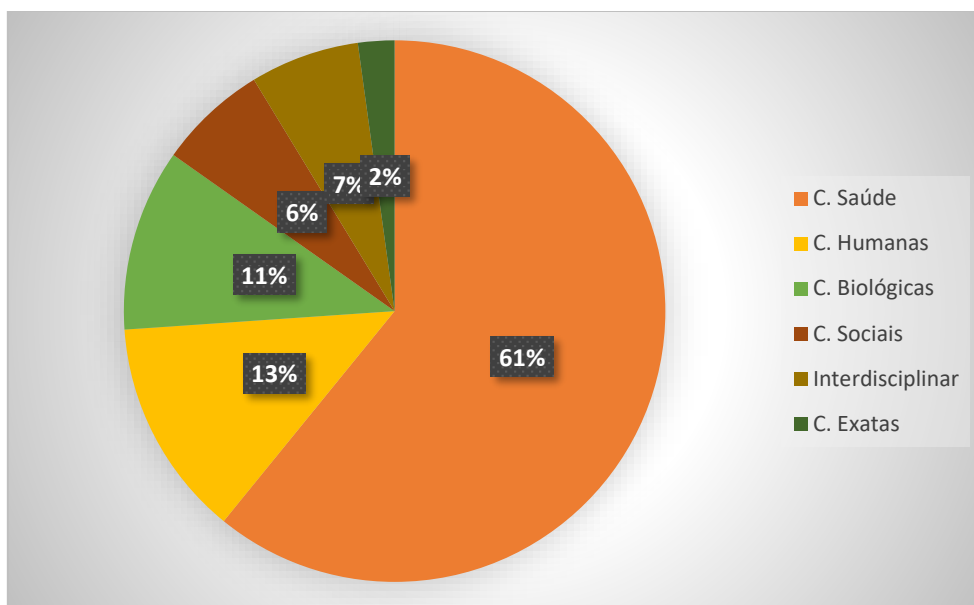


Gráfico 2 – Percentagem das disciplinas por área do Curso de Educação Física da UEPB.

Neste curso 17,8% das disciplinas são das áreas científicas das Ciências Humanas e das Ciências Sociais.

Em relação ao curso de Licenciatura em Ciências do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, é composto por 6 semestre com um total de 180 ECTS, e apresenta quatro ramos de especialização: Treino Desportivo, Desporto e População Especiais, Exercício e Saúde, e Gestão Desportiva, que é escolhido pelo aluno no quarto semestre de curso.

De acordo com o plano de estudos da FADEUP para o curso Ciências do Desporto, apresentam-se 33 unidades curriculares, sendo 4 optativas. O curso perfaz 180 créditos, encontrando-se estes créditos distribuídos pelas várias áreas científicas (ver tabela 2).

Área científica	Sigla	Créditos	
		Obrigatórios	Optativos
01. Ciências Físicas	CF	13	
02. Ciências da Saúde	CSd	10	
03. Ciências do Desporto	CD	123	
04. Ciências Naturais	CN	9	
05. Ciências Sociais	CSc	3	
06. Ciências Tecnológicas	CT	0	
07. Humanidades	H	4	
<i>Total</i>		162	18

Tabela 2. Áreas Científicas e respetivos créditos, do Curso da Licenciatura em Desporto da faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Fonte: *Diário da República*, 2.^a série — N.º 69 — 8 de Abril de 2009

De salientar que apenas 4,3% dos créditos obrigatórios do curso (de 162 créditos) são nas áreas das Ciências Sociais e Humanidades (aqui não são considerados os 18 créditos que são das unidades curriculares optativas que podem ser de áreas científicas distintas, já que poderão ser unidades curriculares do 1º ciclo oferecidas na Universidade do Porto).

Em seu trabalho intitulado “A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação”, Cesati (2012) afirma que as universidades têm um importante papel na contribuição para formação de novos perfis profissionais nos cursos de graduação, pois está implicada a construção de currículos que, dentre outros aspectos, contemplem modos de organização distintos do predominante modelo disciplinar, como a incorporação de conteúdos que extrapolem o campo das ciências biológicas, bem como estratégias de ensino-aprendizagem que permitam que os estudantes sejam considerados como sujeitos participantes. Para além desta afirmação, sua pesquisa aponta críticas e questionamentos em relação aos currículos essencialmente científico/técnicos que têm por base um conjunto de disciplinas isoladas, com poucas atividades humanísticas e que tornam os profissionais cada vez mais especializados em suas áreas restritas. São também apontados os limites na formação dos profissionais, pelo currículo disciplinar, como a presença da

desarticulação teoria-prática e os conhecimentos desarticulados entre si, além de apontarem indicativos de mudanças para a formação profissional com ênfase na integralidade e totalidade do ser humano, como a articulação da cultura científica e da cultura humanista, a articulação formação-trabalho.

Para Luz (2011), é ressaltado o período crescente, apesar de recente, de tematização e preocupação, em termos de pesquisa, da parte das ciências sociais e humanas, envolvendo a vida, a saúde e a doença em nossa sociedade, sobretudo na cultura contemporânea. É verdade que disciplinas como a demografia, a geografia humana e a história contribuíram em muito para o nascimento de outras áreas do campo da saúde, como a epidemiologia social e a medicina do trabalho, e foram úteis as narrativas de naturalistas e escritores para a clínica e a medicina social, dos séculos XVII ao XIX. Mas disciplinas como a sociologia e a antropologia, assim como a filosofia, vieram a se ocupar das questões da vida, da saúde e do adoecimento apenas no século XX, e mais especificamente após a segunda guerra mundial.

“As ciências sociais têm contribuído, nos estudos de eixos temáticos, como: sexualidade, gênero e reprodução humana; violência doméstica e social; epidemias em que comportamentos e representações sociais estão fortemente implicados, como a AIDS; doenças sexualmente transmissíveis, consumo de drogas; intervenção biotecnológica nos corpos, práticas de saúde corporais, busca das chamadas medicinas ou terapias alternativas; síndromes atuais envolvendo a corporeidade não apenas com metodologia de pesquisa (“técnicas qualitativas”). Do nosso ponto de vista, é sobretudo no olhar disciplinar dessas ciências, centrado na compreensão e na interpretação dos fenômenos socioculturais ligados à saúde e ao adoecimento, isto é, nas suas abordagens conceitual e metodológica, que reside sua maior contribuição à vida humana contemporânea” (Luz, 2011. p 26).

Deste modo, disciplinas como sociologia, antropologia e psicologia podem fornecer ferramentas importantes e cruciais na formação acadêmica dos estudantes, especialmente para desenvolver empatia e compreensão das experiências dos pacientes durante seus tratamentos. A ausência dessas

disciplinas nos cursos da área da saúde pode impactar significativamente a qualidade do atendimento humanizado. Estudantes que não são orientados a lidar com a complexidade humana, podem tornar-se profissionais menos acolhedores, afetando diretamente nos resultados dos tratamentos dos utentes. Nas análises efetuadas aos currículos dos cursos referidos, podemos observar uma predominância de disciplinas técnicas e específicas, em ambos os cursos, de Fisioterapia e de Educação Física e Desporto, o que reflete essências destas profissões que exigem profundos conhecimentos de anatomia, biomecânica e fisiologia e outras áreas relacionadas ao movimento humano. No entanto, a inclusão de disciplinas das áreas de ciências sociais e humanas é igualmente importante e essencial para complementar a formação, promovendo uma abordagem mais humanizada na prática profissional de futuros profissionais de Fisioterapia e de Educação Física.

4. O ESTUDO DE CAMPO

Esta dissertação foi desenvolvida a partir de relações e memórias citadas e criadas por mim e pelos utentes, através de uma metodologia que tão pouco eu conhecia: a autoetnografia.

A autoetnografia é uma abordagem de pesquisa e escrita que busca descrever e analisar sistematicamente a experiência pessoal para compreender a experiência cultural. Esta abordagem desafia as formas canónicas de fazer investigação e de representar os outros, e trata a investigação como um ato político, socialmente justo e socialmente consciente. Constitui um modelo teórico metodológico que se sustenta na reflexão sobre as experiências culturais de autoetnógrafos durante a investigação (Holt, 2003).

Eu, como pesquisadora da minha própria história, utilizei de minha experiência para refletir sobre minha profissão, e ao mesmo tempo perceber como e o que é cuidar do outro e de mim. “Um pesquisador usa princípios da autobiografia e da etnografia para fazer e escrever autoetnografia. Assim, como método, a autoetnografia é ao mesmo tempo processo e produto. Ou seja, é um exercício de autoanálise, na percepção da construção e reconstrução pessoal à cada experiência” (Ellis, 2011, citado por Santos, 2017 p. 05).

Richardson (2000), sugere que a autoetnografia deve ser avaliada como ciência e como arte, e propõe cinco critérios para avaliar qualquer autoetnografia: contribuição substantiva, mérito estético, reflexividade, o impacto que a narrativa causa no leitor e o quanto a narrativa expressa uma realidade. É importante notar que os critérios de Richardson se referem a todos os tipos de etnografia, incluindo a autoetnografia, pelo que é possível que alguns dos critérios propostos não sejam aplicáveis a todos os tipos de autoetnografia, que assume diversas formas e géneros.

Para Ellis (2000), uma boa narrativa autoetnográfica deve ser capaz de envolver as suas capacidades de sentir e pensar, ao mesmo tempo que gera no leitor questões relativas à experiência, à posição do autor, a forma como o leitor pode ter vivido o evento descrito, ou o que o leitor pode ter aprendido.

“O método autoetnográfico é o reconhecimento e a inclusão da experiência do sujeito pesquisador tanto na definição do que será pesquisado quanto no desenvolvimento da pesquisa (recursos como memória, autobiografia e histórias de vida, por exemplo) e os fatores relacionais que surgem no decorrer da investigação (a experiência de outros sujeitos, barreiras por existir uma maior ou menor proximidade com o tema escolhido, etc.). Dito de outra maneira, o que se destaca nesse método é a importância da narrativa pessoal e das experiências dos sujeitos e autores das pesquisas, o fato de pensar o papel político do autor em relação ao tema, a influência desse autor nas escolhas e direcionamentos investigativos e seus possíveis avanços.” (Santos, 2017 p. 206).

Os autoetnógrafos reconhecem as inúmeras maneiras por meio das quais a experiência pessoal pode influenciar no processo de investigação. Por exemplo, um pesquisador decide quem, o quê, quando, onde e como a investigação provavelmente ocorrerá (Santos, 2017 p. 06).

“Autoethnographers also recognize how what we understand and refer to as “truth” changes as the genre of writing or representing experience changes (e.g., fiction or nonfiction; memoir, history, or science”) (Ellis et al., 2011, p. 08).

A validade em um estudo de natureza autoetnográfica, significa que um trabalho procura a verosimilhança ao evocar nos leitores um sentimento de que a experiência descrita é realista, credível e possível. A história é coerente, ligando os leitores aos escritores e dando continuidade às suas vidas. O que parece importar é a forma como a história permite a quem lê entrar no mundo subjetivo de quem narra - ver o mundo do seu ponto de vista (Ellis et. al. 2011)

Uma autoetnografia pode também ser julgada em termos de ajudar os leitores a comunicar com outros diferentes de si próprios ou oferecer uma forma de melhorar as vidas dos participantes e dos leitores ou a do próprio autor (Ellis, 2004; Ellis et. al. 2011).

O investigador neste tipo de estudo fica comprometido como instrumento, objeto e sujeito da investigação, na medida em que progride sua imersão no

campo. Contudo, podemos entender que ao utilizar a autoetnografia como método de pesquisa, o pesquisador pode utilizar de suas epifanias (do ponto de vista filosófico) para uma bela composição escrita (Dantas, 2016). Como metodologia, “exige múltiplas camadas de reflexividade, uma vez que a pessoa que pesquisa e aquela que é pesquisada são a mesma” (Gama, 2020 p. 03).

A realização deste trabalho deu-se através de um estudo autoetnográfico, que envolveu minha imersão pessoal, na reflexão e análise das falas dos utentes, como também a minha prática no exercício da minha profissão como Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física, no âmbito clínico, ou seja, uma participação ativa como pesquisadora e, também, sendo objeto de pesquisa.

Inicialmente, elaborei um relato autoetnográfico a partir de minhas experiências, entretanto, o termo “autoetnografia” para mim, era desconhecido, mesmo utilizando de suas técnicas para a composição do meu desabafo profissional e pessoal. Assim, as minhas vivências diárias com os utentes em uma clínica, os quais chegavam para fazer os tratamentos com diagnósticos diversos, foi o ponto inicial para procurar entender, e também questionar a forma de tratar as suas diversas dores.

Sendo uma autoetnografia, foram utilizados diários e reflexões pessoais para compor o trabalho. Fui registrando em minha memória, parte dos diálogos das conversas informais com os utentes, entre um exercício e outro, no qual, eles descreviam sobre uma linha temporal, toda uma narrativa de vida. Eram conversas sobre família, trabalhos, sobretudo sobre a saúde e a doença.

O processo de construção das memórias dos utentes, começa por proporcionar para eles um ambiente acolhedor, tendo em vista que eles precisam de se sentirem confortáveis e confiantes para partilhar suas experiências. Decidi não utilizar recursos como gravadores, questionários ou qualquer outra forma de entrevista direta. A coleta de material deu-se de forma natural e espontânea, sem qualquer pressão ou constrangimento por ambas as partes.

A próxima etapa do processo, foi materializar estas memórias, utilizando a escrita e descrevendo cada história de forma individual, por sexo, gênero, patologia e período de tempo de tratamento, sem julgamentos, mas ao mesmo tempo tentando pelo menos me aproximar de forma mais humanizada e

acolhedora possível, para compreender e saber lidar com todas as informações.

No momento da escrita, aquelas histórias também me colocaram em uma autorreflexão, sobre minha conduta profissional, e como eu os abordava para realização dos exercícios, sabendo que o processo deve ser individualizado, e que cada utente deve ter sua experiência de acordo com suas necessidades. Neste processo, digo que é impossível não ter me colocado no lugar do outro, validando que toda esta interação me sensibilizou ainda mais, ao ponto de refletir o meu papel como profissional de saúde.

O período de coletas das informações começou um ano antes da composição do trabalho, a ideia inicial seria obter memórias de utentes para escrever um livro sobre o meu cotidiano profissional em Portugal. Entretanto, percebi que todo o material não falava apenas sobre mim, como também de histórias de pessoas, que em grande parte apenas gostariam de ser ouvidas, e não se sentirem invisíveis.

Cada utente, tem um período de permanência para o tratamento de 60 minutos, e neste tempo atendo quatro pessoas. Por não conseguir definir um tempo certo seguido para cada utente, as conversas por vezes eram interrompidas para que eu pudesse atender a todos. Por essas questões, a coleta das memórias apresentou um processo um pouco lento, contudo, apropriado para o entrelace de uma confiança, e sugestivo para os detalhes coletados.

Para fechar o processo de composição deste trabalho, utilizei como base para minha escrita, histórias de 15 utentes, 10 do género feminino e 5 do género masculino, com idade entre 45 e 97 anos de idade. Em grande parte, utentes em pós cirúrgicos de próteses de membros inferiores, tais como próteses de anca e de joelho.

Como referido, a proposta deste trabalho é apresentar uma autoetnografia, como método de pesquisa qualitativo, procurando entender a atuação dos profissionais da saúde, de forma mais humanizada, através dos seus aspetos sociológicos.

5. DO ESCUTAR AO SENTIR, UMA VIVÊNCIA E MUITAS HISTÓRIAS, UM NOVO OLHAR

A minha escrita sobre as memórias dos utentes começou em 2023, em Portugal. Trabalhava em um ginásio como Personal Trainer e em uma clínica como Fisioterapeuta. Durante um ano, tive a oportunidade de atender pacientes em diversas áreas da fisioterapia. Nesse período, escutei muitas histórias dos utentes e, ao chegar em casa, escrevia o que lembrava em um papel. Essa prática de registrar memórias tornou-se uma forma de conhecer melhor meus pacientes. Cada história compartilhada, cada experiência narrada me permitia enxergar além dos sintomas físicos e compreender melhor as pessoas por trás de suas patologias. Entre um atendimento e outro, as pessoas que eram atendidas por mim sempre confidenciavam suas histórias de vida, profissional e pessoal, sobre suas perdas, anseios, dificuldades e objetivos. Nesta rotina, eu senti necessidade de escrever e relatar sobre tudo que ouvia, com o sentimento de poder entender um pouco mais do outro.

Escrever essas memórias ao final do dia não apenas documentava sobre as patologias e os tratamentos que realizava, mas também me permitia capturar as nuances das vidas e das personalidades dos utentes. Esse processo de reflexão e registro não só enriquecia minha compreensão dos utentes como indivíduos completos, mas também me ajudava a desenvolver empatia e sensibilidade em minha prática profissional.

Além disso, escrever sobre essas experiências era uma forma de desanuiar e lidar com a carga emocional do trabalho com utentes em situações de saúde delicadas. Ao transformar essas histórias em palavras, eu não apenas externalizava minhas próprias emoções, mas também encontrava clareza e compreensão em relação às experiências vivenciadas.

Essa prática de escrever memórias não apenas me beneficiava como profissional, mas também tinha um impacto positivo nos utentes. Ao compreender melhor suas histórias e perspectivas, eu conseguia adaptar o tratamento e comunicação de forma mais eficaz, promovendo uma relação mais humanizada e forte, e uma abordagem mais centrada no utente.

Neste sentido, vou apresentar algumas memórias destes utentes, ouvidas e interpretadas pela ótica de uma profissional da saúde, com imensa vontade e

satisfação em aprender. Contudo, usarei nomes fictícios, a fim de manter a privacidade, como também, apresentar uma leitura mais dinâmica e leve.

Começarei falando brevemente sobre a forma como trabalho na profissão de fisioterapeuta, e a minha relação com os utentes. Inicialmente, logo após a minha chegada a Portugal, comecei a trabalhar no serviço privado em clínicas, ginásios e fazendo atendimentos domiciliares. Este contexto me permitia proporcionar aos utentes um atendimento mais individualizado e personalizado devido ao tempo disponível por utente, entre 45 a 60 minutos. Grande parte do setor privado aqui em Portugal não oferece contratos de trabalho com os devidos benefícios e segurança para os profissionais na área da saúde. Trabalhamos a recibos verdes que é uma forma de contratação sem hierarquia formal que, para uma imigrante como eu, não apresenta segurança e estabilidade a curto prazo.

Após um ano e meio fui trabalhar para uma clínica mista, que é privada, mas com verbas do Sistema Nacional de Saúde para atendimento de forma gratuita aos utentes. Neste formato atendo quatro pessoas por hora, o que teoricamente teria 15 minutos para cada utente. A prática na realidade é diferente, é como fazer uma tapeçaria tecida com fios de emoções e práticas que se entrelaçam diariamente em uma complexa trama do cuidado e da saúde em contextos de poucas possibilidades, a todos os níveis. É um contexto desafiador e ao mesmo tempo frustrante para o profissional e para o utente, ou seja, é um espaço funcional e ao mesmo tempo austero, que é moldado para acomodar o maior número de doentes possíveis, e como o mínimo de recursos. Gostava de materializar o sentimento que muitas vezes tenho, de alívio e ansiedade: ansiedade por não saber se poderia ser suficiente, se conseguiria ultrapassar algumas barreiras, se conseguiria dar conta, e alívio por estar ali, e saber que apesar de todas adversidades que temos na saúde pública, também existe em mim um ser humano, e que a cada dia tenta compreender o outro.

É preciso estar conectado com a narrativa pessoal do utente, e procurar perceber as nuances de suas dores, e queixas. É como uma dança a dois, onde as histórias se encontram e devemos conduzi-las com os movimentos precisos e sincronizados. Durante o atendimento tento instruir os utentes a realizar movimentos e exercícios que podem até parecer mecânicos na ótica do paciente, mas fazem todo o sentido quando eles passam a concentrar-se a cada gesto, a

cada orientação, ali começa toda uma relação e confiança. Nem sempre é como esperamos, existem desafios, e para cada utente um mundo de conhecimento, e tempo.

A maioria dos utentes vem por patologias específicas, e outros por indicação médica para exercícios físicos. Em alguns momentos, consigo juntar dois ou mais utentes no ginásio, no intuito de me manter mais presente, como também promover socialização entre eles. Nem todos, à primeira vista, estão dispostos a dividirem o seu espaço próprio e muitas vezes é necessário tempo para que eles se sintam confortáveis.

Trabalhar com a saúde pública envolve mais do que aplicar técnicas fisioterapêuticas, existe uma dimensão humana que ultrapassa o conhecimento técnico e, assim, a cada atendimento procuro estabelecer relações diferentes com os utentes, para que eles se sintam acolhidos. Cada um traz consigo narrativas únicas, compostas por dores, sentimentos, esperança e resiliência, e são nestes encontros que a minha prática se torna em momentos de empatia e escuta ativa. E são nesses momentos que as conversas fluem, e surgem as mais diversas histórias.

Para contar as histórias deles, não quis apenas utilizar as letras iniciais dos seus nomes e apelidos, e relatar como se fossem “casos clínicos”. Para cada utente, eu designei um nome no qual existe uma relação com sua origem, ou como sua forma de ser e estar no mundo, mergulhei nas características individuais de cada, e dei-lhes um nome fictício, mas que fazia todo o sentido para mim e preservava a identidade da pessoa que conheci.

Neste sentido, começarei a discorrer minhas memórias nos próximos parágrafos.

Irei começar com a história do Bóris, um homem de 56 anos, carregava consigo um histórico de doenças crônicas, incluindo hipertensão, diabetes, doença cardíaca, hepática e renal. Ele enfrentou grande dificuldade após ter sido acometido com a amputação do membro inferior direito, devido a uma infecção agravada pelo diabetes, além de necessitar de hemodiálise. Apesar dos desafios impostos pela saúde debilitada, Bóris mantinha uma vontade férrea de viver. Sua determinação o levava a não faltar às sessões de fisioterapia, sempre com o

objetivo de ganhar mais força para poder usar uma prótese e, assim, reconquistar sua independência.

Bóris foi um daqueles pacientes com quem desenvolvi uma relação não apenas profissional, mas pessoal. Por meio dos exercícios, brincadeiras, afeto e diálogo, testemunhei sua transformação gradual. Cada sessão representava um pequeno avanço em sua jornada de superação. Em nossa última conversa, discutimos o tema da "in-visibilidade", e Bóris compartilhou sua percepção de se sentir invisível aos olhos da sociedade, e muitas vezes mencionava que a maioria dos profissionais que o atendia o viam como apenas uma patologia.

Em relação ao seu tratamento, percebi uma grande mudança ao longo dos nossos encontros, e isso se deu também por ele acreditar em seu potencial. Em nossas sessões, sempre falamos sobre as próximas metas, e que aos poucos ele iria poder ver a sua evolução. Tragicamente, Bóris nos deixou em 2023, um dia após meu início de férias. Seu coração, já fragilizado pelo sofrimento físico e emocional, não resistiu mais. Sua partida foi uma perda dolorosa, pois todos podíamos vislumbrar o potencial de vida que ainda lhe restava. Sua história me fez refletir por diversas vezes da importância de enxergar além das limitações físicas e valorizar a humanidade que existe em cada indivíduo.

Vamos conhecer um pouco a Salomé, utente de 87 anos, e com um longo histórico de patologias musculoesqueléticas, possui 25 cirurgias em todo corpo, e grande parte delas com a introdução de próteses. Apesar de todas intervenções cirúrgicas, ela mantém-se bem fisicamente devido ao seu estilo de vida ativo. Contudo, atualmente nossas sessões têm exigido um pouco mais de cuidado, delicadeza e empatia. Salomé foi diagnosticada com estreitamento da medula a nível cervical, e sua próxima cirurgia é para correção e realinhamento das vertebbras, e possui grandes riscos.

A prescrição do tratamento da Salomé, baseia-se em trabalhos de alongamentos e trações cervicais, correção postural, e exercícios de força, também utilizo a eletroterapia em situações de dor aguda e massagens. Temos duas sessões por semana, as terças e quintas, e raramente falha, a não ser que tenha algum exame ou consulta médica. Ela sempre cumpre à risca toda a

orientação na prescrição do tratamento, mesmo com dificuldades de mobilidade na coluna e dores, ela faz e ainda diz: “se é para minha saúde, faço”. Existe nela uma determinação que pouco consigo ver em outras pessoas, e aproveito toda a energia positiva que ela possui na introdução e na execução dos exercícios. Nos nossos encontros estamos sempre a brincar, contar piadas, deixando aquele momento mais leve, apesar de toda singularidade de sua patologia. E mesmo quando ela chega triste por alguma razão, lá estou eu a mudar o cenário. Sinto que ela é motivada pela alegria, pelos sorrisos, e muitas vezes pela fé, a demonstração de carinho e força que lhe ofereço é substancial.

Entretanto, tem sido um grande desafio para mim como Fisioterapeuta e com as condições que meu posto de trabalho oferece, tratar uma utente que necessita de maior atenção. Como dito acima, são 4 utentes por hora e tenho que organizar todo o tempo oferecido para poder dar o meu melhor, que além destas questões, também se faz necessário manter-se-á motivada, confiante, e preparada para o pós-cirúrgico.

Vou apresentar-vos o Vasco, utente com 57 anos e com histórico de vida saudável, alimentava-se bem, fazia desporto, tudo corria bem até ser acometido em 2019 pelo COVID. Inicialmente teve os sintomas da doença, dores no corpo, febre, mas após alguns dias passou a não conseguir respirar bem, e foi levado ao hospital, no qual ficou ligado durante quatro longos meses ao respirador, ECMO. Depois do coma induzido conseguiu sobreviver, contudo, teve muitas sequelas, perdeu muita massa muscular e também já não andava, além das sequelas neuro motoras. Foram momentos difíceis para alguém que mantinha um estilo de vida saudável e que teria que mudar toda sua rotina, como também a rotina da rede de apoio que estava a dar o suporte para sua cura. Desde então, são anos intensos de trabalho entre médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta da fala, toda uma equipe multidisciplinar para que o Vasco volte a ter uma vida mais independente. Hoje, mesmo tendo dificuldade em andar, utiliza órteses (full tapes) nos calçados para ajudá-lo a manter-se de pé e andar com mais segurança, e segue com a fisioterapia 3 vezes por semana. Nosso trabalho não é fácil, além do fator físico, por não possuir tanta força muscular e não conseguir ainda fazer alguns movimentos ativamente, tem o fator da aceitação. Todo esse processo, foi muito complicado para o utente, e por diversas vezes vi

em seus olhos vontade de desistir, e não mais fazer qualquer tipo de exercício ou atividade, e tem dias que até mesmo as mobilidades passivas o incomodam. Neste momento, precisamos respirar fundo, voltar uns anos atrás e fazermos uma retrospectiva de todo o processo pelo qual ele passou e apontar as melhorias, de como obteve resultado, mas que temos mais uma etapa para ultrapassar. Nas nossas sessões, trabalhamos com exercícios de resistência muscular, alongamentos, mobilidade articular, e, na última sessão da semana, faço um trabalho de relaxamento nos membros inferiores, com massagens e drenagem linfática. No entanto, o Vasco nem sempre é muito colaborativo, e, apesar da necessidade, reclama com frequência e, às vezes, se recusa a realizar alguns exercícios. Entendo que essa rotina de consultas, exames e fisioterapia tenha desgastado tanto seu físico quanto sua mente. Em algumas ocasiões, ele diz que já não precisa mais de fisioterapia, pois perdeu a confiança na própria evolução. Sei que esses momentos de desânimo são fruto do estresse e do cansaço mental, afinal, o que ele enfrentou — e ainda enfrenta — não é fácil em nenhum aspecto.

Sempre tento explicar que a fisioterapia e os exercícios não servem apenas para promover avanços, mas também para manter as conquistas já obtidas. É fundamental ressaltar que, apesar de todo o sofrimento que ele passou, Vasco sempre verbaliza, e se orgulha, que se tornou um caso clínico relevante para a comunidade médica e civil. Ele frequentemente menciona as entrevistas que concedeu e o tempo que passou na ECMO, algo que considera uma vitória e, talvez, sua principal motivação para continuar.

Trabalhamos juntos há dois anos e gosto de dizer que somos uma dupla de quatro: dois professores e dois alunos, sempre aprendendo e ensinando um ao outro. Cada um com suas histórias e medos, mas com confiança nos mesmos objetivos. Acredito que essa vontade compartilhada de vê-lo voltar a andar sem a ajuda das órteses é o que nos motiva a seguir em frente, mesmo com tantos desafios, e dias cansativos, estamos e precisamos estar em movimento.

Falar de superação, força e vontade de viver resume bem a história da Maria, uma paciente de 61 anos com uma trajetória de vida impressionante. Durante nossas sessões de fisioterapia, ela sempre compartilha comigo um pouco de suas experiências e como conseguiu superar tantos desafios. Assim

como eu tive o privilégio de conhecê-la, quero compartilhar essa história de luta a partir das minhas memórias.

Maria não foi vacinada contra a poliomielite ao nascer e, aos 18 meses, contraiu o vírus, o que a deixou paraplégica. Naquela época, sua família vivia em uma aldeia com poucos recursos, o que tornava os cuidados com uma criança dependente ainda mais difíceis. Para complicar ainda mais a situação, sua mãe faleceu, seu pai a abandonou, e foi sua tia que cuidou dela até os 16 anos.

Ao atingir a idade adulta, Maria mudou-se para o Porto, em busca de trabalho para se sustentar e pagar suas contas básicas como aluguer, água e luz. Não demorou muito para conseguir emprego na limpeza. Trabalhou em cafés, escritórios e postos de gasolina. Apesar de suas limitações físicas, o trabalho nunca lhe faltou.

Quando estava em um momento mais estável de sua vida, recebeu o diagnóstico de câncer. Passou por quimioterapia e radioterapia, enfrentando grande debilidade física, mas venceu a doença. Logo em seguida, sofreu um AVC isquêmico, mas, felizmente, não sofreu sequelas graves. Ainda assim, permanece sempre vigilante com sua saúde.

Maria mantém uma rotina admirável: faz natação, hidroginástica, massagem, fisioterapia e frequenta a academia. Além disso, dedica-se a estudar seus direitos na segurança social. Em nossas sessões, ela sempre busca ajudar outras pessoas que precisam de apoio, orientando-as sobre como garantir seus direitos.

Ela participa de três sessões semanais de exercícios intensos para fortalecimento muscular e, muitas vezes, chega mais cedo para fazer um pouco mais. Começamos com alongamentos, depois sigo com as orientações dos exercícios. Muitas vezes, ela os realiza sozinha e ainda motiva outros pacientes com palavras de incentivo. Sua presença na clínica é inspiradora, e só o fato de estar ali provoca momentos de reflexão entre os outros pacientes. Todos repetem que Maria é um verdadeiro exemplo de vida, uma lição que todos devem levar consigo.

Vou compartilhar a história de Bernardo, um homem de 84 anos que dedicou sua vida à família. Pai de quatro filhos, avô e bisavô, ele se define como um torcedor apaixonado pelo Futebol Clube do Porto. Bernardo tem uma história de vida difícil, mas infelizmente não incomum.

Aos 40 anos, sua esposa sofreu um AVC hemorrágico, que a deixou com muitas sequelas. Naquela época, o casal estava no auge da vida familiar, com os filhos na adolescência, e tudo parecia caminhar bem. Mas após o ocorrido, Bernardo se tornou o cuidador principal de sua esposa. No início, ela fez fisioterapia, mas logo se recusou a continuar o tratamento, apesar dos esforços da família para convencê-la. A partir de então, Bernardo passou a cuidar de todas as necessidades dela: levantá-la, dar banhos, alimentar e administrar medicamentos.

Infelizmente, como acontece com muitos pacientes acamados, sua esposa desenvolveu outras patologias além das sequelas do AVC. A falta de mobilidade e a ausência de exercícios físicos contribuíram para o surgimento de obesidade, diabetes e hipertensão, entre outras condições crônicas. Com o aumento de peso dela, Bernardo, como cuidador principal, teve que lidar com as consequências físicas de mover sua esposa da cama para a cadeira, para a casa de banho e outros ambientes da casa. Isso resultou em problemas articulares graves para ele.

Atualmente, Bernardo sofre de tendinopatia nos dois ombros, capsulite adesiva e desgaste na coifa dos rotadores. Ele sente dores intensas, e, embora a fisioterapia ajude momentaneamente, o alívio não dura, já que ele precisa continuar cuidando da esposa. Nossa relação é marcada pela confiança. Bernardo frequentemente compartilha seus momentos de tristeza, dizendo que já não tem mais forças para continuar. São anos de sofrimento para ambos, mas, como o homem íntegro que é, ele nunca deixou faltar nada para sua esposa.

Como profissional de saúde, explico que suas lesões precisam de repouso para que possamos reduzir as dores, mas, dadas as circunstâncias, o desgaste físico torna difícil a evolução do tratamento. Trabalhamos juntos por cinco meses na clínica, e ele fez infiltrações de corticoides que trouxeram alívio temporário. Pouco depois de um mês, ele voltou com uma nova prescrição e

estamos novamente empenhados para que ele se sinta melhor, ou pelo menos, para que consiga algum conforto.

Apesar das dificuldades, sempre tento motivá-lo a continuar com a fisioterapia. Explico que, embora o processo seja difícil, especialmente sem o repouso ideal, o tratamento ainda é fundamental para evitar o agravamento das lesões e melhorar sua qualidade de vida. Eu o incentivo a enxergar a fisioterapia não apenas como um tratamento, mas como uma maneira de cuidar de si, algo que ele também merece. Digo-lhe que, para continuar sendo o cuidador que ele quer ser, ele precisa cuidar do próprio corpo.

Bernardo é um homem resiliente, e eu insisto que sua força e determinação são exemplos não só para sua família, mas também para mim. Juntos, trabalhamos não apenas para aliviar as dores, mas para mantê-lo ativo e forte, pois, apesar de todas as dificuldades, ele ainda tem muito a viver e, principalmente, a dar àqueles que dependem dele.

Dando continuidade às minhas memórias, quero falar sobre um paciente com uma história particularmente complicada. Seu nome é Joaquim, tem 89 anos e, infelizmente, muitos dos fisioterapeutas da clínica se recusam a atendê-lo. Joaquim é conhecido por seu temperamento agressivo, e o que torna sua situação ainda mais desafiadora é o fato de que, muitos anos atrás, ele matou sua esposa com cinco tiros. Após cumprir sua pena, passou anos na prisão e, hoje, pouco se sabe ou se fala sobre esse episódio. Com a idade avançada e os problemas de saúde que enfrentou, como mobilidade reduzida e dores articulares, ele precisa de fisioterapia.

A resistência dos meus colegas em atendê-lo vem da forma como ele interage com alguns membros da equipe. Joaquim é um homem de postura dura, ríspida e impaciente, frequentemente levantando a voz e agindo de forma brusca. Já houve episódios em que ele agrediu fisicamente dois colegas e insultou uma terceira, o que levou todos a evitar seu atendimento. A agressividade constante torna cada interação um desafio.

Eu sempre acreditei que, independentemente das circunstâncias, todos os pacientes merecem uma chance e uma abordagem profissional. Quando chegou minha vez de tratá-lo, eu era a fisioterapeuta mais recente na clínica e

estava disposta a enfrentar o desafio. Decidi não o abordar com medo ou desconfiança, mas sim com firmeza e respeito. Falei com ele de forma direta, olhando-o nos olhos, e deixei claro que, para o tratamento funcionar, precisaríamos de colaboração mútua.

No início, Joaquim testou meus limites com comentários ásperos e tentativas de intimidar. No entanto, mantive a calma e respondi com empatia e paciência. Ceder à sua agressividade não seria útil, e eu sabia que a compreensão e o respeito mútuo eram essenciais para qualquer progresso.

Com o tempo, nossa relação começou a mudar. Embora Joaquim continue a ser reservado e, por vezes, defensivo, notei uma pequena mudança em seu comportamento. O tom de sua voz suavizou um pouco, e conseguimos estabelecer uma rotina de tratamento. Ele não é o tipo de paciente que expressa gratidão facilmente, mas vejo que, de alguma forma, ele começou a reconhecer meu esforço e dedicação.

Apesar de seu passado, tento enxergar além dos erros que cometeu. Joaquim é um homem de 89 anos que enfrenta não apenas a dor física, mas também a frustração de uma autonomia perdida. Acredito que a agressividade dele muitas vezes reflete um sentimento de impotência diante da própria situação.

Minha missão é proporcionar a Joaquim alívio físico e um espaço onde ele possa, aos poucos, encontrar um pouco de paz, mesmo que seja apenas durante nossas sessões. Sei que sua postura não facilita o contato, e muitos o julgam por seu passado, mas acredito que ele também merece ser tratado com dignidade. Afinal, todos nós carregamos nossas próprias falhas e arrependimentos, e o respeito deve ser uma constante em nossa prática.

Essas são algumas histórias de muitas, todos os dias atendemos utentes diferentes, com questões individuais e próprias, utentes que muitas vezes necessitam de afeto, atenção, acolhimento. São pessoas que querem ser vistas pelo que são e não pelos seus problemas de saúde. Elas querem ser chamadas pelo nome, querem ser olhadas nos olhos, querem uma mão para apertar quando sentem dores, querem dividir suas conquistas, e querem falar dos seus problemas, elas apenas querem sentir que há alguém que se preocupa com elas.

Como Fisioterapeuta, tive grandes momentos na recuperação e reabilitação dos utentes, mas também me senti frustrada por diversas vezes ao ver que não conseguia evoluir nos tratamentos. Sentia emocionalmente desgastada, e afirmava para mim muitas vezes “a colaboração do paciente é essencial para o sucesso da reabilitação”, e pensava: “estou fazendo meu trabalho de maneira adequada, e por que ele não colabora? Afinal, estava eu a fazer o trabalho de forma adequada? Quando foi que refletir sobre a comunicação entre o utente e eu? E se houve alguma comunicação, ela foi eficiente, adequada? Foi, a partir das frustrações que passei a refletir e perceber que algo não corria bem, eu tinha “absoluta certeza” que estava sendo clara nas explicações para o objetivo do tratamento, e mesmo assim havia resistência por parte do utente. Também precisei me ver, me perceber, e me escutar. Precisei colocar um pouco de lado toda a pretensão que possuía em ter as “certezas” sobre isso ou aquilo, as “certezas” que fui adquirindo ao longo do tempo quando me aproximava da profissional especialista, mas que me afastava de o profissional ser humano que pode e deve sentir, chorar, sorrir, acolher e ser acolhida quando necessário.

Após refletir sobre estes processos “frustrantes”, vi que não escrevia as memórias negativas (no sentido da progressão do tratamento) para me proteger. Percebi que não estava aberta para entender que posso fracassar e errar, que mesmo tendo o conhecimento para tal função, nem sempre é indefetível.

6. O LUGAR DA ESCUTA QUE HUMANIZA E TRANSFORMA O CUIDADO

Trabalhar com saúde e doença não é fácil, e frequentemente, deparamo-nos com o desafio de colocar-nos no lugar do outro, o que requer um exercício diário. Esta tarefa pode ser assustadora, especialmente quando nos falta suporte emocional para lidar com a dor alheia. Sempre reflito sobre os sentimentos que permeiam minha jornada profissional, uma combinação de angústia e satisfação, que me acompanham diariamente ao chegar e sair dos meus locais de trabalho.

Hoje posso afirmar com convicção e pela experiência que possuo, que a valorização e aquisição de conhecimentos clínicos e habilidades práticas que me foram ensinados em todo meu percurso acadêmico, não me prepararam para o atendimento humanizado, nem tão pouco para enfrentar questões que exige empatia, inteligência emocional, habilidade na comunicação, diversidade e competência cultural, como o trabalho em equipe. Fui aprendendo ao longo da minha vida profissional a lidar com situações adversas, e tentar resolvê-las ou amenizá-las da melhor forma possível com o pouco conhecimento que possuía.

Em todo esse contexto, o maior desafio que enfrento é sobre a resistência ao tratamento. Quando o utente se recusa a seguir o tratamento recomendado e que é importante para sua progressão, para entender os motivos subjacentes e tentar “negociar” alternativas é necessário ter habilidades para compreensão e comunicação, que vão além de qualquer conhecimento técnico e/ou específico. É importante compreender que os motivos apresentados pelo utente podem ser ansiedade e medo, as experiências negativas com outros profissionais, ou falta de conhecimento sobre sua patologia e não entender que aquela prescrição é importante para a validação do seu tratamento.

Por meio da autoetnografia, que integra minhas experiências profissionais e memórias sobre os utentes, foi possível refletir sobre o impacto transformador de uma prática baseada na escuta ativa e no respeito à individualidade de cada paciente. As experiências descritas nas narrativas autoetnográficas desenvolvidas neste estudo, revelam de certo modo, como a humanização e o acolhimento podem impactar no processo de cura de suas patologias.

A presente dissertação, ao abordar a importância das disciplinas das ciências humanas e sociais na formação acadêmica em saúde, destaca como esses saberes são cruciais para promover a humanização e o acolhimento no cuidado aos pacientes. “A humanização vem sendo estudada na área da saúde por proporcionar um tratamento que contemple todo o paciente, incluindo o resgate ao respeito pela vida humana, considerando questões éticas, sociais, educacionais, psíquicas e emocionais. É indispensável para a formação do profissional que vise o indivíduo de forma global, tornando o atendimento menos massificado e mais humano” (Campos et. al, 2012, citado por Costa, 2020, p. 03).

As narrativas aqui compartilhadas evidenciam que o processo de cura não está limitado aos aspectos físicos, mas envolve também dimensões emocionais, sociais e culturais, que podem ser melhor compreendidas através de uma formação acadêmica que integre as ciências humanas e sociais. Ao longo deste trabalho, reforçou-se a importância de olhar o paciente em sua totalidade, considerando suas histórias de vida e perspectivas, elementos essenciais para estabelecer um cuidado verdadeiramente humanizado.

No atendimento a saúde, o acolhimento e o distanciamento podem influenciar diretamente a qualidade e cuidado prestado, por apresentarem dois polos opostos. O distanciamento pode ocorrer quando o profissional de saúde adota uma postura impessoal, centrando-se apenas nos aspectos técnicos do tratamento e negligenciando a dimensão humana do paciente. Essa atitude cria barreiras emocionais, tornando o paciente um objeto de intervenções, um "caso clínico", o que pode gerar sentimentos de solidão, medo e vulnerabilidade.

O distanciamento muitas vezes reflete uma desumanização, onde as necessidades emocionais, psicológicas e sociais do paciente são deixadas de lado, em nome da eficiência e da produtividade. A objetivação e o isolamento impõem-se e o distanciamento prevalece (Les trodes et al., 2009).

Por outro lado, o acolhimento transforma a dinâmica do cuidado ao criar um ambiente onde o utente se sente valorizado e ouvido. A prática do acolhimento envolve mais do que simplesmente realizar um atendimento técnico, trata-se de ouvir ativamente, reconhecer a subjetividade do outro e criar uma

conexão genuína. Acolher é também permitir que o paciente participe ativamente de seu processo de cura, oferecendo-lhe espaço para expressar suas angústias, dúvidas e medos. Valoriza-se igualmente as relações estabelecidas e a sua intersubjetividade (Deslandes, 2006). Esse tipo de abordagem fortalece a confiança, promove um vínculo mais humanizado entre o paciente e o profissional, e contribui para um processo de cura mais efetivo e integral.

“O acolhimento se inicia desde a porta de entrada até o fim do atendimento, levando em conta a integralidade da assistência, e é um conjunto de ações tomadas não só pelos profissionais atuantes, bem como pelos usuários. Essa estratégia visa atender as particularidades de acesso e promover o bem-estar entre a equipe e usuários, de modo a favorecer uma satisfação entre ambos” (Bastos et. al, 2022 cita Ferreira et. al, 2018, p. 04).

Contudo, o “acolher” pode oferecer resultados positivos e benéficos para o processo de humanização como também pode trazer desafios e pontos negativos para o profissional de saúde. Ao desenvolver um vínculo mais profundo com os pacientes, o profissional pode enfrentar questões que afetam tanto sua saúde mental quanto seu desempenho profissional, que pode incluir: a sobrecarga emocional, dificuldade em manter limites profissionais, impacto no discernimento clínico, frustração e impotência, e dificuldade de desapego. Durante todo esse processo de autoconhecimento profissional e de mudanças, as dores também estiveram presentes, tive que me despedir de pessoas queridas com as quais criei laços e muito afeto. “Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana. O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida” (Brasil, 2008, p 07).

A construção deste trabalho foi um processo criativo, prazeroso e enriquecedor. Ao mergulhar nas minhas próprias experiências profissionais e nas memórias dos meus utentes, senti-me não apenas como pesquisadora, mas

como alguém que reviveu momentos significativos de cuidado, acolhimento e transformação e muito aprendizado. A escrita fluiu em alguns momentos como uma jornada reflexiva, em que cada história e cada lembrança contribuíam para a tessitura de uma narrativa que é ao mesmo tempo pessoal e coletiva para compor uma intensa canção sobre viver.

Escolher a autoetnografia como método me deu liberdade para expressar minhas ideias, unindo a seriedade acadêmica com a sensibilidade humana. Recontar minhas experiências profissionais foi como reviver momentos de um filme pessoal, onde os diálogos, emoções e olhares dos pacientes ganharam vida. A partir dessas histórias, descobri novas maneiras de ver a humanização do cuidado, a escuta ativa e a importância das relações no ambiente de saúde.

Este trabalho foi construído como uma pesquisa acadêmica, e foi simultaneamente um ato de criação que nutriu o meu próprio crescimento, permitindo-me refletir sobre o valor do acolhimento e da escuta no processo de cura. Foi um processo de redescoberta de minha prática profissional e, ao mesmo tempo, de renovação do compromisso com um cuidado mais humano e compassivo. Contudo, acredito que possa ter grande relevância para a academia, em novas pesquisas sobre os temas retratados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves Silva, Camila Muhl, Maria Marce Moliani. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. *PsicolArgum.* 2015 jan./mar., 33(80), 298-309
- Ahley Gleiman*, Davin Knolton, Kevin Mokhtarian. The Art of Collaborative Autoethnography: Exploring the Evolution of a Self-Organizing, Non-Traditional Doctoral Cohort Department of Educational Leadership, Kansas State University, Manhattan, KS, USA.
- Artmann, E., & Rivera, F. J. U. (2006). Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz*, 205-31.
- Barros, N. F. D. (2014). O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1053-1063.
- Bastos, V. S., de Sousa Silva, M., da Silva Osório, M. A., Matias, M. A. A., de Santana, L. M., de Sousa, F. F., ... & Meyer, S. A. (2022). Saúde do idoso: política de humanização e acolhimento na atenção básica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(37).
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 389-394.
- Bergstein, G. (2012). *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Bynum, W. (2011). *História da medicina*. Souto Maior F, tradutora. Porto Alegre: L&PM.
- BRASIL, M.da S. Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Guia prático do cuidador. Brasília –DF, 2008
- Campos, G. W. D. S. (2005). Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 398-400.

Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 219-226.

Cláudia Batista Mélo, Leandro Nobre Fialho de Carvalho Rocha, Tiago Eduardo Lins da Costa, Flávio Murilo Lemos Gondim, Gabrieli Duarte Farias, Eduarda Gomes Onofre de Araújo, Eduarda Gomes Onofre de Araújo, Marcelo Magalhães Dias, Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge. Humanization in health graduation courses: challenges for implementing national guidelines. *Research, Society and Development*, v. 11, n.6, e42311629325, 2022

Cordeiro, Mário. *Princípios da Medicina*. Editora. Leva, 2020. ISBN 9896379165, 9789896379162.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de saúde pública*, 20(5), 1400-1410.

Costa, A. W. P. Aspectos benéficos da humanização durante o atendimento fisioterapêutico hospitalar. <https://unisales.br/wp-content/uploads/2023/06/ASPECTOS-BENEFICOS-DA-HUMANIZACAO-DURANTE-O-ATENDIMENTO.pdf>

da Silva, J. A. C. (2013). *Autonomia versus paternalismo médico: perfil bioético dos egressos do laboratório de cirurgia experimental do curso de medicina da UEPA* (Doctoral dissertation, Universidade do Porto (Portugal)).

Deslandes, S. F. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Editora Fiocruz.

Elizabeth Esperidião, Denize Bouttelet Munari, A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização e assistência. *Maringá*, v. 4, n. 2, p. 163-170, maio/ago. 2005.

Esperidião, E., & Munari, D. B. (2005). A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. *Ciênc Cuidado Saúde*, 4(2), 163-70.

Falk, M. L. R., Falk, J. W., de Oliveira, F. A., & da Motta, M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Revista de APS*, 13(1).

Gama, F. (2020). «A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla», *Anuário Antropológico* [Online], v.45 n.2 | 2020, posto online no dia 28 maio 2020, consultado o 15 junho 2024. URL: <http://journals.openedition.org/aa/5872>; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5872>.

Gilberto Bergstein. *A informação na relação médico-paciente*. Editora Saraiva Educação S.A., 2017. ISBN 850220307X, 9788502203075.

Gomes, M. P. C., Ribeiro, V. M. B., Monteiro, D. M., Leher, E. M. T., & Louzada, R. D. C. R. (2010). O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. *Ciência & Educação*, 16(01), 181-198.

Holt, N. L. (2003). Representation, legitimation, and autoethnography: An autoethnographic writing story. *International journal of qualitative methods*, 2(1), 18-28.

Juliana Cristina Casate, Adriana Katia Corrêa. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):105-11

Les Todres, Kathleen T. Galvin & Immy Holloway (2009) The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4:2, 68-77, DOI: 10.1080/17482620802646204

Luz, M. T. (2011). Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. *Saúde e Sociedade*, 20, 22-31.

Mônica Fagundes Dantas. Ancoradas no corpo, ancoradas na experiência: etnografia, autoetnografia e estudos em dança. *Urdimento*, v.2, n.27, p.168-183, dezembro 2016.

Nossa, V. (1999). Formação do corpo docente dos cursos de graduação em contabilidade no Brasil: uma análise crítica. *Caderno de Estudos*, 01-20.

Rocha, B. V., Gazim, C. C., Pasetto, C. V., & Simões, J. C. (2011). Relação médico-paciente. *Revista do médico residente*, 13(2).

Reis, A. O. A., Marazina, I. V., & Gallo, P. R. (2004). A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13, 36-43.

Richardson, L. (2000). Evaluating ethnography. *Qualitative Inquiry*, 6, 253-255

Santos, S. M. A. (2017). O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *Plural*, 24(1), 214-241.

Silva, I. D. D., & Silveira, M. D. F. D. A. (2011). A humanização ea formação do profissional em fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl 1), 1535-1546.

Silva, L. A., Muhl, C., & Moliani, M. M. (2015). Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina. *Psicologia Argumento*, 33(80).

Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11, 624-627.

ANEXOS

Anexo 1

Disciplinas do curso de Fisioterapia da UEPB

BÁSICO COMUM	ÁREA
BIOFÍSICA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BIOQUÍMICA BÁSICA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CITOLOGIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
EPIDEMIOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FARMACOLOGIA BÁSICA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
GENÉTICA HUMANA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
IMUNOLOGIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
METODOLOGIA CIENTÍFICA	CIÊNCIAS E PESQUISA
BIOESTATÍSTICA	CIÊNCIAS EXATAS
PATOLOGIA GERAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE COLETIVA	CIÊNCIAS SOCIAIS

BÁSICO ESPECÍFICO	ÁREA
ANATOMIA CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
ANATOMIA DO SISTEMA LOCOMOTOR	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
ANATOMIA UROGENITAL E COLOPROCTOLÓGICA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BIOMECÂNICA FUNCIONAL	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CARDIOLOGIA E ANGIOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
CINESIOLOGIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CINESIOTERAPIA I E II	CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO I E II	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÉTICA, BIOÉTICA E DEONTOLOGIA	CIÊNCIAS SOCIAIS
FISIOLOGIA CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
FISIOLOGIA UROGENITAL E COLOPROCTOLÓGICA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
FISIOTERAPIA AQUÁTICA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM CARDIOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM GERONTOGERIATRIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM NEONATOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM NEUROLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE

FISIOTERAPIA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM PEDIATRIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM PNEUMOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA ESPORTIVA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOTERAPIA PÉLVICA FUNCIONAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
GESTÃO EM SAÚDE	CIÊNCIAS DA SAÚDE
HISTÓRIA E FUNDAMENTOS DE FISIOTERAPIA	CIÊNCIAS SOCIAIS
INTRODUÇÃO À PRÁTICAS INTEGRATIVAS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
METODOLOGIA DA PESQUISA EM FISIOTERAPIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO CINÉTICO-FUNCIONAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
NEONATOLOGIA E PEDIATRIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
NEUROANATOMIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
NEUROFISIOLOGIA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
NEUROLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ONCOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÓRTESE E PRÓTESE	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PNEUMOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PSICOLOGIA EM FISIOTERAPIA	CIÊNCIAS SOCIAIS
RECURSOS FÍSICOS TERAPÊUTICOS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
RECURSOS TERAPÊUTICOS MANUAIS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
SEMINÁRIO TEMÁTICO INTEGRATIVO I, II, III, IV, V, VI, VII	INTERDISCIPLINAR
TRAUMATO-ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
UROCOLOPROCTOLOGIA E OBSTETRÍCIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE

BÁSICO ESPECÍFICO DE ESTÁGIO	ÁREA
PRÁTICA SUPERVISIONADA EM FISIOTERAPIA I	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÁTICA SUPERVISIONADA EM FISIOTERAPIA II	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÁTICA SUPERVISIONADA EM FISIOTERAPIA III	CIÊNCIAS DA SAÚDE

BÁSICO ESPECÍFICO TCC	ÁREA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I	INTERDISCIPLINAR
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II	INTERDISCIPLINAR

COMPLEMENTAR ELETIVO	ÁREA
BIODINÂMICA DA MOTRICIDADE HUMANA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
EMPREENDEDORISMO	CIÊNCIAS HUMANAS
ESTÁGIO SUPERVISIONADO II	INTERDISCIPLINAR
FUNDAMENTOS DE ACUPUNTURA E TERAPIAS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
IMAGENOLOGIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
INGLÊS INSTRUMENTAL	CIÊNCIAS HUMANAS
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS (I)	CIÊNCIAS HUMANAS
NUTRIÇÃO	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRIMEIROS SOCORROS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PSICOMOTRICIDADE	CIÊNCIAS DA SAÚDE
TÓPICOS EM FISIOTERAPIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo 2

Disciplinas do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto.

1º ANO	ÁREA
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEURO-MUSCULO ESQUELETICA 1	FT; CM; CF; CSH; F
INTRODUÇÃO A FISIOTERAPIA	FT; CSH; BBB; CM; CF; F; TO
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES CARDIO-RESPIRATÓRIAS 1	FT; CM; CF; RD; CSH
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEURO- MUSCULO ESQUELÉTICAS 2	FT; CM; CF; CSH; F
EDUCAÇÃO CLÍNICA 1	FT

2º ANO	ÁREA
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEURO- MUSCULO ESQUELÉTICAS 3	FT; CM; CF; CSH; F
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS 1	FT; CM; CF; CSH; TO
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS 2	FT; CM; CF; TF; TO
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS 3	FT; CM; CF; RD
EDUCAÇÃO CLÍNICA II	FT

3º ANO	ÁREA
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES CARDIO-RESPIRATÓRIAS 2	FT; CM; CF; CSH; RD
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES MÉDICO CIRÚRGICAS	FT; CM; CF; CSH; TO
EDUCAÇÃO CLÍNICA III	FT
FISIOTERAPIA NA COMUNIDADE	FT; BBB; GAS; CSH; TF

4º ANO	ÁREA
FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES NEURO- MUSCULO ESQUELÉTICAS 4	FT; CM; CF; F
EDUCAÇÃO CLÍNICA IV	FT
PROJECTO EM FISIOTERAPIA	FT; BBB; F

Anexo 3

Disciplinas do curso de Educação Física Bacharelado da UEPB

BÁSICO COMUM	ÁREA
ANATOMIA HUMANA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ANTROPOLOGIA E SOCIOLOGIA DA SAÚDE	CIÊNCIAS HUMANAS
BIOQUÍMICA BÁSICA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CINESIOLOGIA HUMANA E BIOMECÂNICA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM MOTORA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ERGONOMIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
FISIOLOGIA HUMANA	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
INTRODUÇÃO À BIOESTATÍSTICA	CIÊNCIAS EXATAS
MEDIDAS E AVALIAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
METODOLOGIA CIENTÍFICA	CIÊNCIAS E PESQUISA
NUTRIÇÃO APLICADA À ATIVIDADE FÍSICA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRIMEIROS SOCORROS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PSICOLOGIA DO ESPORTE E DO EXERCÍCIO FÍSICO	CIÊNCIAS HUMANAS

BÁSICO ESPECÍFICO	ÁREA
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ATIVIDADES AQUÁTICAS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
BRINCADEIRAS E JOGOS	CIÊNCIAS HUMANAS
DANÇA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDUCAÇÃO FÍSICA E DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ADULTOS E IDOSOS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESPORTE I E II	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESPORTES PARALÍMPICOS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
EXERCÍCIO RESISTIDO	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS E SÓCIO-HISTÓRICOS	CIÊNCIAS SOCIAIS
GINÁSTICAS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
LUTAS	CIÊNCIAS DA SAÚDE
MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA APLICADA A E. F.	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PLANEJAMENTO E GESTÃO DE EDUCAÇÃO FÍSICA	CIÊNCIAS HUMANAS
POLÍTICAS DE SAÚDE, ESPORTE E LAZER	CIÊNCIAS SOCIAIS

PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIOS E TREINAMENTO	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROCESSAMENTO DE SINAIS APLICADO À EDUCAÇÃO	CIÊNCIAS HUMANAS
RECREAÇÃO E LAZER	CIÊNCIAS DA SAÚDE
TREINAMENTO ESPORTIVO	CIÊNCIAS DA SAÚDE

BÁSICO ESPECÍFICO DE ESTÁGIO	ÁREA
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EDUCAÇÃO FÍSICA I	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EDUCAÇÃO FÍSICA II	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EDUCAÇÃO FÍSICA III	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EDUCAÇÃO FÍSICA IV	CIÊNCIAS DA SAÚDE

BÁSICO ESPECÍFICO TCC	ÁREA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I	INTERDISCIPLINAR
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II	INTERDISCIPLINAR

COMPLEMENTAR ELETIVO	ÁREA
ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO HUMANO	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ATIVIDADE FÍSICA LABORAL E NO COTIDIANO	CIÊNCIAS HUMANAS
ATIVIDADE FÍSICA NA NATUREZA	INTERDISCIPLINAR
EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA	CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESPORTE E RENDIMENTO	CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo 4

Disciplinas do curso da licenciatura em Ciências do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

1º ANO	ÁREA
BIOQUIMICA E BIOLOGIA CELULAR	CIÊNCIAS NATURAIS
HISTÓRIA DO DESPORTO	CIÊNCIA DO DESPORTO
ANATOMIA FUNCIONAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PEDAGOGIA DO DESPORTO	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS I	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS I - ATLETISMO	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS I - BASQUETEBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS I - GINÁSTICA	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS I - NATAÇÃO	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTATÍSTICA	CIÊNCIAS FÍSICAS
FISIOLOGIA GERAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	CIÊNCIAS SOCIAIS
GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DESPORTIVAS	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS II	CIÊNCIAS DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS II - ATLETISMO	CIÊNCIAS DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS II - BASQUETEBOL	CIÊNCIAS DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS II - GINÁSTICA	CIÊNCIAS DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS II - NATAÇÃO	CIÊNCIAS DO DESPORTO
OPTATIVA I	-----

2º ANO	ÁREA
DESPORTO E POPULAÇÕES ESPECIAIS	CIÊNCIA DO DESPORTO
TEORIA E METODOLOGIA DO TREINO DESPORTIVO	CIÊNCIA DO DESPORTO
DESENVOLVIMENTO MOTOR	CIÊNCIA DO DESPORTO
FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO I	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS III	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS III – ANDEBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS III – FUTEBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS III - VOLEIBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
OPTATIVA 2	
INTRODUÇÃO AO PENSAMENTO CONTEMPORÂNEO	HUMANIDADES
FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO II	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS IV	CIÊNCIAS DO DESPORTO

ESTUDOS PRÁTICOS IV – ANDEBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS IV – FUTEBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
ESTUDOS PRÁTICOS IV – VOLEIBOL	CIÊNCIA DO DESPORTO
OPTATIVA 3	

3º ANO	ÁREA
APRENDIZAGEM MOTORA	CIÊNCIA DO DESPORTO
METABOLISMO E NUTRIÇÃO	CIÊNCIAS NATURAIS
ANTROPOLOGIA DO DESPORTO	CIÊNCIA DO DESPORTO
PSICOLOGIA DO DESPORTO	CIÊNCIA DO DESPORTO
OPTATIVA 4	-----
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	CIÊNCIAS NATURAIS
SOCIOLOGIA DO DESPORTO	CIÊNCIA DO DESPORTO
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL	CIÊNCIAS DA SAÚDE
BIOMECÂNICA	CIÊNCIAS FÍSICAS