

# HUMANIZAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA

HERALDO SIMÕES FERREIRA<sup>1</sup>  
PAULO ANDRÉ GOMES UCHÔA<sup>2</sup>

Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza – Ceará – Brasil  
heraldosimoes@bol.com.br

## 1. Introdução

A Educação Física-EF, tal qual é conhecida, e temporalmente antecedendo a medicina moderna, possuía raízes voltadas ao higienismo e ao militarismo. O corpo nesta disciplina foi tratado como algo a ser adestrado, seja no esporte, na ginástica, na dança, nas lutas ou nos jogos.

Todas estas formas de pensar a EF favoreceram a dialética de saberes da área e no caso específico da EF como campo da saúde, a experiência da crise foi boa. Esta inserção na área médica trouxe novos debates para a EF, fazendo com que discussões da Saúde Coletiva passassem a permear as rodas de palestras dos profissionais da área.

Desta forma, formula-se a seguinte questão guia: quais as possíveis ligações entre a EF e a humanização do cuidado em saúde? Para responder a esta pergunta realizamos uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de promover a reflexão sobre o papel da EF no campo da Saúde Coletiva e suas possibilidades no processo de humanização e do cuidado.

## 2. Humanização em Saúde e suas relações com a Educação Física

O debate sobre humanização do cuidado em saúde não é um tema novo, nem mesmo um modismo, pois desde a década de 70 o assunto é abordado. O ponto de partida para as discussões foi o simpósio americano denominado Humanizando o Cuidado em Saúde, em São Francisco, Califórnia (DESLANDES, 2004).

A EF passa a discutir suas necessidades no campo do sistema de saúde somente na década de 90, baseada nos debates marxistas promovidos pelos campos críticos da própria EF. O processo de discussão passou a exigir a humanização na EF, assim o diálogo, respeito, escuta e sentimentos surgem como pioneiros na humanização dentro da EF.

Mas o que vem a ser Humanização? Podemos conceituar humanização como o entrelaçamento da utilização de meios, métodos, tecnologias, saberes, teorias e fazeres da área médica com o uso de instrumentos relacionais como o diálogo, a escuta e o afeto, buscando como objetivo final proporcionar a felicidade humana (AYRES, 2005).

Segundo Ayres (2005), a humanização busca horizontes normativos que tentam fugir do conceito restrito de saúde tal qual difundido pela Organização Mundial da Saúde-OMS durante a Declaração de Alma-Ata (2001), onde saúde é considerada, além da ausência de doença, um completo bem estar físico, mental e social.

---

<sup>1</sup> Aluno do Programa de Pós Graduação - Doutorado em Saúde Coletiva (UECE/UFC). Professor de Educação Física. Mestre em Educação em Saúde. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

<sup>2</sup> Aluno do Curso de Educação Física da UECE.

Ayres (2001), quando remete a idéia de projeto de felicidade, quer na verdade sugerir que os planejamentos, desenvolvimentos e avaliações em saúde fujam do tecnicismo, do automatismo e considerem as experiências vividas dos sujeitos entendidas como saúde.

A EF, como campo disciplinar, busca proporcionar o prazer ao seu aluno, paciente ou cliente, através não apenas e somente da prática da atividade física, mas também através da via de proporcionar o contato com o corpo, pois somos um corpo vivido que experimenta situações de desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo. Assim, podemos realizar uma analogia com as propostas de Ayres (2001) e afirmar que a EF pode contribuir com a proposta de felicidade do sujeito a ser atendido no sistema de saúde.

Deslandes (2004) destaca que a humanização se opõe a violência e a negação do outro, e por outro lado, busca oferecer atendimento de qualidade, unindo tecnologia e bom relacionamento. Observamos que a negação da violência e a negação do outro nas sessões de EF já são consideradas práticas corriqueiras; apesar de décadas de esportivização e assim absorção da doutrina do rendimento, da competição e da ânsia do vencer; em tempos atuais, percebemos que a EF busca a humanização através da junção em oferecer tecnologias, no caso o trabalho vivo em ato, com uma boa relação entre os participantes do processo, no caso o profissional de EF e o paciente, cliente ou aluno. Esta relação, direcionada pelo código de ética da profissão, exige respeito, cordialidade, imparcialidade, benevolência (CONFEEF, 2003).

O código citado possui como ponto de partida as Declarações Universais de Direitos Humanos e da Cultura, como também a Agenda 21, que situa a proteção do meio ambiente em termos de relação entre homens e mulheres em sociedade, leva em consideração valores como liberdade, igualdade e fraternidade. Torna-se evidente, portanto, que a Educação Física volta-se para uma ética voltada à humanização.

Retornando as idéias de Deslandes (2004), a humanização engloba o acolhimento e o vínculo. O conceito de vínculo abrange a noção de ligação afetiva entre o profissional de saúde com uma determinada população que por sua vez é situada em um espaço territorial. Acolhimento, segundo Teixeira (2003) seria uma atitude contida no cuidado. Promover um escuta atenciosa, identificar necessidades e propor intervenção, estes seriam os objetivos do acolhimento. O autor ainda cita que para tanto é necessário reconhecer o paciente como sujeito e adotar uma cultura de comunicação.

Na EF o acolhimento e o vínculo também podem ser observados. O vínculo se dá de forma prazerosa, devemos ressaltar que a prática da EF, quando bem orientada, sempre é voltada para a realização de atividades físicas que façam florescer a consciência corporal, através de movimentos expressivos e de ludicidade. A ludicidade favorece a quebra de espaços entre os sujeitos, pois através do toque, do sorriso e do movimento corporal, situações que geram vínculos afetivos são fáceis de serem adquiridas. Ao se realizar a prática corporal, a EF também se propõe a acolher, já que escuta, respeita o que ouve e então intervém tentando alcançar o objetivo proposto para a prática.

Voltemos a humanização. Deslandes (2004) sustenta que em 1975, Geiger cria um modelo para explicar como ocorre a desumanização na área da saúde, para ele os motivos são: as desigualdades sociais, que geram preferências no atendimento médico; a especialização médica, que leva o profissional a não conseguir sentir o homem como um ser integral; e, a formação médica, que dificulta a comunicação entre médico-paciente. É preciso em todas as profissões se atentar para tais situações. A EF não está excluída de promover tais atitudes, pois atender melhor quem possui mais condição financeira, tirar proveito da posição social do aluno, paciente ou cliente, possuir preferência entre os indivíduos a serem cuidados e

não considerar o ser como um todo, como já citado, promove a desumanização e como consequência, a desmoralização da profissão e do profissional.

Para Howard (1975), são práticas humanizadoras: valorizar a vida humana; cada ser humano é insubstituível; as pessoas devem ser consideradas em sua totalidade; o doente deve possuir liberdade de ação; a igualdade deve ser permeada no tratamento das diferentes pessoas; as tomadas de decisões devem ser comunicadas aos pacientes; deve haver empatia entre o cuidador e o indivíduo a ser cuidado; e, por fim, a relação entre médico-paciente deve ser pautada pela afetuosidade.

O aluno, paciente ou cliente, na atual EF, possui liberdade de ação, podendo intervir em seu próprio tratamento, sugerindo, criticando e contribuindo. A igualdade de tratamento e a clareza na tomada de decisões são atitudes impostas pelo já citado código de ética do educador físico. A empatia e a afetuosidade, infelizmente não podem ser compradas, ou aprendidas em bancos de universidade, porém já é percebido pelos profissionais de EF que ambas são essenciais em seu trabalho e, que sem elas, podem estar fora do mercado.

### **3. Cuidado em saúde e as possíveis interfaces com a Educação Física**

Segundo Ayres (2001) o termo cuidado em saúde deve ser considerado um constructo filosófico, um conjunto de saberes que busca êxitos nas práticas de saúde ultrapassando os modelos apenas mecanicistas, considerando o sujeito como um ser integral e em busca de sua felicidade.

Existem várias formas de se entender o cuidado na EF. Podemos compreender que devemos ter cuidado para que o aluno, paciente ou cliente não se machuque fisicamente, porém este é um pensamento empírico, observável. O cuidado na EF deve ultrapassar o sentido de apenas cuidar fisicamente.

Heidegger (1995) afirma que o sentido da existência humana é a atitude, a condição e a ação de cuidar. O cuidado, na visão deste autor, é considerado um elemento essencial que oferece a oportunidade de compreender a condição de ser humano. Esta condição, durante uma sessão prática da EF, oferece ao profissional ser humano, já que ao cuidar, atinge sua essência como homem.

Para Pinheiro (2008) o cuidado deve ultrapassar o que está contido na teoria, deve ser uma ação integral, com significados e sentidos com o objetivo de compreender a saúde como direito de ser humano.

Boff (1999) também defende a opção pelo cuidado. Observamos que a disciplina de EF evoluiu em suas propostas, saindo do cuidar apenas corporal e físico, passando a preocupar-se também com os aspectos psíquicos, mentais e afetivos. A simples preocupação do profissional de EF em saber como o outro está, o que sente e o que pensa, gera sentimento positivo ao próximo, personalizando assim o ato do cuidado.

Existem vários fatores que podem desencadear falhas no processo humanizatório do cuidado, entre estes fatores se encontram as tecnologias. Ayres (2005) aponta que, as tecnologias na saúde, promovem fatores positivos como a aumento da eficácia e eficiência nas intervenções médicas, porém também pode decretar pontos negativos como o encarecimento dos tratamentos, a não atenção aos aspectos psicossociais dos pacientes e a excessiva segmentação dos doentes em órgãos e funções.

As tecnologias na EF se configuram como um perigoso elemento para profissionais não atentos. Máquinas e aparelhos de musculação, bolas, colchonetes, pesos e outros apetrechos utilizados para a prática de atividades físicas não podem ser considerados o centro das sessões. Os sujeitos, profissional e indivíduo a ser cuidado, são os atores principais. Neste ato, as tecnologias não podem ser um fim em si mesmo, devem ser um meio de intervenção, porém não podem criar barreiras de relacionamento. Para a interação humana, não há necessidade de máquinas, é solicitado apenas que existam duas pessoas dispostas a se relacionarem.

Mas afinal, como se deve cuidar? Para Merhy (2004), cuidar implica na relação de trabalho vivo em ato entre o sujeito desejante e o profissional da área da saúde, isto é um encontro entre dois seres, com sentimentos, expectativas e desejos, de forma intersubjetiva, na qual se busca produzir vínculo e aceitação. Na EF o ato vivo, a realização da prática corporal, por si só retrata o pensamento do autor.

Imaginemos um atendimento de EF entre um profissional e um idoso com necessidades especiais. Ambos se encontram para a prática, o sentimento do profissional é ajudar através de seu trabalho que o idoso recupere sua autonomia para as atividades da vida diária-AVDs. O idoso deseja, através das atividades físicas, sentir-se melhor e mais disposto. Os dois iniciam um processo, dia após dia, em busca de objetivos. Ao se encontrarem várias vezes, irão se aceitar. Vão caminhar juntos, contar histórias de suas vidas, sorrir de situações engraçadas e desta forma criar laços afetivos. A empatia será necessária para o sucesso da intervenção. A responsabilidade de cuidar do outro pelo profissional de EF será exigida. O fato de dialogarem irá gerar interação. A EF neste caso irá oferecer, ao profissional e ao idoso, um vínculo afetivo. Isso é cuidado!

O cuidador não pode ter como objetivo único e verdadeiro o objeto de intervenção técnica. Tal atitude não permite a percepção das trocas promovidas pela interação com o paciente (AYRES, 2004). Porém de acordo com as idéias do autor citado, o diálogo é a condição mais básica do ato de cuidar, o fato de escutar o outro, romper o monólogo, ouvir com respeito, trocar palavras e sentir a linguagem do próximo, são atitudes positivas no ato de atenção ao indivíduo. Entretanto, alerta, é necessário avaliar qualitativamente o tipo de escuta que se oferece.

Sabemos então que dialogar é necessário ao cuidador, mas prontificar-se a escutar traz consigo algo de grande importância no processo de humanização do cuidado em saúde, a responsabilidade. Ora, o que é o diálogo com o outro, em situação de carência acima de tudo afetiva, se não cativar o próximo? Isso não representa a responsabilidade? Acreditamos que a posição de quem cuida, ao dialogar, é oferecer palavras não só de conforto, mas de alegria, de motivação e de felicidade. Através desta linguagem e usando a empatia, fatalmente o paciente é cativado e, assim, o cuidador se torna responsável. Lembremos a situação citada anteriormente do profissional de EF e o idoso, o educador físico cativa o paciente, através das conversas, das palavras de estímulo, do toque acolhedor e da forma prazerosa como executa seu trabalho, desta forma, torna-se responsável por ele.

Ayres (2005) também lembra que é necessário aos trabalhadores em saúde realizar uma auto avaliação e se questionar por que, como e quanto estão responsáveis por aqueles de cuja saúde cuidam. Ao sermos responsáveis pelo outro, estamos oferecendo o bem, em troca recebemos gratidão e respeito, neste sentido o cuidado pode ser compreendido como dádiva.

Segundo Mauss (1974), dádiva ou dom ritual era o modo como as sociedades antigas realizavam suas trocas. Trabalhavam a seguinte forma de mercado: dar, receber, contribuir. O

sentido deste processo seria compreender que ao receber algo, necessito oferecer algo. Caillé (2002) configura dívida como qualquer ação de prestação de serviço realizada sem a cobrança do retorno. É oferecer o bem, sem, entretanto, não saber se será retribuído. Desta forma, ressaltamos que o cuidado só pode ser formalizado se ocorrer através de uma ação em conjunto. É fato também que as profissões de saúde trazem em seus genes históricos a ação da doação, marcada pela benevolência e a caridade. O cuidado pode ser envolvido pela atmosfera do círculo: doação, recebimento e retribuição. O cuidado pode até, ser considerado um valor. Outra vez nos reportamos ao caso do profissional de EF e o idoso. Ao desenvolver seu trabalho, com afeto, carinho, responsabilidade, afeto e amor, o profissional de EF tenta alcançar seus objetivos e, o idoso, ao perceber que é bem acolhido, retribui na mesma proporção, reconhecendo, agradecendo e procurando oferecer também algo em troca.

De acordo com Pinheiro (2008) é possível considerar o cuidado como um valor a partir do momento em que consideramos o ato de cuidar parte do *ethos* humano.

Boff (1999) observa que o capitalismo reinante promove a falta de respeito com as condições básicas do ser humano, pois a exploração visando lucros é a grande ferramenta do sistema atual. Assim é preciso que o cuidado com o próximo seja ativado para o resgate do respeito e do sentimento por todos. Para isso é necessária a ênfase no sentimento, já que a razão está ameaçada pelo capital. Finalizamos este tópico lembrando Freire (1987:36), quando relatava que cuidado com os oprimidos deve ser realizado no ato do amor, pois "só nesta plenitude é que a solidariedade verdadeira se constitui".

#### **4. Reflexões finais**

Pensamos em não encerrar este texto, pois a EF que visualizamos é um campo do saber onde as práticas são construídas de forma dinâmica e não acabada. A humanização do cuidado na EF deve ser considerada como elemento fundamental da organização atitudinal, procedimental e conceitual da profissão.

A questão relacionada ao cuidado, proposta neste estudo por vários autores da Saúde Coletiva, deve estar presente nos debates sobre EF e saúde, pois representa uma nova teoria para esta disciplina envolvendo o cuidar do outro.

Propomos aos professores de Educação Física que reflitam sobre sua prática, que ultrapassem a tendência apenas técnica e física, que através de suas aulas possam oferecer uma aprendizagem do saber cuidar do próximo, que apliquem seus conteúdos proporcionando o saber cuidar.

#### **REFERÊNCIAS**

- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3): 549-560, 2005
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(!):63-72, 2001
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. *Interface: Comunicação, saúde, educação*, 8(14):73-91, 2004
- BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CONFED, Conselho Federal de Educação Física. *Código de Ética*. Rio de Janeiro: CONFED, 2003.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA: Conf. Intern. sobre Cuidados primários de saúde. Alma-Ata/URSS, 6-12 setembro de 1978. IN: BRASIL. Ministério da saúde. Promoção da saúde. Brasília: MS, 2001

DESLANDES, S.F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Humanização do Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas

DESLANDES, S.F. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (!):7-14, 2004

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GEIGER, H.J. The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. *Humanizing Health care*. NY: John Wiley & Sons, 1975.

HOWARD, J. Humanization and desumanization of health care: a conceptual view. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. *Humanizing Health care*. NY: John Wiley & Sons, 1975.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2008

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU, 1974

MERHY, E.E. O processo do trabalho na saúde. Notas da conferencia. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 27 abr. 2004

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num service de saúde entendido como rede de conversações. IN: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco, 2003

**Autor Principal: Heraldo Simões Ferreira**

**Endereço Completo: Rua Tibúrcio Cavalcante, 1490, AP 102, Aldeota, Fortaleza, Ceará, CEP 60125-100**

**Telefone: 85 32646013. Email: [heraldosimoes@bol.com.br](mailto:heraldosimoes@bol.com.br)**