

ANA MARIA DA SILVA BIFULCO

**ENVELHECIMENTO E FISIOTERAPIA: UM NOVO OLHAR SOBRE A RELAÇÃO
COM O PACIENTE IDOSO**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**SÃO PAULO
2006**

ANA MARIA DA SILVA BIFULCO

**ENVELHECIMENTO E FISIOTERAPIA: UM NOVO OLHAR SOBRE A RELAÇÃO
COM O PACIENTE IDOSO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação da Prof. Dra. Elisabeth Frohlich Mercadante.

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**SÃO PAULO
2006**

Ficha Catalográfica

Bifulco, Ana Maria da Silva.

Envelhecimento e Fisioterapia: um novo olhar sobre a relação com o paciente idoso / Ana Maria da Silva Bifulco. Orientadora: Elisabeth Frohlich Mercadante. – São Paulo. 2006. 85 f.

Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Gerontologia.

1. Envelhecimento 2. Velhice 3. Cultura 4. Fisioterapia

ANA MARIA DA SILVA BIFULCO

**ENVELHECIMENTO E FISIOTERAPIA: UM NOVO OLHAR SOBRE A RELAÇÃO
COM O PACIENTE IDOSO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos de fotocópias ou eletrônicos.

Assinatura _____

Local e data _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Ana Rissato da Silva (in memorian), mulher maravilhosa, incansável, dedicada e que sempre teve muito orgulho de meus estudos. Saudades.

Aos meus filhos, Evaldo Junior e Izabel, maiores amores da minha vida. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Dr^a Elisabeth Frohlich Mercadante, pelo incentivo, dedicação e principalmente por dividir comigo um pouco de seu imenso conhecimento. Obrigada Bety por compartilhar comigo, estes momentos de reflexão e aprendizado, que feitos em sua companhia transcenderam o acadêmico e me instigaram a redirecionar meu olhar para a vida.

Ao amigo e companheiro de caminhada Evaldo pela força e cuidados com as crianças nos momentos em que minhas ausências foram inevitáveis, por respeitar meu trabalho, e suportar meus momentos de grande angustia durante a elaboração desta dissertação.

Aos meus filhos Evaldo e Izabel, pela paciência nos momentos de ausência, e por serem, minha fonte inspiradora na busca incansável, de um mundo melhor, que nos proporcione uma velhice mais saudável.

A todos os professores do Programa de Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em especial minha admiração e carinho a professora Dr^a Suzana Aparecida da Rocha Medeiros pela sua trajetória profissional e exemplo de vida.

O meu carinho à Dr^a Nadia Dumara Ruiz Silveira por me orientar durante a Banca de qualificação a buscar novos caminhos para realização desta dissertação

À Dr^a Ruth Gelehrter da Costa Lopes por participar da Banca de Qualificação, e orientar novos caminhos na dissertação em que fosse possível não perder o foco de meus pensamentos e reflexões.

Minha querida amiga Gisele pelo carinho, incentivo, colaboração na revisão metodológica. Gigi, obrigada pelas “broncas” e por me instigar sempre a buscar novos caminhos, adoro você.

A minha querida amiga Regina Célia, minha profunda admiração pelo seu trabalho, que valoriza acima de tudo os seres humanos, vindos ele em forma de alunos, pacientes ou amigos, obrigada pelo incentivo e carinho.

A Manoela Alcazar Bellester, pela compreensão dos momentos difíceis, e por nos ajudar a vencer a burocracia.

A minha amiga, prof^a Maria de Fátima Passeto pelo auxílio, e por compreender meus momentos de atribulações.

Ao querido amigo, Dr^o Reginaldo Antolin Bonatti Coordenador do Curso de Fisioterapia do UNIFIEO, pelo apoio e por permitir a realização deste trabalho na Universidade.

A querida Evelyn Parolina pelo help na língua estrangeira.

À minha grande amiga Regina Barbosa pelo apoio e carinho nos momentos difíceis.

Aos estagiários de Fisioterapia meus queridos alunos, por aceitarem participar desta pesquisa.

Minha gratidão as minhas irmãs por respeitarem meu trabalho e pela confiança que sempre depositaram em mim,

A todos, amigos e colaboradores que de alguma forma me ajudaram durante a realização desta dissertação.

Um brinde

Um brinde aos que escolheram renovar-se,
porque venceram os temores herdados
e as ilusões mercadejadas.

Um brinde aos que ainda hesitam,
porque o seu ceticismo é legítimo,
ainda que recheado de ontem;
e a qualquer momento podem tomar a estrada,
se o amanhã lhes tocar o desejo.

Um brinde aos que transitaram para o desafio
e não estacionaram na preocupação,
nem no olhar recebido, nem na obediência,
nem no mais sensato Assim-É.

Um brinde aos que maximizaram o objetivo,
porque não se contentaram com as vitrinas,
nem com a modéstia que não ofende,
nem com a guerra no espelho.

Um brinde aos que ordenham o olhar
na prospecção dos fatos,
porque fazem nova gemada
com os ovos (da galinha) de Colombo;
e aos aromistas do diagnóstico,
porque são estes que sintetizam o cristal
e o reinvento.

Um brinde aos que abrem as portas
à ingenuidade, à surpresa e à insubmissão,
porque germinam novas sementes
perante as verdades embalsamadas.

Um brinde aos avaliadores
que não desperdiçam as nozes de Nietzsche
nem atendem às vozes dos conselheiros,
porque concedem saber
à novidade da criança
e acrescentam oportunidade ao espanto.

Um brinde aos que não se consolam na fórmula,
mas cuidam da nova criança,
porque assim dão músculos ao pensar
e tornam confiante o descobridor.

Um brinde às caminhadas,

porque, além dos achados,
reativaram os músculos
e mostraram que vale mover-se.

Um brinde aos que chegaram
e aos que nunca fugiram,
aos que aprenderam
e aos que não ancoraram
na bahia-limbo do conforto.

Um brinde aos que esqueceram as lições
e as ladainhas,
porque agora estão livres
para produzir surpresas no pensar
e riquezas no agir.

Um brinde aos que semeiam,
ainda quando perdem a semente;
aos da meia noite
e aos da nova manhã,
porque para todos há música
e vinho do Reno com gosto de pitomba.

Por maior que seja a pressa,
preveja no mapa o lugar da sombra
para comemorar não apenas o que foi,
mas principalmente o desejo consistente;
e neste quiosque da festa íntima
dimensiona a nova estrada dos dias,
escute a música dos desafios
e acrescente o seu próprio brinde
ao ainda não pensado.

(José Leão de Carvalho)

RESUMO

Esta dissertação de Mestrado analisa a Relação Fisioterapeuta-Paciente idoso a partir da concepção sobre envelhecimento de um grupo de alunos estagiários de Fisioterapia na fase final de conclusão do curso. O trabalho procura situar as diversas dimensões que envolvem o processo de envelhecimento e a velhice na atualidade, bem como refletir sobre a percepção dos alunos em relação a estes temas. Buscamos ainda analisar as relações que se estabelecem entre o idoso e o Fisioterapeuta na formação do vínculo terapêutico, tendo sempre com pano de fundo a cultura, e situar a participação do profissional nesta relação como sujeito ativo na busca de condutas mais assertivas para este grupo de pacientes. Para realização desta pesquisa de natureza qualitativa, utilizamos cinco entrevistas de alunos de ambos os sexos, com idades variando entre 23 e 30 anos, oriundos do curso de Fisioterapia de um Centro Universitário em Osasco que estão em fase final do curso. Analisamos e interpretamos as falas dos alunos tendo como referencial teórico, autores radicados na Antropologia como Geertz, Mercadante, Beauvoir dentre outros procurando relacionar a cultura de negação da velhice que traz consigo a visão de envelhecimento puramente biológico alimentando estigma negativo que na maioria das vezes liga velhice a doenças. Verifica-se que o caráter depreciativo que os alunos associam a velhice lhes traz uma visão distorcida do envelhecer, dificultando a relação com o idoso, e conseqüentemente dificultando a adesão do paciente ao tratamento fisioterápico bem como seus resultados, sendo necessária uma mudança na maneira de pensar o envelhecimento por parte da sociedade ampliando este conceito para além do biológico, criando um modelo de construção do envelhecimento que proporcione uma concepção mais positiva para algo real que é a velhice.

Palavras-chave: Envelhecimento. Velhice. Cultura. Fisioterapia.

ABSTRACT

This Master dissertation analyses the aged patient-physiotherapist relationship through the ageing conception of the physiotherapy students group in the final phase of the conclusion of the course. This study has tried to verify many dimensions about the ageing process and the elderly nowadays, as well as it has reflected the perception of the students about this subjects. We still have searched to analyse the relation established between elderly and physiotherapist in the therapeutic link formation, always considering the culture, and verify the participation of the professional in this relation as active individual to search correct conducts for this group of patients. For accomplishment of this research of qualitative nature, we have used five interviews of the students, both sex and age varying between 23 and 30 years old. The students have come from physiotherapy course of the a University Center in Osasco, and they are in the final phase of the course. We have analyzed and interpreted the student speak, always with theoretical references of the some consolidates Anthropology authors, such as Geertz, Mercadante, Beauvoir and others. We have associated the denied culture of the elderly, it has brought the elderly just as something biological, feeding the negative stigma that has linked elderly and disease. It has been verified that contemptuous character that the students have associated to elderly, it has brought a distorted vision of the aging, it has made difficult the relationship with the aged and consequently it has become difficult the adhesion of the patient to physiotherapeutic treatment as well as results, it has been necessary to change the thought way of the society about ageing, extending this concept much more than something biological, creating a construction model of the ageing that can provide a conception more positive to something real such as elderly.

Key Words: Aging. Oldness. Culture. Physiotherapy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
PALAVRAS INICIAIS.....	14
TRAJETÓRIA DE VIDA.....	16
CAPÍTULO 1: ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUAS DIMENSÕES.....	23
1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	24
1.2 VELHICE E SUAS DIMENSÕES.....	27
CAPÍTULO 2: FISIOTERAPIA NO BRASIL E MUDANÇAS DE PARADIGMA....	31
2.1 SURGIMENTO DE FISIOTERAPIA NO BRASIL.....	32
2.2 NOVAS PERSPECTIVAS PARA A FISIOTERAPIA.....	34
CAPÍTULO 3: TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	37
3.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	38
3.2 O MÉTODO QUALITATIVO.....	41
3.3 OBJETIVOS.....	43
3.4 CASUÍSTICA.....	44
3.5 PROCEDIMENTOS.....	45
CAPÍTULO 4: ENVELHECIMENTO, VELHICE, NOVAS POSSIBILIDADES.....	52
4.1 FRONTEIRAS DA VIDA - Espaço e Temporalidade.....	53
4.2 O AVESSO DOS PONTEIROS - A construção da velhice.....	55
PALAVRAS FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	73

Sempre chega a hora da solidão
Sempre chega a hora de arrumar o armário
Sempre chega a hora do poeta a plêiade
Sempre chega a hora em que o camelo tem sede...

Ana Carolina

INTRODUÇÃO

PALAVRAS INICIAIS

A elaboração da presente pesquisa é fruto de inúmeras inquietações que me acompanham na vida profissional como Fisioterapeuta e professora universitária na área de Fisioterapia Aplicada à Neurologia, acerca do envelhecimento, e das relações nem sempre bem sucedidas entre Fisioterapeutas e pacientes idosos que por vezes determinam o insucesso do tratamento.

Poderia atribuir estes questionamentos somente à minha experiência profissional com pacientes idosos, mas, acredito que minha própria história de vida tenha sido um fator desencadeador de posicionamentos mais ostensivos frente ao assunto, na tentativa de um reencontro, através da Gerontologia, com o universo das pessoas desta faixa etária e de modo geral dos adultos, que durante toda a minha infância, permaneceram como uma esfera de autoridades, de seres "sagrados", com a qual meu pequeno mundo infantil não podia se comunicar.

Pesquisas sobre as relações Fisioterapeuta pacientes, independentes da idade do paciente, são escassas na literatura, provavelmente por ser a Fisioterapia uma área do conhecimento que teve reconhecimento e crescimento somente no século passado, e mais especificamente em relação ao paciente idoso, por histórica e socialmente os estudos científicos, até recentemente, terem ênfase na infância e juventude, pois segundo afirma Santos (2005), as etapas da vida adulta e da velhice de certa forma sempre foram desconsideradas em prol do interesse pelo processo de desenvolvimento sustentado na produção.

Desta forma, buscamos no decorrer desta pesquisa, aproximar a atenção fisioterapêutica prestada ao idoso à Gerontologia, que significa o estudo científico do processo de envelhecimento e inclui não só a Fisiologia do envelhecimento, mas também uma visão mais ampla do ser humano incluindo também aspectos sociológicos, psicológicos, educacionais entre outros, que a nosso ver nos

remeteriam a uma relação mais satisfatória entre o Fisioterapeuta e paciente idoso direcionada a condutas mais assertivas e eficientes.

Considerando-se ainda que o número absoluto de idosos tem aumentado significativamente nas últimas décadas bem como a expectativa de vida, e que esta transição demográfica tem sido acompanhada de uma transição epidemiológica caracterizada, em linhas gerais, por incremento da morbidade associada a doenças crônico-degenerativas, potencialmente incapacitantes, e ainda que o envelhecimento produz uma série de alterações estruturais, funcionais e sociais, o papel do Fisioterapeuta enquanto profissional da área da saúde voltado ao atendimento desta população tem sido uma realidade atual, e a relação terapeuta – paciente envolvendo idosos torna-se foco de nossa atenção e estudo.

TRAJETÓRIA DE VIDA

Início esta dissertação vinculando minha própria história de vida com a escolha do tema em questão, pois, acredito na forte vinculação do pesquisador com seu objeto de pesquisa, como afirma Severino (2002, p. 146)

[...] o caráter pessoal do trabalho do pesquisador tem dimensão social, o que lhe confere o seu sentido político“. Esta exigência de uma significação política englobante implica que, antes de buscar-se um objeto de pesquisa, o pós-graduando pesquisador já deve ter pensado no mundo, indagando-se criticamente a respeito de sua situação, bem como da situação de seu projeto e de seu trabalho, nas tramas políticas da realidade social.

Nasci no início da década de 1960, em São Caetano do Sul (SP). Minha família é numerosa: éramos onze irmãos, dos quais, um se foi, já na infância. Entre os dez que ficaram o sexo feminino predominou, com nove mulheres para apenas um homem. Meus avós eram descendentes de imigrantes italianos; trabalharam na roça, em fazendas de café, como assalariados.

A convivência com os adultos foi marcada pela proximidade espacial, pois morávamos todos, avós, meus pais e tios, no mesmo quintal, e pela distância afetiva, pois, conversas, brincadeiras, demonstrações de carinho, comuns nos dias de hoje entre pais, avós, tios, filhos, netos e sobrinhos, estavam ausentes daquela relação. Adianto que nem posso dizer se sentia ou não falta disso, porque desconhecia outro tipo de convívio. Era assim; não imaginava que pudesse ser de outro jeito.

Meu avô paterno sempre foi um homem muito sistemático, rígido, de poucas palavras e raríssimas demonstrações de carinho, de minha avó paterna, Francisca, minhas recordações são mínimas. Lembro somente de sua saída de casa nos braços de meu tio para ser levada ao hospital. Soube mais tarde que havia tido um infarto do miocárdio. Permaneceu internada, talvez uma semana, até falecer.

De minha avó materna, Luísa, tenho mais lembranças. A *nona*, mulher de comportamento irrequieto visitava-nos sempre, trazendo grandes preocupações para minha mãe, que constantemente precisava providenciar suas idas e vindas à nossa casa e à casa de tios meus que residiam em cidades do interior de São Paulo. Luísa fumava cachimbo, consumia considerável quantidade de balas de goma e apreciava uma boa pinga, perambulava pelas ruas com vestidos sempre coloridos. Com a *nona*, tive maior convívio, porém, tão despido de afetividade como aquele que tive com os outros adultos de sua geração. As relações com esta avó limitavam-se praticamente ao desempenho de tarefas relacionadas a seus hábitos de consumo, o que nos levava a freqüentes visitas ao comércio local, como o bar do Sr. Walter.

Enfim, adultos e crianças conviviam nos mesmos espaços, porém separados, afetivamente, por uma invisível, mas, espessa e indevassável parede. Os dois mundos comunicavam-se verticalmente, por meio de ordens e correspondente cumprimento de tarefas.

Apesar da distância afetiva que se interpunha entre nós e os adultos, acredito que tive uma infância feliz: cresci brincando no quintal de meu avô e mais tarde no de Chico Bravo, *bravo* de nome e de humor. O velho, dono das casas de aluguel onde morávamos era um verdadeiro patriarca, que comandava sua numerosa família com mãos de ferro. Nós, crianças, morríamos de medo só de ouvir falar em seu nome; os adultos demonstravam-lhe um respeito que beirava a idolatria. Comíamos rosquinhas de pinga que Mamãe e Tia Nita faziam e a lembrança desta cena faz-me considerar que, pelo menos no que diz respeito à nutrição, das mulheres da família partiam gestos que, para nós, crianças, assemelhavam-se muito com carinho. Por outro lado, o fato de essa recordação ter tanto destaque mostra como foram escassos naquele período os gestos de conotação afetiva.

Freqüentei escolas de teimosia, pois, não recebia nenhum incentivo por parte de meus pais. Éramos uma família numerosa; o mais importante era trabalhar, para ajudar em casa. Meu pai havia estudado até o antigo quarto ano primário. Minha mãe não tinha freqüentado escola. Conseguia ler; escrever, muito pouco. Com onze anos, além de estudar, comecei a trabalhar em uma padaria, como balconista. Acordava às 4 horas da manhã, para começar o serviço às 5 horas. Saía às 14

horas. Aos 14 anos, fui admitida em uma indústria cerâmica, com registro em carteira. Por essa empresa, a conhecida Cerâmica São Caetano, passaram oito dos meus irmãos e meu pai, que ali ficou até aposentar-se, depois de trinta anos de trabalho. Éramos, todos, operários.

Depois que me tornei adulta, já casada, fui-me aproximando mais de minha mãe, que se tornou bastante companheira, dando-me apoio em diversos aspectos de minha vida. Isso foi muito bom, pois, passei a vivenciar um relacionamento afetivo que havia faltado na infância. Contudo, não posso deixar de compreender o fato como evidência do padrão de relações familiares que vivi na meninice: minha mãe só se permitiu iniciar um relacionamento afetivo comigo estando eu na idade adulta.

Em 1982, quando estava com 20 anos de idade, sofri um grave acidente de automóvel, juntamente com meu namorado (com quem mais tarde me casei). Esse acidente mudou minha vida. Tive muitos ferimentos na face e principalmente nos olhos. Sofri uma lesão bilateral de córnea, que me acarretou sérias e irreversíveis complicações na visão. Com os contratempos decorrentes das necessidades de tratamento, fiquei sem trabalhar nem estudar de 1982 até 1985, ano em que retomei o curso colegial.

Foi perto de 1985 que ouvi falar de Fisioterapia pela primeira vez. Foi durante um jogo de basquetebol feminino em São Caetano. No meio da partida, presenciei o atendimento a uma das jogadoras. Minha amiga Ângela, que fazia parte de um dos times em campo, ao notar meu interesse, perguntou: “Por que você não vai ser Fisioterapeuta também?” Eu nem fazia idéia de que aquilo tinha o nome de Fisioterapia.

Três anos depois, em 1988, ingressei na universidade (na atual UNICID, então FZL – Faculdades da Zona Leste), dando início à graduação em Fisioterapia. Meu primeiro estágio curricular foi na área de Ortopedia. Nesse período, atendi somente pacientes adultos e na sua maioria idosos. Uma paciente, em especial, me cativou e marcou minha vida profissional e pessoal. Maria Rosa Tofoli, senhora de uns 78

anos na época, foi quem de fato me fez voltar meu olhar para as pessoas de maior idade.

Depois de uma queda na escada de sua casa, Maria Rosa havia ficado com dificuldade para mover o braço direito, por conta de uma lesão nervosa. A relação com esta senhora foi intensa e durou mais de dois anos. Ela foi minha primeira paciente, na clínica da faculdade. Foi também minha primeira paciente particular, já que passei a fazer-lhe regularmente visitas em domicílio. Após o tratamento em sua residência, saíamos para dar uma volta pelos arredores, o que raramente ela podia fazer anteriormente. Devido a uma séria deficiência visual, tinha dificuldade para caminhar e suas filhas não tinham tempo para acompanhá-la. Tornei-me então sua confidente; ouvia suas histórias do passado, suas dificuldades presentes etc.

Contava do passado com seu marido, de suas saídas com ele para bater papo e tomar uma cervejinha e falava de muitas outras coisas; assim, tive oportunidade de conhecer muito de seu universo pessoal.

Pensando retrospectivamente, devo reconhecer que essa convivência representou um elo importante com a posterior opção pela Gerontologia, pois, me fez refletir sobre as dificuldades dos idosos, não somente no aspecto físico, mas, nas suas relações com a família e o mundo. Fui aprendendo a tratar o ser humano considerando sua totalidade: não apenas suas deficiências, mas, também suas experiências e sua cultura. A técnica passou a integrar-se a uma visão maior, que procurava abranger o indivíduo como ser completo, inteiro, e o atendimento pressupunha não somente conhecimento, mas uma conjugação destes com o coração.

Concluída a graduação, em 1991, engravidei de meu primeiro filho, Evaldo Júnior, o Zuco, muito esperado e querido. Cerca de dois anos mais tarde, em 1993, comecei a exercer a profissão de Fisioterapeuta e iniciei a pós-graduação em Neurologia (especialização em Fisioterapia Neurológica, na UNICID). Em 1995, comecei a lecionar. No ano seguinte, nasceu minha filha Izabel, a muito amada e carinhosa, Bel. Ela, assim como o Zuco, tem sido meus grandes companheiros neste caminho de vida. A reflexão acerca de minha experiência na infância, que expus acima, tem-

me proporcionado fazer o mesmo a propósito de meu convívio com meus próprios filhos (o menino tem catorze anos; a menina, dez).

Dentro da área de Fisioterapia Neurológica, voltei-me para o atendimento a pacientes adultos com seqüelas de doenças neurológicas. O trabalho com idosos permaneceu predominante: a maior parte daqueles pacientes encontra-se na chamada Terceira Idade. De 1995 até 2002, lecionei nas Faculdades Integradas de Guarulhos. A partir de 2002, ingressei como professora no UNIFIEO (Centro Universitário FIEO), onde atualmente coordeno um curso dirigido à Terceira Idade, denominado Faculdade da Maior Idade, professora do curso de Fisioterapia e faço preceptoria de estágios do curso de Fisioterapia na área de Disfunções Neurológicas dentro da Clínica Escola do Centro Universitário.

Refazer este caminho, por meio de minha atividade profissional e dos estudos acadêmicos, me faz alcançar uma crescente compreensão do envelhecimento e dos aspectos que envolvem as relações entre Fisioterapeuta e paciente idoso, pois, assim como eu tive estas experiências, imagino que todos as experimentam, em especial os alunos em questão (foco) neste trabalho.

Quanto à estrutura deste estudo, no capítulo primeiro abordamos o envelhecimento, a velhice englobando os diferentes aspectos e dimensões que permeiam o assunto.

No segundo capítulo contextualizamos a Fisioterapia, detalhando os aspectos históricos que envolvem a profissão e demonstram a mudança de visão do ser humano, passando de um foco puramente reabilitador, para outros aspectos de atenção global como o preventivo e curativo.

No terceiro capítulo, detalhamos a trajetória metodológica, justificando a opção pela pesquisa qualitativa.

No quarto capítulo situamos o pesquisador frente a seus questionamentos e momento de vida apresentamos as entrevistas e o diálogo com os autores teóricos, buscando o entendimento destas.

E por fim nas considerações finais, buscamos apontar possíveis sugestões que possibilitem ampliar as questões relacionadas ao tema.

VELHOS e JOVENS

*Antes de mim vieram os velhos
Os jovens vieram depois de mim
E estamos todos aqui
No meio do caminho dessa vida
Vinda antes de nós
E estamos todos a sós
No meio do caminho dessa vida
E estamos todos no meio
Quem chegou e quem faz tempo que veio
Ninguém no início ou no fim
Antes de mim
Vieram os velhos
Os jovens vieram depois de mim
E estamos todos aí*

(Arnaldo Antunes/Péricles Cavalcante)

CAPITULO 1
ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUAS DIMENSÕES

1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O fenômeno do envelhecimento tem sido objeto de estudos em todo o mundo, nas últimas décadas, e a abordagem multidisciplinar demonstra a preocupação dos diversos setores da sociedade, em relação ao segmento mais idoso.

Segundo Camarano (2004), o crescimento da esperança de vida tem-se multiplicado em quase todo o mundo, superando a maioria das projeções feitas até agora.

Um dos resultados é o crescimento da população muito idosa, inclusive dos centenários. Além disso, transformações profundas nas esferas econômica, social e política, nos sistemas de valores, de arranjos familiares estão em curso em quase todos os países do mundo.

De acordo com Berzins (2003), nos estudos realizados pela Divisão de população da ONU, foram preceituadas quatro considerações básicas sobre a transição demográfica mundial com o objetivo de subsidiar os países para debates e promoção de ações contemplativas às necessidades dos idosos. São elas:

- O envelhecimento da população mundial ocorre sem precedentes na história;
- O envelhecimento populacional é um fenômeno geral e afeta a todos – homens, mulheres e crianças. A solidariedade e a intergeracionalidade devem ser a base das ações da sociedade civil e dos estados;
- O envelhecimento é importante e tem conseqüências em todos os setores da vida humana, como econômico, saúde, previdência, lazer, cultura;
- O envelhecimento populacional está se processando de forma gradual, contínuo, irreversível e transcorrerá, acentuadamente, no século XXI.

Ainda segundo a mesma autora, estima-se que a população mundial de idosos seja de 629 milhões de pessoas, números que vêm apresentando um crescimento anual

de 2%, sendo este ritmo considerado alto em relação ao resto da população em geral, e três vezes mais do que o registrado há 50 anos. Conferir a tabela 1 abaixo:

Tabela 1- Número Absoluto de idosos por países, com população superior a 100 milhões em 2002:

2002		2025	
China	134.2	China	287.5
Índia	81.0	Índia	168.5
Estados Unidos	46.9	Estados Unidos	86.1
Japão	31.0	Japão	43.5
Rússia	26.2	Indonésia	35.0
Indonésia	17.1	Brasil	33.4
Brasil	14.5	Rússia	32.7
Paquistão	8.6	Paquistão	18.3
México	7.3	Bangladesh	17.7
Bangladesh	7.2	México	17.6
Nigéria	5.7	Nigéria	11.4

Fonte: Nações Unidas, 2002.

Desta maneira, ao observamos a tabela 1 podemos concluir que o Brasil vem apresentando um dos mais rápidos envelhecimentos demográficos, se comparados a outros países do mundo e, principalmente, em relação aos demais países da América Latina.

Ao observar as taxas Geométricas de Crescimento Anuais e a Distribuição Etária Brasileira da Fundação IBGE, encontramos os seguintes dados: no ano de 1981, a taxa média de crescimento anual foi de 2,24% e a distribuição etária acima de 60 anos, de 6,11%; já em 1990, temos que a taxa média de crescimento anual foi de 1,64%, e a distribuição etária acima de 60 anos, 6,58%; as projeções para o ano de 2025 são de uma taxa média de crescimento anual de 0,64% e a distribuição etária acima de 60 anos, de 14,46%, representando, portanto, que a população idosa

deverá ser, aproximadamente, de 33,4 milhões de brasileiros acima de 60 anos (IBGE, 2002).

Estas projeções se confirmam ao observarmos a tabela 2 que mostra a distribuição, por sexo, da população idosa por grupo etário, segundo os dados fornecidos pelo último Censo realizado no Brasil.

Tabela 2- Distribuição por sexo da população idosa por grupo etário.

Sexo	População Residente	População de 60 anos ou mais	População de 80 anos ou mais	Centenários
Homens	83.576.015 49,3%	6.533.784 45%	731.350 40%	10.423 42,5%
Mulheres	86.223.155 50,7%	8.002.245 55%	1.100.755 60%	14.153 57,5%
Total	169.799.170	14.536.029	1832.105	24.576

Fonte IBGE - Censo Demográfico 2000.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a idade cronológica de um idoso, em um país desenvolvido, é determinada pelo limite de 65 anos e para os países subdesenvolvidos, de 60 anos. Entretanto, a velhice não pode ser definida simplesmente pela cronologia, mas devem ser observados os aspectos físicos, funcionais, psicológicos e sociais das pessoas idosas, pois o envelhecimento é um fenômeno que varia bastante de indivíduo para indivíduo.

Como afirma Monteiro (2003, p.60), “A idade cronológica, assim como o tempo, é uma abstração e, portanto, cada um pode apresentar formas diferenciadas de acreditar no seu próprio tempo”. Podemos citar, ainda, Gomes (2005, pp. 12,13) que realça que os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física somente.

1.2 VELHICE E SUAS DIMENSÕES

Considerando a biologia, o envelhecimento é um processo progressivo e natural, de alterações experimentadas por um organismo vivo desde o nascimento até a morte. Logo, as mudanças biológicas não devem ser encaradas simplesmente como doença. O envelhecimento em termos mais atuais, no contexto biológico ou de senescência, é definido por Néri (2001, p. 3) como sendo:

[...] processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes partes e funções do organismo.

Cronologicamente, o processo de envelhecimento acontece estrutural e funcionalmente e, embora possa variar de indivíduo a indivíduo, é encontrado em todas as pessoas que passam a se designar idosas e são próprias do envelhecimento normal. A variação do ritmo da queda das funções orgânicas fundamentais ao ser humano, não só torna variáveis as formas morfológicas, mas difere de idoso para idoso, produzindo, então, o que chamamos de envelhecimento (PAPALÉO, 1996).

Com o avançar dos anos, deparamo-nos com uma série de perdas significativas que podem nos levar à incapacidade e ao comprometimento da autonomia, motivados pelo surgimento das doenças crônicas degenerativas, deteriorando a saúde. Podemos mencionar também outras perdas, especialmente importantes, que podem resultar em comprometimento da saúde, como as perdas de amigos, de familiares, de poder aquisitivo, de status social e de produtividade.

Mercadante (1997) ressalta que a velhice biológica nunca é um fato total. Os indivíduos não se sentem velhos em todas as situações e nem se definem como velhos em todos os contextos, e cita Simone de Beauvoir (1990, p. 156)

É um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. Acarreta consequências psicológicas: determinadas

condutas, que são consideradas típicas da idade avançada. Tem uma dimensão existencial como todas as situações humanas: modifica a relação do homem no tempo e, portanto, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história.

A autora ainda afirma que a velhice é um fenômeno biológico, mas, entendê-la desta maneira significa reduzir a questão e não analisá-la em sua totalidade e complexidade, o que implica em não levar em conta os aspectos psicológicos, sociais e, principalmente, culturais.

Observa-se que o envelhecimento social da população é fato que modifica o status do velho e o seu relacionamento com as outras pessoas, ocasiona mudanças em sua vida e leva-o ao despojamento social e restringe-lhe os papéis sociais, pois segundo Lopes (2005, p. 86)

Velhice como categoria universal, não existe isoladamente. Existe, sim, um indivíduo singular, constituído por um organismo biológico, inserido numa determinada cultura e momento histórico, o que, conjuntamente, lhe atribui um lugar social com significados específicos.

Por outro lado, como enfatiza Mercadante (2005), “as qualidades atribuídas aos velhos que definem o seu perfil identitário são estigmatizadores e representam uma produção ideológica da sociedade, Os velhos conhecem e também partilham dessa ideologia que, entretanto, define o velho em geral, mas não o velho em particular”.

Sobre o mesmo tema, podemos citar Monteiro (2003. p.37)

A individualidade é indivisa e irreduzível. Portanto, o envelhecimento biológico humano não pode ser entendido por mensurações deterministas, classificado por idades cronológicas. Envelhecer é um processo do sujeito que vive seu próprio tempo, ou seja, é um processo particular e peculiar a cada um. Os sujeitos são seres individuais que nascem, envelhecem, evoluem, morrem. Esse é o sentido do caminho que trilham.

Neste sentido, nos reportamos a Goffman (1988), quando afirma que os estigmas são os meios pelos quais a sociedade cria categorias e atributos a serem considerados comuns e naturais para os membros de cada uma destas categorias. Sendo assim, a identidade do velho nos parece extremamente estigmatizadora e depreciativa na relação com o outro, como nos chama a atenção Simone de Beauvoir (1990 p.353)

É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velha pela primeira vez.

O tempo estigmatiza, e a vivência da velhice inicia-se no corpo, e, como nos explica Mercadante (2005), “O corpo por si só não se revela como atributo da velhice, mas uma vez que ela como estigma se instala no corpo, ela passa a inquietar o idoso”, e prossegue a autora, mencionando que esta visão deturpada do velho sobre seu próprio corpo se amplia para além do corpo, ou seja, sobre a personalidade, o papel social, econômico e cultural do idoso.

Apesar de sabermos que a vida é um processo contínuo e global que evolui sucessivamente em estágios, permeado por sucessivas modificações, as etapas da vida adulta e da velhice foram, significativamente desconsideradas, como aponta Beauvoir (1990) “Para a sociedade, a velhice aparece como uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar (...) Com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa”, e Mercadante (2003, p.56) alerta que [...] no modelo social de velho, as qualidades a ele atribuídas são estigmatizadas e contrapostas às atribuídas aos jovens”, porém como assinala Beauvoir (1990), se os velhos manifestam os mesmos desejos, sentimentos e reivindicações dos jovens, eles escandalizam. Neles, o amor e o ciúme são vistos como ridículos, a sexualidade repugnante, a violência irrisória.

Não existe uma definição ou um só conceito que nos faça entender o processo de envelhecimento e a velhice, mas podemos reforçar que todos os aspectos e reflexões aqui apresentados demonstram que a tentativa de compreendê-la em uma

só vertente ou aspecto implicaria em erro ou em uma redução simplista, por não considerar outros aspectos que quase sempre escapam nas tentativas de conceitos definitivos para as situações que envolvem o ser humano.

Não poderíamos deixar de acrescentar que o envelhecimento é um processo natural, dinâmico e que os estudos envolvendo os idosos e toda a problemática acerca do assunto vêm sendo alvo de atenção, justificada pelo rápido aumento da população idosa. Porém, ressaltamos que estamos vivendo um paradoxo: se, por um lado, a ciência evolui e cria meios para prolongar a vida do idoso no que concerne ao aspecto biológico, do outro lado, a sociedade tem oferecido pouco a estes mesmos idosos.

Como nos afirma Medeiros (2001, p. 9)

A longevidade humana é provavelmente uma das questões mais instigantes do século XXI. Que o ser humano viverá mais é um fato indiscutível, mesmo os mais carentes e fragilizados (...) a longevidade torna-se, portanto, um desafio filosófico, porque a velhice carece de um novo sentido e requer uma nova ética. Social, porque os velhos ainda não têm um lugar na sociedade atual. Político, porque a existência de um número maior de velhos exige políticas e ações que permitam ao segmento idoso viver como cidadão. Científico, pois não basta sobreviver, tanto a ciência quanto a tecnologia devem com seus avanços colaborar para a melhoria da qualidade de vida daqueles que envelhecem.

Segundo Debert (2004), misturam-se à idade cronológica, importantes elementos que determinam diferenças entre os idosos, como o gênero, classe, classe social, saúde, educação, fatores de personalidade e contexto social.

2.1. SURGIMENTO DA FISIOTERAPIA NO BRASIL

A utilização de recursos físicos na assistência à saúde no Brasil, iniciou-se por volta de 1879, com as características da área da saúde (particularmente da medicina) desenvolvidas na Inglaterra, à época da industrialização. Seus objetivos eram quase que exclusivamente voltados para a assistência curativa e reabilitadora. (REBELATTO, 1999).

Nessa modalidade de tratamento, foram instalados, no período de 1879 a 1883, no Rio de Janeiro, os Serviços de Eletricidade Médica e de Hidroterapia, sendo o Dr. Artur Silva um dos responsáveis. Segundo consta, esses serviços funcionaram até os anos de 1984 com o nome de Casa das Duchas (SANCHES, 1984).

No estado de São Paulo, em 1919, o professor de Física Biológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Raphael de Barros, fundou o departamento de Eletricidade Médica. Dez anos após, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes organizou o Serviço de Fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, com o objetivo de prestar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Posteriormente, esse mesmo médico planejou e instalou o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas da FMUSP (SANCHES, 1984).

Na década de 1950, tiveram início os primeiros cursos de formação de profissionais para trabalharem na área específica de Fisioterapia, oferecidos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Embora a caracterização de Fisioterapeuta em alguns países estivesse relacionada à formação de nível superior, no Brasil, foi primeiramente vinculada a um caráter técnico, de acordo com as políticas educacionais da época. Segundo Sanches (1984), Dr. Waldo Rolim de Moraes, em 1951, iniciou o Curso de Fisioterapia do Brasil, de nível técnico, com duração de um ano, patrocinado pelo Centro de Estudos Raphael de Barros.

Em 1958, criou-se o INAR (Instituto Nacional de Reabilitação), anexo à Disciplina de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. Esse instituto, que posteriormente passou a

ser denominado Instituto de Reabilitação (IR), surgiu do esforço de alguns médicos brasileiros, entre eles, o professor Godoy Moreira, catedrático de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP, mediante entendimentos com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com a Organização Mundial de Saúde e com a World Confederation for Physical Therapy (WCTP).

2.2. NOVAS PERSPECTIVAS PARA A FISIOTERAPIA

Conforme nos expõe Rebelatto (1999), a origem da Fisioterapia, com a função específica de atuar e intervir nas condições de saúde do indivíduo ou da população parece ter-lhe determinado um caráter reabilitador, fato reforçado pela relevante incidência de Poliomielite e de pessoas lesadas por acidentes de trabalho, na década de 1950.

A profissão de Fisioterapeuta mudaria por completo com a aprovação de um dos primeiros documentos oficiais que caracterizaram o fisioterapeuta e relacionaram-lhe as competências, a saber, o Parecer nº 388/63, que serviu de base para a elaboração da Portaria Ministerial nº 11.64, de 23 de julho de 1964, a primeira proposta curricular existente na história da Fisioterapia no Brasil.

Apesar de em pequeno número, os fisioterapeutas conseguiram a aprovação do Decreto Lei nº 938 de 13 de Outubro de 1969, que reconhece a profissão. O artigo 1º desse decreto assegura o exercício da profissão de Fisioterapeuta e o artigo 2º reconhece-o como profissional de nível superior. Ademais, determina ser sua atividade privativa à execução de métodos e técnicas fisioterápicas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

A lei 6.316, de 17 de dezembro de 1975, criou os Conselhos Regionais e Federais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, cinco anos mais tarde, foi criado o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (Rebelatto, 1999).

Embora a Fisioterapia seja uma profissão relativamente nova nas ciências da saúde, tem alcançado considerável reconhecimento e espaço dentro da equipe multiprofissional, atuando em diversas áreas da prática médica, como Ortopedia, Neurologia, Ginecologia e Obstetrícia, Pneumologia, Cardiologia, dentre outras.

Atualmente, o profissional de Fisioterapia tem papel marcante no aspecto social e atribuições em todos os níveis de atenção à saúde do indivíduo: promoção, prevenção, curativa e reabilitacional, mas acaba adquirindo, por força do próprio

currículo, uma visão voltada ao biológico. Como observam Rebellato e Botomé (1999), apesar de não haver consenso entre todos os currículos dos cursos de graduação em Fisioterapia, a maioria prioriza o modelo tecnicista, voltado à área biológica e não à produção de novos conhecimentos sobre a realidade social.

Segundo Pickles (2000), o Fisioterapeuta trabalha, freqüentemente, em ambiente no qual os valores culturais de alguns clientes diferem significativamente dos seus próprios valores. Por isso, é comum os pacientes terem pontos de vista muito diferentes sobre a saúde, sobre as causas dos problemas de saúde, a provável eficácia dos diversos métodos de tratamento, o impacto das deficiências.

Como o Fisioterapeuta é um profissional da área médica, cumpre-nos lembrar uma referência que faz Gallian (2000, p. 5-8), alertando-nos sobre este tecnicismo e suas conseqüências

[...] mais que um biólogo, mais que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas, também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais, [...] todo esse processo de super valorização das ciências biológicas, da super-especialização e dos meios tecnológicos que acompanham o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas, trouxe como conseqüência mais visível a desumanização do médico. Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em técnico, em especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste [...]

Outro autor, Boptsaris citado por Ismael (2002) também comenta a respeito do tecnicismo dizendo que o sentido de humanidade nasceu com a medicina e é um dos principais aspectos da sua prática sendo que a medicina o vem perdendo, de forma assustadora e progressiva, nos últimos anos. A perda da humanidade é causada, especialmente, por três fatores: o excesso de tecnicismo, o desprezo pela subjetividade dos pacientes e a formação médica incompleta e pouco direcionada para seus aspectos humanos.

Faz-se necessário, neste ponto do trabalho, a reflexão acerca das informações recebidas pelo profissional Fisioterapeuta durante a sua formação, pois a noção de construção do envelhecimento em um contexto além do biológico, além da influência de sua própria cultura, parece ter um vínculo com sua formação que nos últimos anos tem valorizado este conceito.

Fica claro na exposição de Geertz (1989, p. 5) o quanto somos dependentes e condicionados pela nossa cultura, o que reflete certamente na relação entre o Fisioterapeuta e paciente, que é uma interação sujeita às intervenções de respostas comportamentais de ambos os sujeitos, ditadas e mediadas pela cultura, sendo esta representativa do próprio homem. Nas palavras do autor:

O homem é um animal amarrado a teias que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto não como uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa, à procura de significado.

O programa de Gerontologia, por meio das diversas disciplinas nos proporcionou leituras nas mais diversas áreas do conhecimento, numa tentativa de circundar o assunto.

CAPÍTULO 3
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 - PROBLEMATIZAÇÃO

Como foi dito anteriormente, pesquisas sobre a relação Fisioterapeuta-Paciente são raras na literatura, independentemente da idade do paciente. Isso talvez se deva ao fato de a Fisioterapia ser uma área do conhecimento que teve crescimento e reconhecimento somente no final do século passado. Desta forma, esta pesquisa justifica-se pela geração de dados, ausentes na literatura, que possam contribuir para a reflexão e otimização de condutas mais assertivas, direcionadas e eficientes da parte dos fisioterapeutas na relação com o idoso, e a validade social recai sobre a provável melhora na comunicação entre fisioterapeuta e paciente idoso gerando uma relação mais satisfatória e produtiva para ambas as partes.

Acreditamos que as dificuldades técnicas durante os atendimentos decorrentes da inexperiência sejam naturais e tendam a ser superadas, mas o contato inicial e a formação do vínculo terapêutico são muito importantes, pois, quase sempre, determinam a aderência do paciente ao tratamento e o empenho do profissional em buscar soluções para o caso.

Presenciamos inúmeras vezes o contato inicial entre o estagiário de fisioterapia e um paciente idoso, em que, a princípio, por se tratar de um idoso, na concepção do aluno era um aspecto que poderia dificultar ou impedir a seqüência normal do tratamento.

Estudar e entender os processos biológico e psicológico do envelhecimento faz parte do currículo dos cursos de Fisioterapia nas Universidades, mas a cultura estigmatizada sobre o velho interfere de maneira importante na formação deste profissional e nas relações que ele estabelecerá com o paciente idoso.

Quando um estagiário do curso de Fisioterapia relata que o caso é difícil, ou mesmo quase impossível, porque o paciente é idoso, não tendo avaliado primeiramente suas peculiaridades e possibilidades, entende-se que, a priori, houve a prevalência da estigmatização. É claro que não estamos desprezando um fato, o processo natural do envelhecimento humano, que traz consigo uma série de alterações

fisiológicas que podem colocar o indivíduo em desvantagens funcionais, que dificultem seu dia-a-dia, mas, não se deve fazer generalizações.

Segundo Goffman (1988, p.12), ao estigmatizar uma pessoa, reduzimo-la a uma categorização isolada, desconsiderando o todo. Observemos o que ele afirma

Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem.

Um fato que marcou definitivamente nosso objetivo de investigar a representação que o estagiário de Fisioterapia tem sobre a velhice e nos fez aprofundar no estudo da Gerontologia, foi o atendimento de uma paciente na Clínica Escola. Tratava-se de uma senhora de 90 anos, vítima de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) com leves seqüelas neurológicas, decorrentes da lesão cortical, e mais, com uma úlcera de pressão (Escala de Decúbito) em região sacral que impedia sua movimentação. Ao relatar o caso, os alunos descreveram a paciente como portadora de algumas alterações funcionais decorrentes do AVE, dando ênfase ao fato de tratar-se de uma senhora de 90 anos, portanto, não tiveram o cuidado de avaliar a seqüela da patologia em si, mas sua idade de uma forma preconceituosa.

Esta senhora foi encaminhada ao serviço de cirurgia plástica, realizou o tratamento cirúrgico da úlcera de pressão, retornando 15 dias depois ao tratamento fisioterapêutico, por meio do qual readquiriu suas atividades funcionais, inclusive a marcha, ante um olhar de incredulidade dos alunos, que comentaram não crer inicialmente que aquela mulher tivesse chance de recuperar-se, pois era muito “velha”.

Diante disto, e considerando-se o fato de que o número absoluto de idosos tem aumentado significativamente desde a década de 70, bem como a expectativa de vida; levando-se em conta que esta transição demográfica tem sido acompanhada de uma transição epidemiológica caracterizada, em linhas gerais, por aumento da

morbidade associada a doenças crônico-degenerativas, potencialmente incapacitantes, o papel do Fisioterapeuta, enquanto profissional da área da saúde voltado cada vez mais para este segmento da população, torna-se mais atual e preponderante.

E como assinala Loureiro (2000), como futuros Gerontólogos, não podemos deixar nas mãos do destino todas estas questões nem compactuar com esta situação de pseudo-indiferença em relação a essas pessoas (deficientes e idosos).

De acordo com Mercadante (1997, p. 2) em sua reflexão sobre velhice:

A velhice é ao mesmo tempo natural e cultural. É natural e, portanto universal se apreendida como um fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida por conteúdos simbólicos, evidenciando formas diversas de ação e representação.

Pressupondo-se, ainda, que o envelhecimento produza uma série de alterações estruturais e funcionais (que levam à perda da autonomia, não só pelo aspecto físico) que necessitem ser pesquisadas durante a anamnese, a relação terapeuta-paciente, envolvendo pacientes idosos, torna-se campo fértil para exploração.

3.2. O MÉTODO QUALITATIVO

Com base no conceito de método como instrumento, meio ou caminho para a realização deste trabalho, optamos pela pesquisa com abordagem qualitativa, tendo o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador e o sujeito como instrumentos.

Como assinala Gil (1996), a pesquisa qualitativa proporciona o contato direto do pesquisador com o ambiente e com a situação que está sendo investigada, por meio de um trabalho de campo.

Justificamos a pesquisa qualitativa escolhida para essa análise, reportando-nos às considerações de Chizzotti (1995, p. 79) que afirma

A. abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

E ainda, conforme nos sugere Severino (2002, p. 146), “a utilização de estudo de caso é necessária, pois, as circunstâncias em que um determinado objeto se insere são essenciais para que se possa entendê-lo”.

O estudo de caso, conforme observa Chizzotti (1995), é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente. E continua afirmando que “o estudo de caso é considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes, em uma dada situação”.

Já mencionamos aqui o quanto somos dependentes e condicionados pela nossa cultura, e como isto provoca um reflexo na relação Fisioterapeuta-paciente que é uma interação, sujeita às intervenções de respostas comportamentais de ambos os sujeitos, ditadas e mediadas pela cultura, sendo esta representativa do próprio homem.

Já foi dito no capítulo anterior que paciente e fisioterapeuta interagem; ficou claro, também, que existe uma interação, sujeita ao comportamento de ambos que é mediada pela cultura. Portanto, cumpre-nos observar os estagiários de Fisioterapia inseridos no contexto social com suas respectivas histórias de vida, que os tornam singulares e participantes ativos do processo. Por outro lado, como ressalta Porto (2001), “um paciente é um ser humano, homem ou mulher, de certa idade, com uma história individual e uma personalidade exclusiva”. Fundamentando-nos nestas reflexões, concluímos, então, que cada fisioterapeuta também é singular e tem seu comportamento mediado pela cultura.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada e, como instrumento de coleta de dados, um questionário (anexo 2) com perguntas relacionadas à vivência dos alunos (sujeitos) em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento. Como sugere Macedo (2000) é recomendável à realização de um roteiro flexível, onde a informação que não se espera possa ser incluída, já que, para o autor, durante a entrevista podem acontecer redefinições de identidades tanto do pesquisador como do pesquisado.

A análise dos questionários (anexo 3) foi feita utilizando vários autores radicados, principalmente, na Antropologia.

3.3 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi desvelar o processo de formação do vínculo terapêutico estabelecido entre os estagiários de Fisioterapia em pacientes idosos.

Os objetivos específicos foram:

- Identificar os comportamentos, atitudes e seus significados, do profissional de Fisioterapia ante o paciente idoso;
- Caracterizar a percepção do estagiário de Fisioterapia sobre o envelhecimento e o idoso.

3.4 CASUÍSTICA

Foram entrevistados cinco estagiários em Disfunções Neurológicas, de ambos os sexos, do 8º semestre do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Fieo-UNIFIEO. Um questionário (anexo 3) foi respondido por eles, durante uma conversa gravada e transcrita posteriormente. A escolha por alunos em estágio final foi uma escolha proposital, em virtude da proximidade de inserção no mercado de trabalho e do perfil de insegurança, ansiedade, dificuldade no relacionamento com o paciente dos acadêmicos, em conclusão do curso de Fisioterapia.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Reabilitação ligado à atividade universitária, onde se realizam os estágios curriculares, nas áreas de Fisioterapia aplicada às Disfunções Músculo Esqueléticas e Disfunções Neurológicas, na cidade de Osasco. Este serviço é aberto à comunidade e o atendimento é prestado por alunos, que contam com profissionais fisioterapeutas como preceptores/professores, nas respectivas áreas de atuação.

3.5. PROCEDIMENTOS -Inter-relação e Pertencimento

A obtenção dos dados referentes a esta pesquisa deu-se por meio das entrevistas dos alunos estagiários que, por estarem na fase final do curso, já haviam tido oportunidade de atender pacientes idosos, seja no estágio de disfunções Músculo-Esquelético, seja no de disfunções Neurológicas. Note-se que o curso de Fisioterapia, no Centro Universitário FIEO, pressupõe que no último ano os alunos se dediquem quase que exclusivamente ao desenvolvimento da prática, utilizando o arcabouço teórico que adquiriram durante os três anos anteriores, realizando estágios curriculares em seis áreas distintas de atuação, duas dela realizadas na Clínica Escola e as demais em hospitais conveniados com a Instituição de ensino.

Desta forma, os alunos já tinham, pelo menos, a experiência terapêutica com pacientes idosos que procuravam a Clínica Escola para tratamento, por apresentarem alguma disfunção Neurológica ou Ortopédica. Com isso, acreditávamos obter respostas mais aprofundadas por parte dos alunos que já haviam vivenciado a prática com idosos e esperar que ocorressem casos em que os entrevistados não tivessem tido experiências anteriores com este segmento de pessoas e trouxessem concepções desvinculadas da experiência real.

Utilizamos como foi dito anteriormente a entrevista semi-estruturada e, como instrumento de coleta de dados, um questionário (anexo 2) com perguntas relacionadas com a vivência dos alunos (sujeitos) em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento.

A análise dos questionários (anexo 3) foi feita utilizando vários autores radicados, principalmente, na Antropologia.

O roteiro de entrevista foi definido a partir de um pré-teste com a participação de 10 alunos que compunham os dois grupos que estagiaram na Clínica de Fisioterapia, de Novembro a Dezembro de 2005, para que os depoimentos favorecessem a reformulação do roteiro a ser utilizado para atingir sua eficácia.

A realização da pesquisa, propriamente, com a efetivação das entrevistas, foi feita no mês de Março de 2006, quando foram convidados os 10 alunos que haviam terminado as etapas de estágios na Clínica Escola e já estavam vinculados a outro campo de estágio em algum hospital conveniado com a Faculdade. No entanto, dos dez convidados apenas cinco se disponibilizaram para efetiva participação na pesquisa, alegando compromissos com o estágio que estavam realizando, em locais distantes da Clínica da Faculdade. Além disso, alegaram a proximidade da entrega do trabalho de conclusão de Curso a que teriam de se dedicar.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os cinco estagiários – um rapaz e quatro moças -, com idades que variam de 23 a 30 anos, foram previamente informados sobre o projeto e os objetivos da pesquisa mediante uma explicação verbal e concordaram, espontaneamente, em participar, assinando um termo de livre consentimento como modelo constante no anexo 2, no qual também tinham assegurado seu anonimato, exceto para confirmação acadêmica.

Ao se iniciarem as entrevistas, a curiosidade dos alunos era surpreendente. Queriam saber por que eu tinha escolhido pesquisar sobre envelhecimento, como se este tema pudesse ser escolhido só em último caso, o que me fez pensar que, talvez, o fato estivesse relacionado ao desconhecimento do assunto, o que suscitou até algumas piadas, como por exemplo, uma das alunas ter me dito que desconfiava que eu gostava de velhos, pois sempre me via conversando com alguns deles. Outra já foi logo dizendo que eu sabia que ela tinha se saído melhor no estágio ao tratar crianças, e não queria prejudicar minha pesquisa.

O primeiro contato com estes estagiários foi feito por e-mail e por telefone, momento em que expliquei sucintamente o projeto de pesquisa e os benefícios que poderiam render para o profissional e os pacientes. Em seguida, agendamos uma data para cada um dos alunos e definimos que o local para a realização das entrevistas seria a Clínica de Fisioterapia do UNIFIEO, em Osasco, numa sala reservada para este fim, que estivesse longe dos atendimentos e pudesse, assim, oferecer privacidade e condições adequadas de som para gravação.

Antes de comentarmos sobre as entrevistas, propriamente ditas, gostaria de relatar algumas impressões e experiências, enquanto pesquisador, que se investe de todo o capital teórico adquirido durante as etapas do Curso de Gerontologia para ir a campo e efetivar a pesquisa. Muitas vezes, se acredita no curso tranqüilo das etapas da pesquisa para fundamentar algumas impressões obtidas durante os 11 anos de experiência na Preceptoria de Estágios em clínicas de Faculdades de Fisioterapia, porém, se surpreende com novas inquietações que instigam a assumir um papel muito mais ativo na mudança de conceitos e atitudes dos alunos em relação ao envelhecimento e à velhice.

A Preceptoria de Estágios, diferentemente da Docência normal, nos remete a um contato mais direto e constante com os alunos na Clínica de Fisioterapia, gerando, por um lado, uma relação mais estreita com os grupos que têm cerca de cinco a seis componentes e nos propiciam, por meio deste contato, um melhor conhecimento das idéias e visões de vida de cada um deles. Por outro lado, há a oportunidade de eles nos conhecerem um pouco mais em relação aos aspectos profissionais e pessoais, dando a todos uma sensação de pertencimento que favorece um ambiente de trabalho melhor.

Durante o acompanhamento destes alunos no atendimento aos idosos que procuravam o serviço, pudemos perceber as dificuldades enfrentadas por eles em saber quem eram realmente estes sujeitos e o que poderiam oferecer a este segmento de pacientes, já que neste mesmo contexto tinham a idéia de que do velho não poderiam esperar muitas respostas ao tratamento, pois o organismo estava sempre fadado a degenerações definitivas.

Neri citada por Soares (2001) explica o predomínio da visão negativa que os jovens têm em relação à velhice e suas atitudes diante dela e destaca algumas explicações para o predomínio destas atitudes:

- Sentimentos negativos, freqüentemente associados à velhice, em relação ao baixo status socioeconômico, problemas de saúde, e solidão.

- Falta de oportunidade que afeta o idoso e a incompetência comportamental que lhe é atribuída, com agravante de haver doenças associadas à pobreza, gerando a dependência física, psicológica e financeira, em relação à família e à sociedade.
- Estratificação por idades que caracteriza as sociedades industrializadas, responsáveis pelos estereótipos e pela desinformação dos mais jovens em relação ao idoso [...]

A explicação mais difundida na literatura vincula as atitudes negativas ao "ageism", neologismo criado por Butler, em 1969, com significado de "discriminação com base na idade", mais especificamente, discriminação em relação a pessoas de meia-idade e idosos que superam as outras, como por exemplo, a sexual, a racial e a religiosa (NERI,1999: 56-57).

Como já afirmamos, inúmeras vezes, presenciamos o contato entre estagiário de fisioterapia e paciente idoso, em que, inicialmente, pelo fato de se tratar de um idoso, na concepção do aluno, as seqüências normais do tratamento eram dificultadas ou impedidas, uma vez que este estagiário, de certa forma, parecia estar decretando o fracasso antecipado do tratamento, exatamente, por ter uma visão depreciativa do envelhecimento e dos velhos.

Nossa postura em relação ao atendimento que a Fisioterapia pode oferecer às pessoas de uma maneira geral pressupõe uma abordagem ampla, contemplando todas as facetas que compõem o ser humano, em todos os níveis, ou seja, devemos analisá-los sob todos os aspectos, biológicos, psicológicos e sociais, pensando em diversos momentos de atuação da Fisioterapia, que subentende não só a cura e a reabilitação, mas também a prevenção em saúde.

Devemos esclarecer que tivemos uma boa formação em Fisioterapia voltada ao desenvolvimento da técnica, fomos bem preparados, mas cremos ter ficado uma lacuna no aprendizado em relação ao aspecto emocional que envolve o atendimento dos pacientes. Isto foi motivo de muitas reflexões e questionamentos, que cresceram a partir do momento em que começamos, efetivamente, trabalhar como

Fisioterapeuta, pois percebemos na prática que faltavam alguns conceitos e atitudes que permitem uma abordagem mais humana do paciente.

Muitos destes conceitos e atitudes que tanto buscamos, foram encontrados no Programa de Gerontologia da PUC-SP, por meio das diversas disciplinas que são oferecidas em diversas áreas de conhecimento, mas nunca perdendo o foco do ser humano como ser completo e individual, singular dentro de sua cultura. Buscamos aqui nos apoiar em Geertz (1989, p. 37) quando fala do conceito de cultura e de homem, afirmando que

[...] tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção dos padrões culturais, sistemas de significação criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas.

Mas, voltemos aos alunos que começaram também a trazer seus questionamentos durante as dificuldades de atendimento aos pacientes idosos. Um estagiário questionou por que não conseguia atender adequadamente o Sr. Francisco e se havia aprendido direitinho a “técnica” específica para o problema do paciente. Havia a dúvida: por que então o senhor Francisco parecia não ligar muito ao que estava acontecendo durante o atendimento e só queria conversar sobre seus filhos que não participavam mais de suas vidas?

Passou a fazer parte das nossas atividades do dia-a-dia sensibilizar o estagiário de Fisioterapia para ter atitudes que valorizassem outros aspectos da constituição do ser humano que não fosse o Biológico e buscar a possibilidade de um olhar mais apurado sobre a definição do termo Fisioterapia que se refere à utilização de meios físicos no tratamento das disfunções orgânicas e seu objeto de atenção que é o ser humano, ser este inserido na sociedade e que sofre influência de sua cultura.

Assim, a cultura passa a ser uma noção importante, para nós, enquanto professora, e também para os estagiários, para que possamos desenvolver adequadamente nosso trabalho como Fisioterapeutas que percebem uma grande diversidade de sujeitos idosos e a importância de, ao desenvolver o trabalho fisioterápico, respeitar

esta mesma diversidade. Essa reflexão sustenta-se também naquilo que Geertz (1989, p. 27) nos afirma

Alimentar a idéia de que a diversidade de costumes no tempo e no espaço não é simplesmente uma questão de indumentária ou aparência, de cenários e máscaras de comediantes, é também alimentar a idéia de que a humanidade é tão variada em sua essência como em sua expressão.

Apegados a essa noção de cultura, passamos a pensar em um ser humano-homem, que é singular, indivisível, porém composto de vários aspectos, entre eles, o biológico, o psicológico, o social, e o cultural que se relacionam entre si sem que possamos tratar isoladamente cada um destes aspectos, que por sua vez, são completos e irredutíveis em si mesmos. Este entendimento nos faz pensar que na prática profissional precisamos considerar o paciente idoso, que apesar de ter necessidades específicas do ponto de vista biológico, não deixa de ser um sujeito social com toda a influência que a cultura tem na sua vida. Podemos então compreender que o Sr. Moacir, com seus 75 anos de idade, não é simplesmente um joelho com Artrose, mas ele está deprimido, pois sente muita dor, permanece afastado de seu trabalho e, muitas vezes, nos conta que sempre ouve que “deve se conformar”, que “isto é coisa de velho e que tem que se acostumar”. Buscamos, mais uma vez, refletir com Geertz (1989, p. 28) quando fala do conceito de homem:

À medida que se analisa o homem, retira-se camada após camada, sendo cada uma dessas camadas completa e irredutível em si mesma, e revelando uma outra espécie de camada muito diferente embaixo dela. Retiram-se as variadas formas de cultura e se encontram as regularidades estruturais e funcionais da organização social. Descascam-se estas, por sua vez, e se encontram debaixo os fatores psicológicos-- “as necessidades básicas” ou o —que-tem-você—que as suportam e as tornam possíveis. Retiram-se os fatores psicológicos e surgem então os fundamentos biológicos-anatômicos, fisiológicos, neurológicos- de todo o edifício da vida humana.

Portanto, reforçamos a importância da cultura mediando relações humanas como as que vivemos, nós e os alunos, e nós todos em contato direto com os pacientes idosos na prática clínica, pois pudemos perceber, durante esta pesquisa, que somos

parte importante na construção de conhecimentos que possam fazer nossos alunos a pensarem um novo envelhecer e, conseqüentemente, uma cultura que valorize o idoso.

Dialogamos com Geertz (1989) quando fala da lacuna que temos em nosso funcionamento como pessoas, em relação a informações que recebemos. Segundo ele “há um vácuo que nós mesmos devemos preencher, e nós o preenchemos com a informação (ou desinformação) fornecida pela nossa cultura” e prossegue dizendo que a fronteira entre o que é inato e o que é mediado culturalmente no comportamento humano é muito mal definida e vacilante e, desta forma, quase todo o comportamento complexo representa o resultado interativo e não aditivo dos dois.

CAPÍTULO 4
ENVELHECIMENTO, VELHICE, NOVAS POSSIBILIDADES

4.1 FRONTEIRAS DA VIDA – Espaço e Temporalidade

Ao iniciar a interpretação das entrevistas dos estagiários, procurei como pesquisadora situar-me perante os meus questionamentos em relação à compreensão do que deva ser atendimento do paciente idoso e ao meu momento de vida.

Atualmente, morando na divisa entre São Paulo (Jd. Patente) e São Caetano do Sul, minha cidade natal, ser fronteira me dá a possibilidade de ver os fatos de maneiras diferentes do ponto onde estou. Separadas pelo Ribeirão dos Meninos, as duas cidades mostram-se completamente diferentes, parecendo que o observador já transpôs quilômetros e não apenas o pontilhão sobre o rio, tamanha a discrepância entre elas.

De um lado, a cidade de São Paulo mostra um cenário de completo abandono, como a favela do Heliópolis há poucos quilômetros dali, e o CÉU Meninos (Centro de Educação Unificada), demarcando a tentativa de urbanização planejada e prova da incompetência política; do outro, a cidade de São Caetano do Sul onde não existem favelas e nem ruas sem asfalto e sem esgoto, a Educação e a Saúde da população são muito valorizadas, há tempos.

Esta fronteira física talvez seja um dos fatores que instintivamente me estimula em relação à condição de pesquisadora e professora. Poder enxergar os fatos de maneiras diferentes, dependendo do ângulo onde se encontre, tem possibilitado, em muitos momentos, uma profundidade em relação à maneira de encarar a vida e de ir além do óbvio, ou da aparência, do meramente técnico.

Por vezes me “achei” perdida diante de visões e questionamentos dos alunos que não conseguiam “ver” mais nada além da doença no paciente, e nada mais do que idade no indivíduo idoso. Quando relaciona velhice e idade, Beauvoir (1990, p. 350) declara: “conjuramos à idéia de doença, invocando a idade; aludimos à noção de idade, invocando a doença, e, com esse ardil, conseguimos não acreditar nem em uma, nem em outra”.

Como a minha experiência de vida influenciasse e modificasse minha conduta profissional, surge uma indagação, qual seja, até que ponto as experiências de vida e as influências culturais dificultam o relacionamento destes alunos com os pacientes, uma vez que a cultura estigmatizada sobre o velho interfere de maneira importante nas relações que eles estabelecerão com o paciente idoso. Ademais, devemos entender a velhice na sua totalidade, pois ela não representa somente um fator biológico, mas também um fato cultural.

4.2 O AVESSO DOS PONTEIROS -A construção da velhice

Nossa opção em ter a Antropologia como norteadora na busca de entendimento e refletir com autores como Geertz, Goffman, Beauvoir, dentre outros, se justifica pelo fato de que as relações humanas se processam tendo sempre a cultura como pano de fundo. Tratamos aqui de relações humanas e não há como desvelar o homem sem falarmos em cultura que para Geertz (1989, p. 103) é definida como:

Um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas e expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.

Ao serem questionados sobre a vivência com idosos todos os entrevistados relataram, primeiramente, suas relações com avós que, na maioria dos casos, residiram ou residem com eles. Quanto à relação com idosos na vida profissional, os contatos foram descritos como temporários. Porém, em ambos os casos estava associada à imagem depreciativa do idoso vinculada a perdas e, principalmente a doenças.

Não nos parece que tais vivências sejam suficientes para desencadear reflexões sobre o próprio envelhecimento como uma etapa de vida a ser atingida, mas já demonstra a forma estigmatizada de enxergar o velho, e como nos chama a atenção Beauvoir (1990, p, 347,353), “Quando adultos não pensamos na idade: parece-nos que esta noção não se aplica a nós” [...] É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade, e sintetiza dizendo que a velhice é particularmente difícil de assumir, pois a consideramos estranha.

Uma das alunas entrevistadas G, 24 relata: *“acho que todos os idosos, familiares, ou não que convivi, são muito “carentes” e se você começa conversar, eles têm papo pra tudo”*. Outra aluna A, 23 acrescenta: *“não sou contra os idosos, mas geralmente*

eles querem mais atenção dos que os outros” e continua “minha avó gosta de fazer intrigas, de falar de tudo e de todos, pois não tem o que se preocupar, pensar em problemas” e, ao ser indagada a respeito disto poder estar vinculado à idade, respondeu afirmativamente. Já E, 23 anos, afirma que “é preciso ter muita paciência e compreensão para conviver com idosos”.

Acredito que, por meio destas falas, temos explicitadas as próprias necessidades e carências afetivas dos entrevistados, em poder falar e ter alguém que os ouça. Por outro lado, fica evidente que os idosos são estigmatizados, pois, sendo jovens, reforçam a visão negativa sobre a condição de carência na velhice, acreditando que o idoso só quer falar e ser ouvido pela sua suposta carência afetiva, ou porque não tem o que fazer, o que já supõe se estar ligando velhice à ociosidade.

As falas das alunas mencionadas acima nos levam a supor que elas crêem que o idoso seja um ser anormal, com necessidades diferentes das de outras pessoas e que, somente quando somos velhos, necessitamos de atenção e cuidados. Novamente lembramos aqui a noção de estigma proposta por Goffman (1988, p. 13)

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é em si mesmo, nem honroso nem desonroso.

Outro aspecto que gostaríamos de enfatizar é que, quando as alunas ressaltam a necessidade do idoso em falar, fica claro que o preparo do profissional Fisioterapeuta em ouvir o idoso torna-se premente, pois é durante a entrevista com os pacientes que se colhem as informações que melhor possibilitarão compreender as suas necessidades, para que se possa direcionar de modo eficaz seu tratamento ou abordagem.

Desta forma, como Fisioterapeutas, temos de aprender a ouvir e a interagir com o paciente, necessidade relatada por dois dos entrevistados, quando falam da aptidão

do Fisioterapeuta em prestar atendimento a este público, fazendo ainda um contraponto entre técnicas fisioterapêuticas e a formação de um vínculo terapêutico entre o paciente e o profissional. Muitas vezes, também tem de haver o envolvimento emocional do profissional, como questiona Ismael (2002, p. 71), ao indagar até que ponto esse envolvimento é desejável ou possível. O mesmo autor ainda acrescenta:

Nenhum paciente psicologicamente saudável espera que o médico vá mergulhar nas suas mazelas a ponto de chorar junto com ele ou de passar noites em claro por sua causa, mas que demonstre um interesse legítimo e pessoal.

Segundo López (1997) uma das principais reclamações dos pacientes a respeito da medicina moderna e, conseqüentemente, dos profissionais da saúde, recai sobre a inabilidade do profissional em se comunicar com ele. O uso da tecnologia vem ocupando um grande espaço para diagnosticar o paciente, de forma que muito pouco tempo é dedicado a ouvir o relato da história clínica. Os profissionais da área médica estão perdendo o contato com os pacientes e, diante do tecnicismo, o paciente é tratado, não raramente, como um corpo desprovido de vontade e de história.

O contato inicial entre Fisioterapeuta e paciente geralmente ocorre durante a anamnese que precede a avaliação física, e é neste momento que se inicia a formação do vínculo terapêutico, porquanto saber ouvir as questões referentes à queixa do idoso, que engloba não somente alterações físicas, mas tudo que permeia a problemática que ele possa estar vivendo, fortalece a adesão ao tratamento.

É neste contexto que a relação entre profissional e paciente torna-se um evento central na prática clínica que, para López (1997) “[...] em um grande número de casos, o diagnóstico e o tratamento da moléstia e suas conseqüências dependem das qualidades desta relação, e a falha do profissional em estabelecê-la explica grande parte de seu eventual fracasso no atendimento dos pacientes”.

Durante as etapas da entrevista é que o profissional busca por informações que possibilitem um melhor entendimento do quadro clínico e funcional do paciente, já que estes dados e aqueles obtidos durante a avaliação funcional propriamente dita, possibilitarão uma análise adequada do estado clínico/funcional do paciente e fornecerão subsídios para elaborar o diagnóstico funcional e, posteriormente, determinar a conduta terapêutica mais adequada.

Retomando os depoimentos dos alunos nas entrevistas, encontramos muitos traços de vinculação do envelhecimento a doenças, a incapacidades e à discriminação, quando os entrevistados se referem às vivências com idosos e à maneira de pensar o envelhecimento e o futuro do idoso em nossa sociedade. É possível verificar nas falas abaixo, o caráter depreciativo relacionado ao envelhecimento humano e a imputação de um caráter puramente biológico à velhice:

“Penso que o envelhecimento é um desgaste natural que o ser humano passa através dos anos, onde ocorrem transformações que levam à perda progressiva das funções sistêmicas, orgânicas e funcionais” (F, 23).

“O envelhecimento humano é um processo natural que, inevitavelmente, atinge todos os seres humanos. Mas que, em alguns casos, a prevenção é o melhor remédio, já que assim é possível evitar alguns “males” do envelhecimento. O caso de quedas é um bom exemplo (E, 30).

Podemos verificar por estas falas uma associação da velhice a doenças e às perdas funcionais que acreditam ser próprias da idade avançada. Segundo Sacks (1999) “uma doença não é somente uma perda, é também reação do indivíduo afetado no sentido de preservar sua identidade, por mais estranho que possam ser os meios, estudar e influenciar esses meios é essencial para o nosso papel”.

Ainda no que se refere à vinculação da velhice a doenças, lembramos novamente Mercadante (1997) ao asseverar que, apesar da velhice ser um fenômeno biológico, entendê-la desta maneira significa reduzir a questão e não analisá-la em sua

totalidade e complexidade, o que implica em não levar em conta os aspectos psicológico, social e, principalmente, cultural.

Também pudemos observar na fala de duas entrevistadas a velada negação da velhice, ao imputar a esta fase da vida valores questionáveis e depreciativos, representada no outro – velho-, por suas próprias dificuldades de se posicionar diante do envelhecer, como já descrito por Beauvoir (1990, p. 353), quando nos afirma que a revelação de nossa idade vem através do outro.

Parece-me que fui arrastada a revelia a esse ponto fatal, no qual é preciso suportar a velhice; eu a vejo, estou ali, e bem gostaria, ao menos, de arranjar-me para não ir mais longe, para não avançar nesse caminho das deficiências, dores perdas de memória, das desfigurações que estão prestes a ultrajar-me e ouço uma voz que diz: -É preciso caminhar contra a própria vontade, ou, se não quiserdes, é preciso morrer.

As falas a que nos referimos são de G, 24 e A, 23 quando afirmam:

Acho que o envelhecimento está na cabeça, porque muitos idosos praticam esportes, fazem dança e muitos são mais ativos que muitos jovens, mas geralmente o "retardo vem", e vêm dificuldades, vem diminuindo tudo, mas o envelhecimento fica "dentro" da cabeça. É o espírito que envelhece, o corpo vai envelhecer de qualquer forma, mas se você "pensa" jovem, aí demoramos mais para envelhecer. A nossa postura frente a isso deve ser diferente (G, 24).

É difícil, eu acho um fato natural, mas é muito complicado e, querendo ou não, há uma certa discriminação da sociedade que discrimina o velho pelo simples fato de ser velho, acreditam que são mais "lerdos", como vemos no trânsito e nos demais afazeres e, por isso, temos que ter mais calma com o idoso (A,23).

Estas afirmações nos conduzem a reconhecer, novamente, mediante a negação da velhice, a interferência da cultura, pois o modelo social do idoso mostra sempre qualidades negativas aos velhos e, segundo Mercante, ao fazer isto, este modelo

social ideológico nega um futuro ao velho, não lhe dando possibilidades de pensar em formas alternativas para a velhice.

Nos relatos de duas das entrevistadas, encontramos afirmações atribuídas a idosos, que retratam por parte destes a negação da própria velhice. Motta (1992.) explica que não é raro esta negação ser transformada em alguns sentimentos dos velhos em relação aos mais jovens que podem ser inveja, orgulho, ressentimento, superioridade, inferioridade, o que pode ser confirmado na fala a seguir:

Meu paciente fala que usamos aparelhos muito modernos que ele não acredita que funcione, pois a sua dor no joelho volta, porém ele sempre vem ao tratamento, e diz que somos jovens demais, parecendo que eles têm um certo preconceito contra os mais jovens (A, 23).

E a aluna A, 23 completa, referindo-se à dificuldade do idoso em expressar suas queixas aos mais novos. Sob sua ótica, poderiam ser mais diretos e específicos quando falam de suas queixas ou de seus problemas, creditando à idade avançada a dificuldade unilateral em estabelecer uma boa relação intergeracional.

Parece que eles têm medo da gente, de contar o que estão sentindo e não querem se abrir de imediato com pessoas desconhecidas, talvez porque pensam que vão ser discriminados, pois alguns comentam que muitas pessoas não dão valor as suas queixas em relação as suas patologias (A, 23).

Como futuros Mestres em Gerontologia, nos choca a visão extremamente pessimista, definitiva e estanque sobre o futuro dos velhos, apontada por todos os alunos entrevistados e também nos instiga a uma pesquisa sobre estes posicionamentos, para que uma melhor investigação das falas possa nos direcionar na busca de alternativas para a questão do envelhecimento.

No entender de F, 23, os idosos são indivíduos que nada mais têm a oferecer à sociedade na medida em que se tornam improdutivos e oneram as demais camadas da sociedade com altos custos em Serviços de Saúde e lazer voltado ao segmento idoso e apresenta sua visão de futuro para os idosos, dizendo:

Decadente, sem muitas perspectivas, pois por um próprio preconceito imposto pela sociedade, o idoso não é bem visto, pois para muitos é considerado “peso morto”, que já viveu o que tinha para viver, e que estar na sociedade é gerar custos que poderiam ser empregados em outras áreas (F, 23).

Para outra entrevistada, pensar o futuro do velho, do modo como vivemos hoje, traz antes de qualquer coisa o estigma da velhice, que ela considera como algo estritamente nefasto e, por isso, amedrontador. A, 23 relata:

Sinceramente eu tenho medo, pelo que vemos e ouvimos falar e por tudo que contam é ruins. O que deveria ser tranquilo é ruim (A, 23).

Em outras falas, torna-se explícita a maneira como a sociedade, em geral, trata o velho. Na visão das alunas, as pessoas e o Estado deveriam respeitar os mais velhos, em decorrência de já terem contribuído a esta mesma sociedade, através dos anos, seja em força de trabalho, seja mediante outras formas de atuação social, no entanto, não o fazem.

Eles não vivem, sobrevivem, não têm aposentadoria digna, não têm respeito dos outros, nem nos ônibus e nas filas e isto se reflete em tudo, a população aumenta, mas a qualidade de vida, não (D, 24).

Penso que não será um futuro promissor. Isto porque, apesar de nossa sociedade estar se transformando em sociedade idosa, nosso país não está preparado, ainda, para dar a atenção verdadeira completa, que nossos idosos merecem (E, 30).

Entendo que as coisas estão difíceis para todos, independente da idade, porém para os velhos a situação é ainda mais dramática, pois as condições de saúde, moradia, emprego ficam mais dificultados para o idoso, pois além da maior debilidade física, as pessoas têm um certo preconceito com os velhos (G, 24).

Analisando estas proposições dos jovens entrevistados, questionamos: como será possível conceber uma boa velhice, se a visão que se tem do envelhecimento, do presente dos idosos, e de seu próprio é ruim? Estas falas estão de tal forma impregnadas de negativismos e estigmas, com uma conotação de derrota, que o futuro não é nada além de um castigo para o final de um tempo, que pode ser a nossa própria vida.

Vida, que deve ser entendida, como afirma Medeiros (2003), não apenas como uma sucessão de eventos previamente demarcados, ou seja, passado, presente e futuro não são momentos únicos, desvinculados entre si durante nossa existência. Desta forma, a velhice não é simplesmente decorrência do final da vida, mas uma etapa que somada às demais - infância, juventude, idade adulta - compõe o processo de desenvolvimento que se inicia com o nascimento e termina com a morte. Buscamos aqui a sedimentação do conceito de envelhecimento, enquanto processo a ser construído e, acima de tudo, vivenciado.

E concordamos com o professor Martins (1998, p. 14), com sua colocação a este respeito:

O sujeito não pode ser uma série de eventos, isto é, ser criança, ser adolescente, ser adulto, ser velho, um conjunto segmentado de eventos. Por isso, ele não é eterno. Resta para este sujeito que sou eu, que é você - ser temporal.

Isto posto, voltemos nosso olhar novamente para as falas dos alunos entrevistados que parecem conceber o envelhecimento como algo fora deles e uma etapa a ser atingida num momento distanciado do presente, decorrente apenas de um tempo cronológico que avança trazendo consigo a decrepitude biológica e social. E busquemos um novo entendimento do tempo.

Como nos propõe o referido autor o homem sempre permanece relacionado com o tempo, porém o tempo não é um processo real, uma sucessão de eventos que nos dá prazer em registrar. E Martins (1998), prossegue sua análise, dizendo que o tempo se origina das relações com as coisas em si mesmas, há um futuro e há um

passado que estão em estado de preexistência eterna e de sobrevivência e, desta forma, o tempo não é uma dimensão cronológica medida em dias, meses e anos, mas um horizonte de possibilidades do Ser.

Segundo define Martins (1998) vivemos duas instâncias temporais, Cronos e Kairós. E segundo Monteiro (2005), podemos dizer que o tempo Cronos é o tempo do relógio, um tempo-coisa com delimitações estanques e escalas numéricas, que estabelecem quem é o mais velho e quem é o mais novo e, na exposição do mesmo autor, é o tempo Cronos que nos impõe limites, é opressor, devorador de tudo que cria, rejeitando a escolha do sujeito.

O tempo Cronos é externo, objetivamente contado no relógio e no calendário, evidenciado por datas de maneira ordenada e, segundo Medeiros (2003), torna nossa vida legal, do ponto de vista jurídico. Porém, o tempo Cronos retrata de certa forma o estigma da velhice, como complementa Mercadante (1998, p, 61)

Velhice passa a ser assim, uma categoria cronológica externa, que classifica os indivíduos. Mede-se em um tempo externo (anos, meses, dias, horas) toda uma experiência vivida dos sujeitos. Não se concebe tampouco se compreende o tempo como sendo o sujeito humano.

Quando os entrevistados, nas frases citadas anteriormente, analisam o futuro dos idosos sob o ponto de vista temporal e situam a velhice como um fim de linha da vida, determinam uma não-possibilidade de mudança, pois, na visão deles, as qualidades depreciativas do velho são determinadas pelo tempo que chamamos aqui de Cronos.

Ao encontramos nas falas dos alunos entrevistados o medo, a repulsa por algo inevitável e maléfico, porém real, que é a velhice, verificamos que o entendimento não se vincula nunca com o presente, como se as nossas ações no presente não fizessem parte do processo de envelhecer. É desta forma que G, 24 relata o futuro do idoso: *“vou ser uma velhinha bem moderna, pra frente”*, como se ela não estivesse através da vivência do presente, vivendo também o futuro. Nas palavras

de Martins (1998), “a única forma de conhecer ou tentar explicar a relação de futuro com o presente, seria colocá-lo num mesmo continuum, estou sendo como aquele que existe entre presente e o passado”.

Queremos falar aqui da outra dimensão temporal que é definida por Martins (1998) e explicitada por Monteiro (2005) que é o tempo vivido, um tempo que acolhe nossas experiências de vida e reconhece o ser como sujeito de seu tempo, determinando-lhe possibilidades. É o tempo denominado Kairós.

Por esta perspectiva, podemos dizer que é por nossas atitudes do dia-a-dia que exercitamos o futuro e vivemos hoje o que queremos para nós o tempo todo, pois como explica Martins (1998), o curso do tempo deve ser não apenas um presente que simplesmente passa e constitui o passado, mas, que possa significar um futuro que pressiona o presente.

Pensando em relação ao tempo sentido e vivido numa cronologia presente, passado e futuro só existirão, se buscarmos no tempo presente e neste momento, citamos o autor Martins (1998, p. 17) quando afirma

É na cotidianidade da vida, naquilo que fazemos, que vivemos, no nosso trabalho, no horizonte do dia que terminou, no dia e na noite, é aí que se estabelece o contato com o tempo e, então, aprende-se a conhecer o seu curso.

Gostaríamos de poder, por meio deste estudo, sedimentar a idéia de que há necessidade de entendermos que poderemos, mediante a vivência presente, gerar novas possibilidades de mudança na maneira de encararmos a velhice. Além disso, fazer do envelhecimento um processo contínuo de desenvolvimento, construído durante todo o curso da vida. O que almejamos é, sobretudo, proporcionar uma realidade melhor para o futuro dos velhos que parece estar no modo como estamos vivendo o momento presente, portanto, como estamos envelhecendo.

Finalmente, fica a visão dos entrevistados em relação ao preparo do Fisioterapeuta para atender ao público idoso que, na maioria das respostas, enfatizaram que é preciso ter melhor preparo técnico e, em muitos momentos, falam da necessidade de se aliar conhecimento e emoção dando mostras que uma compreensão mais abrangente do envelhecimento começa a se delinear dentro da universidade.

*O tempo faz tudo valer a pena
E nem o erro é desperdício
Tudo cresce e o início
Deixa de ser início
E vai chegando ao meio
Aí começo a pensar que nada tem fim...*

Ana Carolina

PALAVRAS FINAIS

Se, como afirma Soares (2001), o envelhecimento é gradual, construído durante toda a vida, devemos repensar agora um futuro melhor que afeta a nos mesmos como participantes da vida. Usando as palavras de Ribeiro (1992, p. 45): “Envelhecemos como vivemos. Colheremos amanhã os frutos que tivermos plantado hoje. É por isso que precisamos começar a pensar na velhice, quando ainda somos jovens”.

Convém que nos posicionemos diante da mudança de visão do envelhecimento e das formas de abordagem deste segmento, dentro da prática fisioterapêutica, pois para podermos oferecer condutas mais assertivas, precisaremos abranger todos os aspectos que envolvem o idoso e não somente o biológico. Note-se que é uma tentativa de melhorarmos nosso conhecimento destas problemáticas, para que possamos gerar um ambiente terapêutico interativo, com uma relação Fisioterapeuta/ Paciente que propicie eficazes resultados para ambos e concorda.

Reafirmamos, aqui, que não negamos o envelhecimento biológico, porém a velhice envolve múltiplas dimensões e, por isso, acreditamos que, como ressalta Duarte (1996), além de um bom estado de saúde, as pessoas cidadãos carecem de reconhecimento, respeito, segurança e de se sentirem participantes de sua comunidade, na qual possam depositar sua experiência e seus interesses. (Duarte,1996:130), o que também vai de encontro ao pensamento Zimerman(2000) quando fala que devemos ter flexibilidade e adaptação para enfrentar as mudanças provocadas pelo envelhecimento que diz “ tudo é um processo. Se soubermos nos adaptar às mudanças físicas,psíquicas e sociais que vão ocorrendo conosco ao longo da vida, o envelhecimento aos poucos vai se tornado realidade” e prossegue dizendo que è preciso ter coragem para enfrentar a velhice superar perdas e continuar amando e tendo prazeres na vida .

Reforçamos este posicionamento com a afirmação de Kamkhagi (2004, p. 203) em seu trabalho com um grupo de idosos:

Estudar a velhice pode ser também um modo de assegurar ao indivíduo seus direitos de cidadão, buscando soluções que voltem a inserir o idoso na sociedade. Hoje o aumento da expectativa de vida, aliada à luta pela dignidade, anda atraindo os olhares da sociedade para a velhice.

Neste sentido, cabe lembrar que, enquanto pesquisadora em Gerontologia, tentamos gerar uma ação transformadora que atue na mudança de olhar sobre o envelhecimento e o idoso, pesquisando novas diretrizes na relação Fisioterapeuta-Paciente Idoso. Como educadora, nosso objetivo é oferecer aos alunos condições para desempenharem adequadamente suas funções, o que inclui, além das ferramentas técnicas, uma sensibilização para produzir novos conhecimentos e pensar o ser humano de uma forma mais abrangente, levando em consideração todas suas facetas e peculiaridades culturais.

Essa nossa perspectiva vai ao encontro da afirmação de Morin (1995, p. 185):

Precisamos doravante aprender a ser, viver, partilhar, comunicar e comungar enquanto humanos do planeta Terra. Não mais apenas ser de uma cultura, mas a ser terrestre.

Uma relação baseada em confiança mútua propicia que o paciente participe ativamente na condução do tratamento a ser executado, e mais, que cada uma das partes assuma a responsabilidade numa nova associação que se estabelece com a finalidade última do restabelecimento da saúde, com uma visão mais completa do ser humano, qual seja: bem-estar, autonomia e independência funcional do paciente, e não somente com foco na doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERZINZ, M.A.V.S Envelhecimento Populacional: uma conquista para ser celebrada. **Revista de Serviço Social**. São Paulo: ano XXIV nº75, 2003.

CAMARANO, A. A. ; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idosos brasileiros? In: Camarano, A. A. (org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Rio de Janeiro, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

DUARTE, Y. A.O. **O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem**. Dissertação de Mestrado., São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 1996.

FUNDAÇÃO IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais – 2004, Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

GALLIAN, D.M.C; A (re) humanização da Medicina. **Revista Psiquiatria na Prática Médica**. São Paulo: Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria UNIFESP, v.33, n.2. p. 5-8, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: L.T.C, 1989.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOMES, M.R.C. **Idosos de hoje, atletas olímpicos do passado**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC, 2005.

ISMAEL, J.C. **O medico e o paciente**. 1ªed. São Paulo: T.A. Queiroz, 2002.

KAMKHAGI, D. **Um outro, talvez novo tempo: a velhice**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. São Paulo: PUC, 2001.

LEITE, I.L. **Gênero, família e representação social da velhice**. Londrina: Eduel, 2004.

LOUREIRO, A. P. C. **Envelhecimento, deficiência física: um estudo das representações simbólicas**. Dissertação de Mestrado em gerontologia. São Paulo: PUC, 2000.

LOPES, R.G.C. Século XXI: os velhos ainda precisam ser indignos? In: Corte, B.; Mercadante, E.F.; Arcuri, I.G. (orgs) **Velhice, Envelhecimento e Complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

LÓPEZ, M. A relação médico paciente. **Fundamentos da Clínica Médica**. Belo Horizonte: MEDSI, 1997.

MACEDO, R.S. **História Oral. Vozes que documentam**. In: A etno pesquisa crítica e multirreferencial nas Ciências Humanas e na Educação. Salvador: Edifba, 2000.

MARTINS, J. Não somos Cronos, somos Kairós. **Revista Kairós**. São Paulo, n.1, v.1. Gerontologia. Núcleo de Estudos e Pesquisa do envelhecimento. São Paulo: EDUC, ano 1, v. 1, 1998.

MEDEIROS, S.A.R. **Revista Kairós**. São Paulo, n.1, v.1. Gerontologia. Núcleo de Estudos e Pesquisa do envelhecimento. São Paulo: EDUC, ano 1, v. 1, 1998.

MEDEIROS, S.A.R. Como pensar a vida. **Revista de Serviço Social**. São Paulo: ano XXIV, nº75, 2003.

MERCADANTE, E.F. **A construção da identidade e da subjetividade do idoso**. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC, 1997.

_____. A identidade e a subjetividade do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo: EDUC, Vol.1, nº75, p.59-67, 2003.

_____. Velhice: uma questão complexa. In: Corte, B.; Mercadante, E.F.; Arcuri, I.G. (orgs) **Velhice, Envelhecimento e Complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

MONTEIRO, P.P. **Envelhecer: histórias, encontros e transformações**. Minas Gerais: Autêntica Editora, 2003.

MORIN, E.: KERN, A. B. **Terra Pátria**. Porto Alegre: Editora Sulina, 1995.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens: Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas: Unicamp, 1991.

NERI, A.L. **Palavras chaves em Gerontologia**. Campinas: Ed. Alínea, 2001.

PAPALÉO, M. N. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M., ed **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M., ed. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PICKLES, B. et al., **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REBELATTO, R. BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**. São Paulo: Manole, 1999.

SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu..** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SANCHES, E.L. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo. **Atualização Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo: RS Distribuidores, Ano 2, Vol.1 e N.3, 1984.

SANTOS, L.A. **Tecnologias de Informação e comunicação: o e-mail redimensionando as relações sociais de idosos**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. São Paulo: PUC, 2005.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

SOARES, R.F.N. **O estagiário de Fisioterapia no tratamento ao idoso institucionalizado**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. São Paulo: PUC, 2001.

ZIMERMAN, G. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autora: Ana Maria da Silva Bifulco

Título provisório da Pesquisa: “A Relação Fisioterapeuta-Paciente idoso: Estudo sobre a formação profissional”.

Nome do aluno: _____

Caro Aluno:

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada: “A Relação Fisioterapeuta-Paciente idoso: Estudo sobre a formação profissional”

O Objetivo central desta pesquisa é conhecer as concepções sobre envelhecimento humano dos alunos de Fisioterapia que estão em fase de estágio e já realizaram estágio na Clínica de Fisioterapia e também estudar a relação Fisioterapeuta-Paciente que ocorre durante o atendimento oferecido aos idosos.

A obtenção dos dados da pesquisa será através de um questionário contendo perguntas relativas ao envelhecimento e ao atendimento fisioterápico aos pacientes idosos. Você responderá a este questionário durante uma entrevista previamente agendada que será gravada e posteriormente transcrita para melhor aproveitamento dos dados. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e dos demais participantes.

Faz-se necessário deixar claro que sua participação é voluntária. A qualquer momento poderá recusar-se a participar ou ainda retirar seu consentimento.

Eu abaixo assinado confirmo que Ana Maria da Silva Bifulco explicou-me os objetivos desta pesquisa, as atividades e as condições da minha participação. Eu li e compreendi este termo de consentimento livre esclarecido. Portanto concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

São Paulo ____/____/____

Aluno

Pesquisadora

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Você já teve alguma vivência com idosos?

Sim () Não ()

Comentários.

2) Independente do diagnóstico médico e fisioterápico você acredita ser diferente tratar um adulto jovem e um idoso?

3) O que você pensa sobre o envelhecimento humano?

4) Como você entende o futuro do velho em nossa sociedade?

5) Você acredita que o Fisioterapeuta é um profissional apto a atender o paciente idoso?

Sim () Não ()

Comentários:

ANEXO 3

ENTREVISTAS

Nome: A, 23

Idade: 23 anos

1) Você já teve alguma vivência com idosos? Sim (x) Não ()

Comentários. Sim já tive experiência aqui na faculdade através de um trabalho dentro da disciplina de Geriatria feito juntos aos idosos de um centro de convivência aqui em Osasco e em casa com minha bisavó e meus avós paternos, bem na verdade eu acho que eles todos são muito carentes, gostam muito de falar e se você começa a conversar e dar atenção, aí eles tem papo pra tudo. Lembro quando fomos fazer a pesquisa, eles não respondiam as perguntas simplesmente mas pegavam qualquer gancho no papo e não paravam mais de falar.

Independente do diagnostico medico e fisioterápico você acredita ser diferente tratar um adulto jovem e um idoso?

Acredito sim, é diferente o idoso e os demais, pela maneira deles tem dificuldades expressarem, de falar sobre a patologia e do que estão sentindo, o idoso parece ter mais dificuldade de ser mais específico. Por exemplo, se for uma dor localizar a dor e modifica o enfoque. Parece que eles têm medo da gente, de contar o que estão sentindo e não querem se abrir de imediato com pessoas desconhecidas, talvez porque pensam que são discriminados alguns comentam que muitas pessoas não dão muito valor suas patologias.

3) O que você pensa sobre o envelhecimento humano?

É difícil, eu acho um que envelhecer é um fato natural, mas é muito complicado e querendo ou não há uma certa discriminação da sociedade que discrimina o velho

pelo simples fato de ser “velho” e acreditam que são mais lerdos como agente vê no trânsito e todo mundo xinga, também nos demais afazeres mesmo e por isso temos que ter mais calma com o idoso.

4) Como você entende o futuro do velho em nossa sociedade?

Sinceramente eu tenho medo, pelo a gente vê ouve falar e por tudo que contam e agente não acredita, é ruim. O que deveria ser mais tranquilo é ruim. Todo mundo fala dos velhos sem demonstrar muito respeito.

5) Você acredita que o Fisioterapeuta é um profissional apto a atender o paciente idoso? Sim (x) Não ()

Comentários: Acredito que sim, mas não posso falar pelos outros alunos mais eu acredito que no curso estão enfocando mais isto –Velhice- e realmente o fisioterapeuta tem que trabalhar e escutar muito s idosos, e não é tão simples assim. Estamos aprendendo a atender este paciente.

Nome: G, 24

Idade: 24 anos

1) Você já teve alguma vivência com idosos? Sim (x) Não ()

Comentários. Em casa minha avó mora com a gente desde que eu tenho 06 anos de idade. Sempre morou com a gente. Hoje ela tem 81 anos, e conviver com idosos é complicado, pois o idoso precisa todo “aquele” tratamento, é diferente, ainda mais ela que já teve quatro (A.V.E.s) derrames e eles ficam muito abalados, ela usa um tampão, pois o AVE causou problemas de visão, fora não estar enxergando direito ela tem vergonha de sair pra rua com o tampão, não quer mais sair e antes ela descia até o prédio pra tomar sol e agora não quer mais e só fica dentro de casa e fica pior, fala muito, repete muito, reclama muito, e parece que gostar de fazer intrigas. Não é bem que gosta, acho que é porque ela não tem o que se preocupar, pensar em problemas, então assim quando minha mãe chega em casa, ela fica contando pra minha mãe o que a empregada fez, o que minha irmã fez e querendo, cobrando que minha mãe brigue com minha irmã, brigue com a empregada e as vezes ela faz isto comigo, ela cria situações de confronto entre eu e minha mãe, geralmente quando a gente briga é porque ela que começa, ela lança um assunto e sai de campo deixando eu e minha mãe discutindo.

Não sou contra os idosos, mas geralmente os idosos querem mais atenção, quer que você se preocupe mais, tudo ela tem dor, se ela ta assistindo TV, ela fica do meu lado fica dizendo to com dor de estomago to com dor de estomago, parece que não aceitar te ver quieta e fica falando até eu virar a atenção pra ela e falar: vó toma um remédio e ela diz, to com dor de ouvido até chamar a atenção.

2) Independente do diagnostico medico e fisioterapêutico, você acredita ser diferente tratar um adulto jovem e um idoso?

Acho sim, a minha experiência aqui na clinica, quando estamos tratando de um adulto mais jovem uma senhora, a dona Sonia de 50 anos e um senhor mais idoso,

ambos com artrose, é diferente, pois ele é mais fechado e fala que nós usamos muitas modernidades que ele não acredita (laser, etc)ele descredita e eu pergunto: mas o senhor não melhorou? Ele então dizia melhorei, mas a dor volta, como dissesse isto não presta porem ele sempre vem ao tratamento e ele gosta de estar aqui ficar junto e conversar é um momento pra ele, diz que somos jovens demais, mostrando um certo preconceito, a dona Sonia não, ela é mais participativa.

O que você pensa sobre o envelhecimento humano?

Acho que o envelhecimento esta na cabeça, porque os muitos idosos praticam esportes fazem dança e muitos são mais ativos muitos que os jovens, mas geralmente o retardo vem, vêm dificuldades, vem diminuindo tudo, mas o envelhecimento fica dentro da cabeça e o espírito da pessoa que envelhece, o corpo vai envelhecer de qualquer forma, mas se você “pensa” jovem ai demora mais pra envelhecer. A postura tem que ser diferente

4)Como você entende o futuro do velho em nossa sociedade?

Eles não vivem, sobrevivem, não tem aposentadoria digna não tem respeito ninguém da o lugar nos ônibus nas filas e isto se reflete em tudo a população de idosos aumenta, mas a qualidade de vida não.

Ruim, hoje não temos um tratamento diferenciado para os idoso, a vida esta difícil pra todo mundo e pra os idosos que mais precisam em todos os aspectos físico e emocional eles não tem, velho não tem valor e também de certa forma tem preconceito com as demais gerações eles desconfiam dos jovens

5)Você acredita que o Fisioterapeuta é um profissional apto a atender o paciente idoso? Sim (x) Não ()

Comentários: O preparo não é muito bom, mas tem que se especializar e principalmente conquistar os idosos e motivá-los pra vida, pois a maioria acha que vai morrer logo.

Nome: E, 30

Idade: 30 anos

1) Você já teve alguma vivência com idosos? Sim (X) Não ()

Comentários. Sim tive contato com idosos quando fiz um estágio extra numa instituição Geriátrica. Foi por um período curto, porém de grande valia porque aprendi muito a diferenciar um adulto jovem de um adulto idoso. E também com parentes, meus tios e avós sempre vinham em casa e meu avô chegou a morar com a gente durante um tempo depois que minha avó morreu.

2) Independente do diagnóstico médico e fisioterápico você acredita ser diferente tratar um adulto jovem e um idoso;

Sim, totalmente diferente. Porque, o envelhecimento traz várias alterações anatômicas e fisiológicas, e estas alterações tornam o paciente idoso mais frágil.

Os idosos têm várias alterações posturais e estão mais sujeitos a sofrer quedas. Por isso, é importante corrigir a postura e aumentar sua força muscular para evitar quedas acidentais que são frequentes no ambiente doméstico. Além disso, respeitar as alterações que podem vir com a idade, como hipertensão, diabetes ou problema neurológico associado.

No adulto jovem, as alterações são menores, na maioria das vezes não apresentam outras patologias associadas e ainda compreendem melhor alguns procedimentos necessários ao tratamento. Como, por exemplo, ficar em traje de banho para uma melhor avaliação.

3) O que você pensa sobre o envelhecimento humano?

O envelhecimento humano é um processo natural que, inevitavelmente, atinge todos os seres humanos. Mas que em alguns casos, a prevenção é o melhor remédio, já que assim é possível evitar alguns males do envelhecimento, o caso de quedas é um bom exemplo.

4) Como você entende o futuro do velho em nossa sociedade?

Não penso que será um futuro promissor. Isso porque, apesar de nossa sociedade estar se transformando em uma sociedade idosa, nosso país não está preparado, ainda, pra dar a atenção verdadeira que nossos idosos merecem. O número de idosos vem crescendo a cada dia, não posso falar em quantidade mais sei que é muito e também vemos no dia a dia e a atenção em vários aspectos não parece dar conta de tanta gente.

5) Você acredita que o Fisioterapeuta é um profissional apto a atender o paciente idoso? Sim (X) Não ()

Comentários: Porém, assim como em qualquer outra área, trabalhar com idosos requer especialização. A avaliação física dessas pessoas precisa ser bastante cuidadosa, o número de repetições dos exercícios um pouco menor do que o indicado para o paciente mais jovem e a carga de força diferenciada. Idosos portadores de certas doenças requerem muita atenção, pois podem apresentar alterações específicas, próprias da patologia ou não, mas que no indivíduo idoso parece ter um jeito diferente fica pior as vezes então é preciso uma especialização que facilite o atendimento para não generalizarmos e trata todo mundo igual sem levar em conta as diferenças que encontramos nos idosos.

Nome: F, 23

Idade: 23 anos

1) Você já teve alguma vivência com idosos? Sim (X) Não ()

Comentários: Tive por muito tempo com minha avó e por seis meses tratei dela quando teve uma fratura de úmero, e é preciso muita paciência e compreensão. Pelo período de um ano trabalhei em um hospital de apoio, localizado na Granja Viana, onde o público alvo era idoso que residiam ou eram encaminhados de outros hospitais para continuação do tratamento; resumindo, foi o lugar onde aprendi que poderia ganhar tanto em experiência profissional quanto pessoal.

2) Independente do diagnóstico médico e fisioterápico, você acredita ser diferente tratar um adulto jovem e um idoso?

Sim, pois apesar de ter a “mesma estrutura física”, existem diferenciações básicas na resposta ao tratamento, na forma de abordagem, no andamento terapêutico e até mesmo psicológico de como se conseguir alcançar um objetivo, uma meta, a colaboração de fazer com que o paciente, entenda o porquê das técnicas terapêuticas utilizadas.

3) O que você pensa sobre o envelhecimento humano?

Penso que o envelhecimento é um desgaste natural que os seres humanos passam através dos anos, onde ocorrem transformações que levam a perda progressiva das funções sistêmicas, orgânicas e funcionais; porém ao mesmo tempo em que se há perda, há o ganho dos conhecimentos e experiências que só com o passar do tempo se pode ter, uma “sabedoria adquirida” e passar para os mais novos estes conhecimentos eu só podem ser adquiridos com o passar dos anos.

4) Como você entende o futuro do velho em nossa sociedade?

Decadente, sem muitas perspectivas, pois por um próprio pré-conceito imposto pela sociedade, o idoso não é bem visto, pois para muitos é considerado um “peso

morto”, que já viveu o que tinha para viver e que estar na sociedade é gerar de custos que poderiam ser empregados em áreas diversas, Saúde – onde eles são os públicos de maior procura em postos e hospitais; Lazer – poucas opções ao Idoso; Mercado de Trabalho – onde são considerados, apesar de grande experiência defasada em produtividade etc.

5)Você acredita que o Fisioterapeuta é um profissional apto a atender o paciente idoso? Sim (X) Não ()

Comentários: Se bem preparado, e se gostar de trabalhar com tal público, pois tem que ter empatia, pois as dificuldades existem, persistem e tem que ter vontade para se fazer o melhor, se especializar caso contrário, existe outros campos para tal profissional.

Nome: D, 24

Idade: 24 anos

1) Você já teve alguma vivência com idosos? Sim (x) Não ()

Comentários. Sim eu tive e tenho contato com minha avó materna, e cheguei a morar algum tempo com ela, pois trabalhava perto de onde ela reside até hoje. Foi um tempo bom, pois aprendi muito com sua experiência e suas histórias, e uma pessoa muito boa e doce, mas muito geniosa. No trabalho como fisioterapeuta atendi alguns idosos, aqui e no hospital, mas confesso que gosto mais de trabalhar com crianças, vou seguir esta área.

2) Independente do diagnóstico médico e fisioterápico você acredita ser diferente tratar um adulto jovem e um idoso?

Acredito sim. É preciso paciência nos dois casos, porém a identificação com crianças para mim é mais fácil, pois parece que a todo instante os idosos estão nos testando e comparando, alguns chegam a expressar isto dizendo que sou muito menina ainda para estar trabalhando e cuidando deles. E também tem o problema do próprio envelhecimento orgânico que dificulta o tratamento.

3) O que você pensa sobre o envelhecimento humano?

Algo natural que acontece a todos que conseguem sobreviver claro. Traz muita dificuldade física, mas que também pode ser melhorada se prevenida, e a pessoa ter uma qualidade de vida melhor.

4) Como você entende o futuro do velho em nossa sociedade?

Entendo que as coisas estão difíceis para todos independente da idade porém para os mais velhos a situação é ainda mais dramática, pois as condições de saúde, moradia, emprego ficam mais dificultadas para o idoso, pois além da maior debilidade física as pessoas têm um certo preconceito com os velhos e desprezam suas experiências de vida e profissional, então fica difícil.

5)Você acredita que o Fisioterapeuta é um profissional apto a atender o paciente idoso? Sim (x) Não ()

Comentários: Creio que sim, desde que tem especialização na área e goste de trabalhar com idosos, tenham identificação, pois é um público diferenciado que requer muitos cuidados.