

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP**

Elizabeth Viana Soares

**O cuidado fisioterapêutico a pacientes idosos hospitalizados: um convite ao
olhar fisiogerontológico**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

SÃO PAULO

2008

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP**

Elizabeth Viana Soares

**O cuidado fisioterapêutico a pacientes idosos hospitalizados: um convite ao
olhar fisiogerontológico**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

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

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando porém , Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

“Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil”.

Martin Heidegger, 1989

Dedicatória

Em todos os momentos da minha vida passaram por mim pessoas muito importantes que contribuíram muito para o meu aprendizado e para minha formação.

A todas essas pessoas dedico este trabalho como forma de agradecimento por todos os ensinamentos passados.

Agradecimentos

A Deus, pela presença constante na minha vida e por sua incansável contribuição em todos os momentos.

Aos meus pais, Ruy e Amerita, que durante toda a minha vida me deram inúmeras oportunidades para que pudesse ter chegado até aqui, não medindo forças para que este sonho fosse realizado.

Aos meus irmãos Isabelle e Ruimach e a minha cunhada Luciane por ajudarem nesta caminhada..

As minhas grandes amigas Michelle e Máira por nunca me abandonarem, mesmo estando longe.

A minha eterna amiga Renata Amarante por ter me apresentado aos estudos geriátricos e gerontológicos e sempre ter me acolhido em sua casa.

Aos meus alunos que entenderam os meus momentos de ausência durante as aulas para que hoje pudesse chegar até aqui..

Ao meu grande amigo Sylvio Rogério pela sua insistência para que eu comesse este curso e pelo seu apoio durante todo o curso e todos os dias da viagem juntos, meu muito obrigada..

À Renata Seabra pelos momentos de quarto divididos e companherismo durante esta estrada.

À Mônica Faria que sempre se mostrou incansável em ajudar com suas orientações e sua extrema organização.

Aos coordenadores e professores do ISECENSA que colaboraram e torceram para a chegada deste momento.

À amiga de trabalho e pessoal Dafny Pires por sempre se colocar presente nos momentos que precisei..

A todos os profissionais que puderam dispor de algum tempo para responder aos meus questionamentos e colaborar para esta pesquisa científica.

Ao corpo docente do Programa de Gerontologia da PUC/SP que ajudou a engrandecer os meus conhecimentos.

À minha orientadora, Prof^a Doutora Elisabeth Frohlich Mercadante que aceitou o desafio de me orientar e trazer novos conhecimentos e conceitos para a minha vida.

Aos pacientes idosos do Hospital Ferreira Machado que muito me ensinaram durante os seus “passeios” hospitalares.

RESUMO

Envelhecer e tornar-se velho não é um caminho fácil, assim como, conceituar estes termos, pois depende das concepções individuais e das concepções culturais da sociedade. Durante o envelhecimento diversas alterações acontecem, passando por modificações físicas, emocionais, sociais, e econômicas. Essas mudanças, principalmente as relacionadas a parte orgânica do corpo, são as grandes responsáveis pelo aparecimento das doenças na terceira idade. As complicações das doenças nesta fase podem ser consideradas como as causas para hospitalização destes sujeitos. O período da hospitalização é considerado como um momento onde diversos procedimentos são realizados e responsáveis por grandes momentos de stress para estes pacientes. Este *stress* pode ser combatido se durante a hospitalização o tratamento das doenças vier acompanhado do Cuidar. Este trabalho teve como objetivo proposto verificar se existe a realização do ato de Cuidar por parte dos fisioterapeutas, além de saber quais as definições dos termos velho, velhice e envelhecimento para estes profissionais. Para a realização deste, trabalho a pesquisa desenvolvida foi do tipo qualitativa baseadas em entrevistas semi-estruturadas com 13 fisioterapeutas que exercem suas funções no Hospital Ferreira Machado, situado em Campos dos Goytacazes/RJ. Os resultados desta pesquisa mostraram que apesar dos profissionais mostrarem opiniões diferentes relacionadas ao envelhecimento, como alterações físicas exclusivamente, eles fazem com que o Cuidar e o tratar andem juntos.

Palavras- Chave: Velho, Envelhecimento, Cuidar, Tratar

ABSTRACT

Ageing and become old is not an easy path, and, set these terms, it depends on the conceptions of individual and cultural concepts of society. During the ageing several changes occur through physical changes, emotional, social, and economic. These changes, particularly those related to organic part of the body, are responsible for the large outbreak of diseases in old age. The complications of the disease at this stage can be considered as the cause for hospitalization of these subjects. The period of hospitalization is regarded as a moment where various procedures are carried out and responsible for great moments of stress for these patients. This stress can be fought during hospitalization is the treatment of diseases of Caring comes together. This study aimed to ascertain whether there is proposed the creation of the act of care from physiotherapists, in addition to know what the definitions of old, old age and aging for these professionals. To achieve this, the research work was developed based on qualitative kind of semi-structured interviews with 13 physiotherapists who exercise their duties in Hospital Ferreira Machado, located in Campos dos Goytacazes / RJ. The results of this research showed that despite the professional show different opinions related to ageing, as only physical changes, they make the care and treat hand together.

Key-words: Old, Aging, Caring, Treat

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	
Envelhecimento, velhice e velho: processo, fase e produto que se misturam.....	16
1.1 – Quem é velho: eu ou você?	16
1.2 – Envelhe-sendo.....	27
CAPÍTULO II	
A fisioterapia no cuidado a pacientes idosos hospitalizados.....	32
2.1 –Idoso x Hospitalização	32
2.2- Fisioterapia, Gerontologia e Fisioterapeutas.....	45
2.3- Cuidado fisioterapêutico.....	52
CAPÍTULO III	
A Pesquisa.....	58

3.1- Metodologia.....	58
3.2- Saber Cuidar.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICE I	
Roteiro para Pesquisa.....	87
ANEXO I	
Termo Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.....	88

INTRODUÇÃO

A realização de pesquisas científicas implica em um grande número de buscas relacionadas aos saberes literários, principalmente quando são relacionados a temas complexos e ainda pouco estudados, como o processo de envelhecimento e a velhice propriamente dita.

Diante de um tema tão complexo onde se relaciona envelhecimento, velhice, velho e cuidados fisioterapêuticos, a presente pesquisa buscou esclarecer um pouco mais acerca destas noções.

A realização de uma revisão bibliográfica para os esclarecimentos relacionados a estas noções tornou-se de extrema necessidade, para que o presente trabalho pudesse ser redigido com embasamento teórico bem fundamentado.

A estimulação para a busca de respostas que pudessem trazer satisfação científica para a pesquisadora foi a pedra fundamental para que este trabalho fosse produzido, após percorrer diversos temas, mas sempre relacionando com o envelhecimento, a chegada a questões, para a pesquisa com profissionais fisioterapeutas, como:

- O que é ser velho na concepção fisioterapêutica?

- O que significa velhice para estes profissionais?
- Partindo de uma definição feita pelos próprios profissionais, o que significa o termo tratar no atendimento a idosos hospitalizados?
- Qual a relação que o termo cuidar fisioterapêutico é descrito por estes profissionais e que tipo de articulação estes mesmos sujeitos fazem com o termo tratar?

Na busca por estas respostas, fiz primeiramente um levantamento bibliográfico sobre estes assuntos. Para tal foram utilizados, como referenciais teóricos principais para a definição de velho, velhice e processo de envelhecimento, autores como *Simone Beauvoir* responsável por escrever uma das obras mais clássicas sobre o envelhecimento denominado "*A Velhice*". Além de utilizar *Simone Beauvoir*, escritores como *Matheus Papaléo*, *Elisabeth Mercadante*, *Ruth Lopes*, *Pedro Monteiro*, dentre outros foram utilizados para oferecerem suporte teórico sobre o assunto de forma contundente e importante. Ainda dentro das perspectivas bibliográficas, o contexto passou ser analisado pelos autores: *Fábio Batalha*, *Rebellato* e *Elizabeth Freitas* nos assuntos relacionados à fisioterapia e gerontologia. Para o embasamento teórico relacionado aos temas Cuidar e Tratar utilizei como fonte de apoio os autores *Ricardo Ayres* e *Leonardo Boff* que trouxeram com seus textos científicos e filosóficos grandes contribuições para a elaboração desta pesquisa.

As opiniões fornecidas por esses autores e confrontadas com a de outros escritores e a análise das respostas dos fisioterapeutas entrevistados serviram para, então, esclarecer e responder aos questionamentos responsáveis pela origem desta pesquisa.

Em busca por respostas sobre a problematização exposta, este trabalho foi dividido em três capítulos.

O primeiro capítulo trata das definições sobre o tema velhice, processo de envelhecimento e velho. Dentre as definições expostas pelos autores que embasaram este capítulo, encontramos a clássica obra de Beauvoir que explicita suas considerações sobre o termo velho. De acordo com a autora encontramos a seguinte frase: *velho é sempre o outro*. Ainda neste capítulo encontramos a escritora Lopes que acrescenta, segundo seus textos, a existência do velho atrelada aos padrões culturais e sociais tendo em vista o contexto a que ele pertence. As definições acerca da velhice e envelhecimento, que também foram explorados neste capítulo, podem ter suas definições baseadas na opinião fornecida por Lopes. Para esta autora, *a velhice como categoria universal, não existe isoladamente*. De acordo com a sua reflexão, a velhice depende da cultura, do momento histórico em que se vive e da sua própria concepção para este termo. Ainda no primeiro capítulo, temos os argumentos e propostas formuladas pelo autor Matheus Papaléo que promove uma discussão importante sobre o termo envelhecimento, mostrando que este é um processo, o qual possui como produto o velho que passa a viver a fase da velhice.

O segundo capítulo apresenta uma discussão sobre os temas fisioterapia, cuidar e tratar, embasado nas concepções técnico-científicas fornecidos pelos autores Fábio Batalha e Rebelatto quando reportados ao assunto fisioterapia. Para estes autores, a fisioterapia é uma área de conhecimento que possui a função de atenuar e diminuir o sofrimento daqueles que necessitam passar por algum processo reabilitativo em decorrência de alguma doença. Ainda neste contexto, o presente capítulo aborda as questões relacionadas aos conhecimentos técnico-científicos que estes profissionais adquirem durante o período acadêmico e a relação que poderia haver entre estes e os conhecimentos filosóficos que poderiam melhorar a relação entre as questões dos cuidados e tratamentos fornecidos aos pacientes. A

discussão para os temas Cuidar e Tratar, neste capítulo, foi baseada nos autores Ricardo Ayres e Leonardo Boff. Para o teólogo Leonardo Boff, o termo cuidado pode ser definido como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O médico Ricardo Ayres, no presente capítulo, apóia a discussão sobre o ato de cuidar. Este autor mostra como a realização do cuidar pode ser comparada a arte. As discussões sobre a diferença entre os atos de cuidar e tratar foram também apoiadas no autor Ricardo Ayres. Para o estudioso, o cuidar envolve os conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante a formação profissional associado ao aparecimento de uma relação humanística, entre os profissionais e os pacientes. Ainda dentro desta discussão, baseado nos conhecimentos fornecidos por Ayres, o Tratar não permite nenhum tipo de vínculo afetivo, ou seja, os profissionais estabelecem com seus pacientes apenas uma relação doutor/paciente.

O terceiro capítulo trouxe uma discussão sobre a metodologia utilizada. Esta foi baseada em uma pesquisa qualitativa baseada na técnica da entrevista semi-estruturada. Segundo o autor Tim May, a entrevista semi-estruturada é uma das melhores formas para se conduzir uma pesquisa, pois o entrevistador possui a possibilidade de direcionar as questões abordadas durante a entrevista com os pesquisados. Este capítulo traz no segundo momento da sua discussão a análise sobre os temas propostos aos entrevistados correlacionando estes dados com a bibliografia utilizada para fornecer suporte teórico a esta análise.

Na última parte deste estudo, apresentamos as considerações finais a que chegamos sobre a pesquisa realizada com os profissionais sobre os significados de velho, velhice para os profissionais fisioterapeutas, assim como, o que estes

entendem como Cuidar e Tratar e como eles realizam essa correlação durante a sua atuação profissional.

CAPÍTULO I

ENVELHECIMENTO-VELHICE E VELHO: processo, fase e produto que se misturam

1.1- Quem é velho: eu ou você?

*E eles dirão: "Seu cabelo, como está ralo!"
Meu casaco distinto, meu colarinho impecável,
Minha gravata elegante e discreta,
confirmada por um alfinete solitário-
Mas eles dirão: Seus braços e pernas,
que finos estão!*

T.S.ELIOT

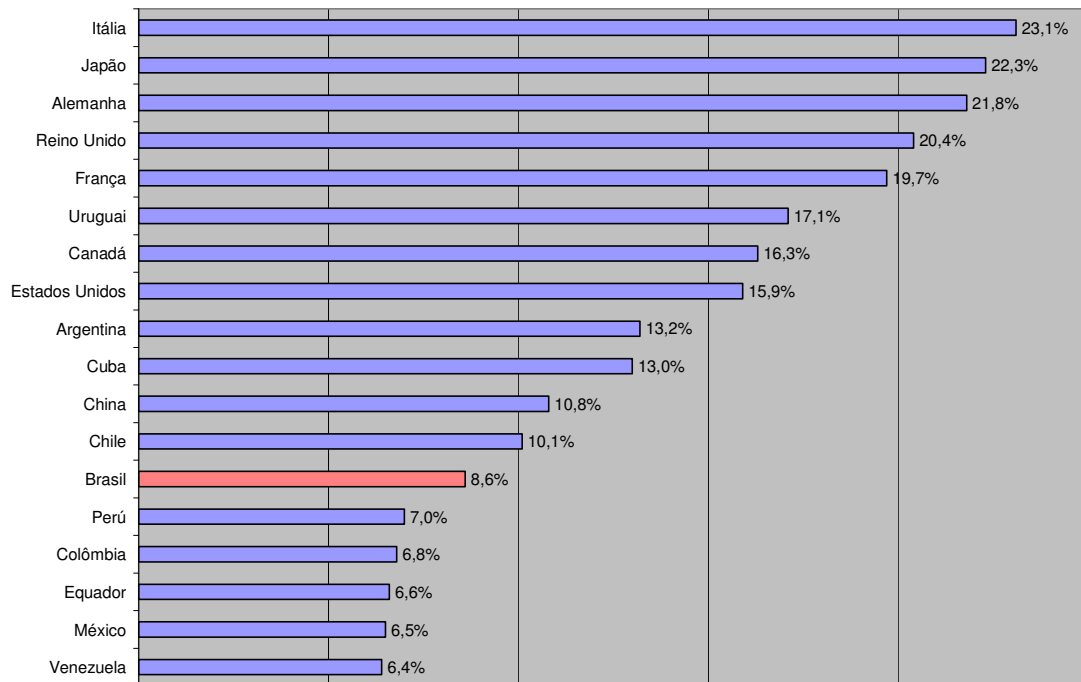
O processo do envelhecimento brasileiro vem acontecendo com uma grande aceleração na transição demográfica associada a uma transição epidemiológica incompleta, assim como em o todo mundo, mas sem as devidas condições econômicas, sociais, políticas e de saúde que possam sustentar o segmento idoso, gerando grandes problemas sociais e principalmente para a saúde pública brasileira. A forma como esse processo vem acontecendo contribui para que ocorra uma inversão da pirâmide etária, promovendo um alargamento do seu ápice e diminuição da sua base com tendência a um formato do tipo retangular e não mais piramidal

(FREIRE & TAVARES, 2006). Essa inversão sofreu influência de diversos fatores, tais como a diminuição da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida em decorrência da melhoria das condições de saúde das crianças e adultos com conseqüente melhora da qualidade de vida das pessoas, além da diminuição do número de filhos gerados e casamentos tardios.

O envelhecimento nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos ocorre de forma diferente em virtude das condições sócio-econômicas, haja vista, que os países desenvolvidos se prepararam para este processo, promovendo melhorias na área da saúde, da previdência social e preparo dos profissionais da saúde. Enquanto todo esse processo foi bem preparado nas grandes potências mundiais englobando a parte econômica, social e de saúde, nos países em desenvolvimento esse processo ocorreu de forma despreparada envolvendo a incapacidade financeira dos países em sustentar os setores sociais, de saúde, da economia, do trabalho, o que culminou em um desequilíbrio nestes setores.

Dentre o grande número de países que apresentam o envelhecimento, encontramos a China, como o país da Ásia, que comporta maior número de velhos com cerca de 21% da população. Nessa proporção a América Latina possui o Chile, seguido pelo Uruguai, Argentina e Brasil como os países que possuem maior número de idosos. O Brasil, considerado o maior país em extensão territorial da América do Sul, possui uma previsão para 2025 de aproximadamente 33 milhões de idosos, o que o deixará entre o 6º/7º país em número de velhos. A maioria das pessoas da Terceira Idade – em torno de 70% - vive em países em desenvolvimento. (OPAS; 2005:10). De acordo com o exposto, o gráfico ilustra as proporções mundiais de idosos.

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países selecionados - 1990/1999



A terceira idade brasileira encontra-se com maior concentração no estado do Rio de Janeiro com aproximadamente 13,3% da população seguido pelo Rio Grande do Sul com 12% da população formada por indivíduos com mais de 60 anos de idade. No Estado do Rio de Janeiro encontramos o bairro de Copacabana - com uma beleza natural, formado por belas praias, que permitem aos moradores cariocas aproveitarem das paisagens naturais para fazerem suas atividades físicas, seus jogos, suas caminhadas ou simplesmente observar o tempo passar olhando e admirando a beleza das praias do Rio de Janeiro - com o maior número de idosos dentre todos os bairros cariocas. Ainda no estado do Rio de Janeiro encontramos a cidade de Campos dos Goytacazes, localizada a aproximadamente 350 km da capital carioca comportando um número expressivo de idosos em torno de 41.000, segundo o censo IBGE 2005, representando um dos motivos para a escolha desta cidade como campo de pesquisa.

De acordo com o envelhecimento populacional, diversos termos têm sido utilizados para classificar as pessoas acima de 60 anos, dentre eles encontramos: idosos, senis, terceira idade, melhor idade, feliz idade, entre outros. Mas qual deveria ser o termo utilizado para chamar aqueles que possuem mais de 60 anos? Já que, quando se pensa em alguém mais velho a forma pela qual nos referimos a essas pessoas sempre enfatiza as características que são peculiares do envelhecimento, como os cabelos brancos, a pele enrugada, a falta de memória, a fraqueza das pernas.... Será que chamá-los de velhos seria uma forma pejorativa ou depende da forma como se fala e como se aborda esse assunto? Verificamos então as definições para os termos velho, velhice e envelhecimento de acordo com as bibliografias que discorrem sobre o assunto.

Segundo Beauvoir *in apud* Goldfarb (1997, p. 45), *velho é sempre o outro*. Isso nos faz pensar que por mais que se pense na velhice é difícil admitir que se esteja passando por ela. Por exemplo, quando uma criança pergunta a idade do seu pai com 30 anos e a compara com a sua idade de apenas 5 anos ela passa a considerar o seu pai como velho. Para os adultos comparar a sua idade de 30 anos a alguém de 40 anos apenas significa que o outro tem apenas uns poucos anos a mais do que ele, mas não significa que o sujeito de 40 anos seja velho, até porque as idades estão muito próximas. Isto nos faz pensar e confirmar junto à opinião de Beauvoir de que a velhice é reconhecida e visualizada no outro e rejeitada em nós mesmos. Na realidade o conceito do que é ser velho e o que é a velhice torna-se muito subjetivo dependendo da concepção e interpretação de cada um.

Ainda segundo Beauvoir (1990, p.353) o conceito de velho pode ser dito da seguinte forma:

É normal, uma vez que em nós é o outro que é o velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos de

boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velha pela primeira vez.

O envelhecimento inicia desde o momento em que somos gerados, mas de acordo com os significados sociais e culturais presentes na sociedade em que vivemos podemos rejeitar essa questão da velhice em decorrência das alterações do envelhecimento, em especial, as alterações físicas, que são as mais marcantes.

Segundo Beauvoir (1990), a velhice pode ser observada segundo múltiplos aspectos de acordo com as alterações e interações bio-psico-sociais dos sujeitos, além de ser mal definida com relação ao seu início variando de lugar para lugar e da cultura socialmente, podendo ser refletido da seguinte forma:

[...] Moralmente, um indivíduo pode ter sofrido perdas consideráveis antes que se esboce sua degradação física; é possível que, ao longo dessa decadência, ele realize ganhos intelectuais importantes. A que aspecto atribuiremos maior valor? Cada um dará uma resposta diferente [...]. É a partir de tais opções que os indivíduos e as sociedades estabelecem uma hierarquia das idades: não há nenhuma que seja universalmente aceita. (BEAUVOIR, 1990, p.19)

As alterações físicas do envelhecimento são semelhantes entre os sujeitos representantes desta faixa etária, demonstradas através dos cabelos brancos, da diminuição da força, alterações posturais, entre outras. Mas o envelhecimento não pode ser baseado somente nestas alterações físicas, já que, os indivíduos não envelhecem igualmente, conforme afirma Lopes (2000), que não nos permite esquecer de associar a velhice às alterações que ocorrem em decorrência das imposições feitas pela sociedade nos assuntos relacionados ao envelhecimento. Essa declaração que assevera a autora nos mostra ainda que, as características do envelhecimento também dependem das histórias vividas e construídas por estes sujeitos de formas diferentes ao longo de toda sua vida.

Contudo, as pessoas em geral não acham que a velhice seja bela, mas sim uma fase da vida composta por alterações corporais fisiológicas que promovem o declínio de diversas funções traduzidas pela diminuição das capacidades cognitivas e físicas e associadas ao aparecimento das doenças.

A velhice na sua concepção biológica é representada sim pelo desgaste das estruturas corporais, o que resulta na diminuição da função dos sistemas orgânicos e conseqüente falência corporal, mas não pode ser considerada apenas como uma questão que envolve somente o biológico, segundo afirma Beauvoir (1990). Existe também todo um componente social e psicológico que sofre alteração durante este processo.

Segundo Lopes (2005), dentre as modificações do envelhecer, o status social pode trazer grandes conseqüências para os idosos, como por exemplo, o alijamento social em decorrência da restrição dos papéis sociais antes exercidos e que eram vistos de formas diferenciadas. Na realidade essas diversidades relacionadas aos componentes sociais e psicológicos dependem muito da cultura social na qual este indivíduo envelhece.

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. (LOPES, 2005, p.86)

Dentro da perspectiva social o velho torna-se marginalizado pela sociedade, apesar de ser o pilar econômico de muitas famílias, passa a ser visto com um sujeito doente, dependente, incapaz e muitas vezes ausente. Esta ausência na maioria dos casos só é esquecida por alguns momentos quando o seu dinheiro passa a fazer parte do sustento da casa, funcionando inúmeras vezes como fonte de renda principal. (CARBONE, 1999)

As diversas mudanças que ocorrem na velhice podem ser atribuídas à forma como se viveu durante toda a vida.

Analisando as questões psicológicas do envelhecimento e baseando-se nas teorias psicológicas, dentro do paradigma organicista e aos seus desdobramentos no processo do desenvolvimento, a velhice é vista como um produto da ação das pessoas e suas relações no processo de maturidade e relacionamento com o mundo. Neste sentido encontramos a velhice como sinônimo de sabedoria e relacionada aos processos de relação com o mundo e suas ações. (NERI *in apud* FREITAS, 2007)

Quando o estudo gerontológico se reporta a parte psicológica do envelhecimento, encontramos duas teorias que tentam explicar as alterações psicológicas no decorrer da velhice, a saber: Teoria da Seletividade Socioemocional e a Teoria da Dependência Aprendida.

Segundo os conhecimentos fornecidos por Neri *in apud* Freitas (2007), na teoria da seletividade socioemocional, o processo de declínio nas interações sociais e mudança no comportamento emocional dos idosos, implicada pela diminuição dos relacionamentos sociais, promovem um afastamento entre a sociedade e o idoso também refletido pelo distanciamento do idoso com a sociedade devida, talvez, ao pensamento de que a morte já estaria cada vez mais próxima associada à perda dos amigos, dos maridos, das esposas, dos vizinhos, enfim de todos aqueles que sempre se encontraram próximos durante a vida. A aposentadoria e em muitos casos da perda das funções laborais também contribuem para o afastamento entre sociedade e idosos. Dentro desse contexto surge a teoria da dependência aprendida mostrando que a distância entre o idoso e a sociedade se mostra de forma recíproca, porém de forma contraditória. Essa contradição consegue ser

demonstrada de uma forma muito clara quando se coloca a questão da dependência física e emocional. Talvez essa dependência não seja demonstrada pelo idoso, mas fortalecida pela sociedade que insiste na maioria das vezes em exercer a função do velho para poupar tempo de ambos, impedindo assim, a preservação dos seus hábitos e funções essenciais a sua liberdade e cerceando o direito destes de manter a sua autonomia.

Em decorrência da velhice, os velhos passam a ser tratados como indivíduos que não possuem mais funções na sociedade e que a família faz repercutir neles o fato de inutilidade associado à realização de atos que os tornam infantilizados. Na realidade essa exclusão leva os idosos a serem segregados socialmente, inclusive da própria família. Isto porque, apesar dos idosos terem as suas semelhanças físicas - de acordo com a OMS para se classificar o indivíduo como passando pelo processo de envelhecimento, este deve apresentar as características que sejam deletérias, universais, progressivas e intrínsecas - não necessariamente os seus pensamentos e as suas atitudes pertencem a um mundo envelhecido para justificar uma visão de exclusão social.

Desta forma, apesar da visão de exclusão social cada idoso singular possui sua própria identidade que foi adquirida durante todo o processo de sua vida e definida pela relação que se estabelece com os outros indivíduos da sociedade. A identidade de velho é socialmente construída e contrastiva em relação à identidade de jovem. Essa é uma identidade genérica de velho que homogeneíza todos os membros do segmento idoso. Não podemos dizer que os idosos são todos iguais, homogêneos, já que as características físicas apesar de serem semelhantes, não se sobrepõem às características individuais marcadas pela consciência, convivência,

características sociais e emocionais que marcam a heterogeneidade e a pluralidade da sociedade.

Segundo Mercadante (2001, p.63),

a identidade de idoso constrói-se pela contraposição à identidade de jovens e, conseqüentemente, tem-se também a contraposição das qualidades: atividade, produtividade, beleza, força, memória, etc. como características típicas presentes nos jovens e as qualidades opostas a elas presentes nos idosos. As qualidades atribuídas aos velhos, que vão definir o seu perfil identitário, são estigmatizadas e é uma produção ideológica da sociedade.

Segundo Godoy (2004) em sua dissertação de mestrado denominada *A busca pela emancipação - identidade do homem idoso* e também confirmado por Mercadante, a identidade pode ser dita como um processo que ocorre com a socialização e a individualização ao longo do tempo como resultado de um processo de aprendizado contínuo.

Na busca por uma identidade sobre o velho, a unificação sobre as condições e concepções trazidas pelo sujeito que envelhece tornasse importante.

Para Papaléo (2006), a velhice é apenas uma fase que faz parte do envelhecimento, considerado um processo, que possui como resultado o velho ou idoso. Atualmente sabe-se que ser velho, idoso, ou senescente não significa mais ser uma pessoa sem função ou somente um sujeito com várias doenças. É claro e notório que à medida que o tempo passa os corpos respondem com o declínio das condições físicas e cognitivas em decorrência das alterações fisiológicas exemplificadas pela diminuição do número de neurônios, diminuição da força muscular, diminuição da mobilidade, entre outras. Essas modificações fisiológicas por si só são capazes de tornar esses idosos mais frágeis mostrando-lhes como a ação do tempo pode ser ou não cruel de acordo com o estilo de vida que essas pessoas levam.

As alterações físicas do envelhecimento abordadas e fundamentadas neste trabalho acabam sendo de suma importância em decorrência do tema abordado, mas esta pesquisa não poderia deixar também de explorar as questões relacionadas às modificações ocorridas nas dimensões emocional, psicológica e social, que englobam o processo de envelhecimento.

Durante as discussões promovidas sobre o assunto envelhecimento, a questão como dependência encontra-se sempre presente, principalmente quando o autor do assunto direciona o texto para um contexto biológico. Podemos nos referir a dependência como uma disfunção que acomete e debilita o corpo em decorrência da própria ação do tempo. Contudo não podemos nos ater aqui neste texto somente no estudo das alterações físico-funcionais, pois encontramos também a dependência ligada às situações sociais e emocionais. É claro e notório que a debilidade física e emocional existe em todas as fases da vida, desde o início, ou seja, desde o nascimento da vida do bebê, passando pela infância, vida adulta e chegando até a velhice. Importa ressaltar que as dependências físicas, emocionais e sociais ocorrem de formas diferenciadas em cada fase.

Quando se fala em dependência, por exemplo, na fase de recém-nascido e na infância, se coloca essa relação como uma forma de proteção, crescimento e amadurecimento para a vida, feita de uma forma prazerosa e sem medição de esforços buscando sempre a melhor qualidade de vida a ser oferecida para estes seres tão pequenos e tão frágeis. Já com relação à vida adulta e à velhice essa necessidade do outro se coloca em uma condição diferente se comparada à vida infantil. A diferença pode ser colocada como a necessidade, sentida por parte destes sujeitos, de afeto e carinho, mas com proporções diferentes, com relação à atenção recebida e demandada, aos cuidados recebidos e solicitados, entre outros. Na

realidade os cuidados requisitados e a atenção requerida pelos idosos, em muitos casos, só é dada como forma de gratidão num relacionamento filho-pai, por exemplo, e nem sempre é feito por uma questão de prazer como se faz com um bebê.

Então, se a velhice é considerada uma fase do envelhecimento, o que vem a ser envelhecimento? Segundo o geriatra Papaléo Netto, o envelhecimento faz parte de um processo contínuo durante toda a vida, existindo desde o momento da formação da vida humana no ventre materno culminando com a morte do indivíduo, com diversas transformações durante a passagem dos anos, como crescimento do corpo, mudança na voz, alterações hormonais, entre outros. (*in apud* FREITAS et al, 2006)

Na realidade:

“Poder envelhecer é uma dádiva, pois somente o velho que sofre de morte natural ou não-violenta é concedido o direito de acesso à condição de ancestral o que lhe permite continuar zelando pelos interesses familiares. No tratamento recebido percebem-se alvos de mais jovens que confiam em sua capacidade de discernimento e no valor de sua experiência”. RIBEIRO (1987, p.124)

As concepções biológicas e médicas sobre o envelhecimento e a velhice possuem múltiplas definições, que de acordo com a literatura clássica relacionada com as questões biomédicas, os conceitos estão mais ligados às questões físicas incluindo suas alterações fisiológicas e patológicas. Mas quando colocamos junto com estas interpretações os saberes antropológicos, sociológicos, filosóficos e literários, passamos a ter uma nova concepção acerca dos temas envelhecimento e velhice.

A afirmação acima pode ser exemplificada quando a velhice é comparada metaforicamente com a natureza, conforme coloca Pedro Paulo Monteiro (2006).

Quando comparamos as águas do rio e o caminho percorrido por elas com a velhice, podemos notar que a água continua com as mesmas características químicas, mas com modificações na sua cor, na sua quantidade e no seu trajeto correspondente às alterações sofridas por um sujeito que envelhece.

Comparando, então, metaforicamente a velhice com o tempo, pode-se dizer que, ainda segundo Rubem Alves:

... a velhice é à tarde imóvel, banhada pela luz antiqüíssima; a metáfora poética assim o declara. ... essa tarde imóvel me encanta, é bela. Conclusão: "a velhice é bela como a tarde imóvel" (ALVES, 2004, p. 25)

Na realidade aceitar que se está envelhecendo é muito difícil devido as diversos estigmas impostos pela sociedade quando se fala em velhos, conforme afirma Mercadante *in apud* Bifulco (2006).

1.2- ENVELHE-SENDO...

O interesse pelo estudo sobre o envelhecimento teve como um dos seus precursores os franceses, no século XIX. Para eles os indivíduos desprovidos de recursos financeiros eram reconhecidos como indigentes devido à ausência de status sociais sendo denominados de velhos (*vieux*) ou velhotes (*vieillard*). Aqueles que possuíam recursos financeiros suficientes para se sustentar e status sociais eram denominados de idosos ou *personne âgée*. De acordo com essas definições, a velhice dos trabalhadores estava condicionada à invalidez e à incapacidade de produzir (PEIXOTO, 2000). Ainda neste século, com a Revolução Industrial, houve uma mudança no conceito do homem que envelhece, que deixa de ser sábio para ser visto como um ser improdutivo, incapaz e socialmente segregado.

O século XIX foi marcado apenas pelo conhecimento da discriminação do envelhecimento, onde este passou a ser sinônimo de degeneração e decadência. A passagem para o século XX iniciou os estudos científicos sobre o envelhecimento devido ao grande crescimento da população idosa.

Em 1903, o estudo sobre o processo de envelhecimento ficou a cargo de Eli Metchnikoff que criou a especialidade da gerontologia com o real significado do estudo sobre a velhice (*gero-* velhice e *logia-* estudo) baseando-se apenas no processo fisiológico do envelhecimento. Porém, este campo de estudo deu lugar ao aparecimento da geriatria, já que passou-se a perceber que estudar somente o processo fisiológico do envelhecimento não era suficiente para se ter uma velhice bem sucedida. A necessidade por maiores estudos sobre os processos patológicos da velhice associado a sua cura passou a ficar mais evidente. (PAPALÉO, 2006). Sendo assim, segundo Caldas (2006) a geriatria passou a ser definida como o estudo clínico da velhice associando medidas preventivas e curativas das doenças do envelhecimento.

Neste sentido o envelhecimento pode ser considerado normal ou fisiológico, patológico ou ótimo. O envelhecimento normal, ou senescência define-se como aquele representado pela ausência de doenças, no qual as funções físicas vão diminuindo e gerando incapacidades, mas sem a presença das doenças, que já seria definido como envelhecimento patológico ou senilidade. O envelhecimento ótimo seria aquele em que o estado ideal de bem-estar pessoal e social é adotado pelos que passam por este processo. (NERI, 2003)

A palavra envelhecimento vem carregada por duas idéias que se complementam, porém de forma antagônica. Uma diz que envelhecer é passar por um processo de desgaste, diminuição e enfraquecimento, enquanto a outra idéia diz

ser um acréscimo de conhecimentos e sabedoria que só se alcança na fase da maturação, envolvendo experiências e tempo de vida numa correlação extremamente direta. (CARBONE, 1999)

De acordo com os argumentos desenvolvidos por Baltes (2006), apesar das alterações fisiológicas durante o curso do envelhecimento continuar declinando o funcionamento do corpo físico, o contato com o sistema ambiental passa a ser um dos fatores mais importantes para promover um envelhecimento de forma saudável, ou com melhor qualidade, como o preconizado pela OMS.

O envelhecimento pode ocorrer de diversas formas. Este pode acontecer na ausência de patologias, com apenas uma patologia crônico-degenerativa, ou como acontece na maioria das vezes com múltiplas doenças, o que promove o aparecimento de incapacidades funcionais ocasionando a classificação desses idosos na faixa de risco para a fragilidade, considerada a grande responsável pelo aumento do risco de hospitalização e necessidade de cuidados. (NEGRI et al, 2004).

Segundo dados do IBGE/PNAD (2005) cerca de 72% da população acima de 65 anos de idade possuem doenças crônico-degenerativas e que dentre estas, 40% das mulheres e 30% dos homens são afetados por 3 tipos diferentes destas doenças, que se descobertas e tratadas corretamente podem permitir uma vida sem maiores complicações. Esses tratamentos realizados de forma precoce e corretos vêm contribuindo para o aumento da longevidade e com o número de idosos com mais de 80 anos, promovendo o aparecimento da então, chamada quarta idade.

Apesar de a imensa maioria dos velhos dos países desenvolvidos serem razoavelmente saudáveis e estarem morando independentemente em suas comunidades, 80% deles experimentaram pelo menos uma forma de doença crônica. (RAMOS, VERAS e KALACHE in apud LOPES, 2000, p.35)

O envelhecer na realidade decorre por uma passagem do tempo, que promove sim um desgaste do corpo (incluindo células, tecidos, órgãos e sistemas), mas que ainda segundo Lopes (2000), também inclui *“uma passagem psíquica, semelhante a de viver uma mudança de um país para o outro.”*

Dentro das perspectivas do envelhecimento, o tempo passa a ser considerado como parte fundamental desta transição, pois para muitos este momento torna-se oportuno para que as mudanças ocorram, buscando sempre oportunidades e mecanismos que visem a melhor adaptação as novas necessidades do corpo, da mente a uma sociedade composta por jovens. Esse tempo tão falado e referido como acúmulo de experiências daqueles que passam pelo processo do envelhecimento (na realidade todos nós), também é conjugado e associado à tristeza e por isso tão cheio de medos e mitos que a maioria das pessoas preferem guardar e se distanciar desta fase.

Sendo assim, podemos considerar o envelhecimento como um processo que é cultural, social e também individual e particular. Importa aqui chamar a atenção para o individual, pois, as pessoas nascem, crescem, reproduzem e morrem de acordo com os caminhos trilhados durante toda a vida e de onde resultam como produto o velho com sua identidade pessoal e intransferível.

Sendo assim se:

*Eu não posso envelhecer
 Porque a nossa sociedade não permite
 Mas eu quero envelhecer
 Porque a nossa sociedade não permite
 Mas eu vou envelhecer
 Só por - que a so - ci - e - da - de não permite
 A velhice é um privilégio
 É um desafio
 É uma transgressão à sociedade ocidental
 É a maior desobediência civil dos tempos
 É desrespeitar todas as leis sancionadas
 É rir na cara dos caretas*

*É rir na cara dos velhacos
 É lançar do prato o próprio caldo em ebulição na cara dos profanos
 É buscar o pleno gozo no brilho envelhecido do ouro a urgir nas igrejas de todo o Vaticano
 Quem tem medo?
 Envelhecer! Envelhecer!
 Venham, vamos, coragem!...
 Cheguem mais perto de si
 Cheguem mais
 Cheguem
 Che
 Ch
 C
 Co
 Com
 Come
 Começo
 Um
 novo começo
 Quem tem medo?
 - Quem tem medo de envelhecer?
 - Quem não tem história prá contar
 - Quem tem medo de envelhecer?
 - Quem só tem dinheiro prá contar
 - Quem tem medo de envelhecer?
 - Os obedientes, os autoritários, os conservadores, os apáticos, os burocratas, os freudianos radicais, os sectários, os nazistas, os imperialistas, os chefões, os racistas, os ladrões, os príncipes, os espelhos mágicos (pra quem servirão espelhos com artério-esclerose?) as brancas de neve, as mulheres submissas...
 Quem teme o bom caldo
 Pelo tempo forjado e a sábia laca que incita o ouro, pleno de gozo, a envelhecer?*

Ivone Torres

Rio de Janeiro - RJ - por correio eletrônico (acesso em 22/02/2008)

A poesia acima nos faz pensar sobre um conjunto de condições - preconceituosas- imposto aos idosos para que não aceitem o envelhecer.

CAPÍTULO II

A fisioterapia no cuidado a pacientes idosos hospitalizados

2.1- IDOSO X HOSPITALIZAÇÃO

Em decorrência das alterações físicas do aparecimento de doenças nos idosos, estes acabam por necessitar de cuidados hospitalares para que mantenham preservada a sua saúde.

O conceito de saúde para a OMS é contemplado como: “*o completo bem-estar físico, mental, social e ambiental, e não somente a ausência de enfermidades*”.

Podemos definir a palavra saúde, através do termo *salute*, que possui origem latina, e significa salvação, conservação da vida, estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal, estado do que é sadio ou são. (FERREIRA, 1999)

Por outro lado o processo de adoecimento ocorre, então, pela ausência de saúde devido a diversas variáveis, como a condição da doença x as condições favoráveis à instalação destas. Essas condições favoráveis à instalação das

doenças vão desde o nível fisiológico até o sócio-econômico passando, ainda, por um contexto psicológico. Para compreender a doença é necessário interessar-se pela totalidade da vida do paciente. De acordo com o autor Volich (2000), a avaliação clínica dos pacientes deve ser feita por profissionais através de procedimentos como "... inclinando-se para ouvi-lo e para examiná-lo". Seguindo e concordando com o autor, esse gesto passa a ter um significado de reverência e respeito para com o ser enfermo.

As alterações fisiológicas associadas às doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT) no envelhecimento são as grandes vilãs dos idosos e as grandes responsáveis pela utilização dos serviços de saúde de forma ambulatorial ou por internações. A realização dos diagnósticos dessas patologias e de suas comorbidades tem proporcionado aos idosos duas vertentes bem interessantes relacionadas à sua avaliação e tratamento. A primeira seria o grande benefício em se realizar esses diagnósticos de uma forma mais eficaz, e promover a realização de tratamentos mais direcionados e eficientes, além de aumentar a longevidade dos idosos. Já a segunda vertente seria a ausência de possibilidades do serviço público de saúde em disponibilizar os recursos necessários para se realizar estes tratamentos, promovendo, assim, grandes desafios à saúde pública. (JACOB, 2006)

A utilização dos serviços de saúde pelos idosos implica em vários fatores incluindo desde profissionais especializados e capacitados até instalações adequadas, passando ainda pelos equipamentos para a realização destes atendimentos, o que não ocorre atualmente na maioria dos serviços, principalmente os públicos. Os serviços de saúde em sua maioria não apresentam enfermarias geriátricas com profissionais especializados, mas sim um acúmulo de idosos internados nas enfermarias de clínica médica atendidos por clínicos gerais (na parte

médica), com atendimento de enfermagem de forma geral e em muitos casos sem o atendimento dos outros profissionais da área de reabilitação, como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, musicoterapia (entre outros), aumentando o período e os custos de internação hospitalar, os gastos com medicações, fraldas e alimentação para o sistema único de saúde (SUS). (GORDILLO et al, 2001)

Segundo Veras (2003), o atendimento a idosos feito por clínicos gerais não propõe o atendimento adequado, devido a não realização de diagnósticos de suas incapacidades de forma específica, o que promove o aumento de suas fragilidades e dos fatores de risco para a internação. Na realidade, as informações descritas por Volich (2000) para se entender a doença nos indivíduos da terceira idade deve ser feito através da compreensão do ser idoso como um todo incluindo junto com o ato de examinar o hábito de ouvir e não apenas perguntar o que está sentindo e prescrever um tratamento, ou seja, deve haver um interesse pela totalidade do indivíduo com a realização do tratamento através de um cuidado adequado.

Segundo Ayres (2002), um dos grandes problemas do século XXI é a associação entre as questões relacionadas às novas descobertas tecno-científicas e as necessidades de cuidados mais direcionados para o atendimento a idosos.

As novas descobertas relacionadas com a cura dos pacientes são extremamente necessárias e trazem benefícios para aqueles que necessitam de intervenções diagnósticas e terapêuticas. Esses benefícios como a melhora dos sintomas apresentados frente a alguma doença, tratamento mais precoce e prevenção de complicações causadas pelas doenças, melhoram a qualidade de vida e influenciam ainda na longevidade. Por outro lado, os avanços tecnológicos trazem a visão fragmentada do corpo, avaliações mais localizadas, com maior dificuldade

de unir a essas evoluções as questões relacionadas à humanização e cuidado do ser humano. (AYRES, 2002)

A realização dos atos e procedimentos terapêuticos a idosos devem ser aliados a um atendimento mais direcionado, não apenas centrado na queixa principal, mas sim de uma triagem médica e psicossocial apropriada. Um serviço de reabilitação eficiente e eficaz torna-se necessário com o objetivo de se restabelecer as incapacidades funcionais dentro dos seus limites quando possíveis ou apenas manter as condições físicas dos indivíduos. A ausência de atendimentos corretos, assim como a falta de distinção entre os atos de cuidar e tratar ocorrem devido ao despreparo de profissionais que tentam explicar todas as queixas dos idosos em uma só doença ou apenas dizer que *“isto é normal da velhice”*, esquecendo que as co-morbidades associadas são as grandes vilãs desses pacientes e as maiores responsáveis pelo aumento do tempo de internação hospitalar. (MOTTA e AGUIAR, 2007)

Alguns autores como Benincá, Grumann e Fernandez (2004), colocam ainda que os pacientes idosos necessitam de um cuidado diferenciado. Esse cuidado requer uma qualidade técnica que envolve os conhecimentos fisiológicos e fisiopatológicos do envelhecimento, os procedimentos terapêuticos adequados, a atualização em gerontologia englobando a parte clínica, psico-social e emocional unido por uma formação humana criteriosa dos profissionais da saúde implicados neste atendimento incluindo ainda a atenção, o carinho, a sensibilidade e a perspicácia durante o atendimento a esses pacientes. Para realização do cuidado a pacientes idosos, baseamo-nos na definição deste conceito segundo o teólogo Leonardo Boff.

Para o autor acima o cuidado é:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 1999, p. 33)

Ainda segundo Boff (1999) o Cuidado é uma necessidade intrínseca do indivíduo para a sua vida, porém este ato nem sempre se realiza com a função de acalantar as necessidades do outro, mas sim apenas como uma “obrigação”. O ser humano é um ser que necessita de cuidados para si e de realizar cuidados para o outro. Quando esse cuidado envolve idoso, a sua realização pode ser feita de uma forma prazerosa para aqueles profissionais que possuem internamente o ato de cuidar como uma realização pessoal e profissional, ou apenas como uma forma de tratamento para mais um sujeito enfermo, sem a constituição de nenhum vínculo afetivo e emocional o que ocorre na maioria das vezes. O teólogo ainda coloca que:

O cuidado é um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto a humana(...) O cuidar é a maneira do próprio ser de estruturar-se e dar-se a conhecer(...) O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano(...) O ser humano é um ser de cuidado; mais ainda, na sua essência se encontra no cuidado. (BOFF, 1999, p. 34)

Na realidade o Cuidado deve ser realizado independente da patologia e da possibilidade de cura. Sabe-se que muitas doenças ainda não possuem cura como alguns tipos de câncer, a AIDS e que outras doenças como as crônico-degenerativas não possuem cura por apresentarem um curso progressivo, como as que acometem os idosos. Porém, ambos os tipos de patologias necessitam ser tratadas e cuidadas, assim como, os portadores dessas doenças mesmo que de forma paliativa, buscando o alívio da dor, do desconforto respiratório e o apoio emocional, além de outras condutas pertinentes ao processo de tratamento da doença, com o objetivo de fazer os idosos possuírem uma melhor qualidade de vida,

enquanto se tem a vida. (PAPALÉO, 1999). Nestes casos a função de uma equipe de profissionais que tenham uma formação técnica e também humana torna-se extremamente necessária.

“O cuidar deve ser desvinculado da idade cronológica e das condições ou possibilidades que o cliente tem para se recuperar; a pessoa possui necessidades de cuidados no decorrer de toda a sua vida, inclusive na sua terminalidade vital.” (BRUM, 2005, p. 27)

A realização do cuidar é diferente do tratar. O Cuidado envolve a utilização dos conhecimentos técnico-científicos associados a um tratar preocupado com a vida e todo o processo de doença do indivíduo, enquanto que, o tratar envolve apenas o atendimento sem a criação de vínculos humanísticos com aquele que necessita de um cuidado. (AYRES, 2002)

Além disso, Boff (1999) acrescenta que o ato de cuidar deve ainda incluir o Cuidado material, pessoal, social, ecológico e espiritual.

Na realidade segundo a discussão proposta pelo Dr. Ricardo Ayres (2002) relacionada ao assunto, o Cuidar pode ser considerado uma arte e que deixa de ser executada quando se põe a frente dele os procedimentos baseados apenas na tecnociência, ou seja, quando os profissionais da saúde realizam apenas o Tratar.

Ayres (2002) ainda coloca que a relação arte x tecnociência deveria ser compreendida como uma relação que se completa e não como lados opostos. Esta relação traria enormes benefícios para aqueles que dependem dos serviços de saúde, pois encontrariam profissionais qualificados e preparados para realizar o Cuidado associado ao Tratar proporcionando assim, enormes vantagens aos pacientes.

O simples fato de se realizar o ato de tratar não significa que seja suficiente para o paciente que se encontra a todo o momento em busca não só da sua cura

física, mas também de um conforto espiritual e emocional. Colocando neste contexto, o atendimento dentro de um ambiente hospitalar é feito por diversos profissionais que ali estão por motivos diversificados, como a busca pelo sustento da sua vida e da sua família apenas, a mistura da busca da renda financeira e o prazer em ajudar o próximo, o seguimento de uma cultura familiar (onde todos seguem a mesma profissão), entre outros motivos, o que faz de alguns profissionais apenas tratadores de pacientes e enquanto de outros cuidadores.

Acredito que as pessoas já nascem e conseguem aperfeiçoar a arte de cuidar que pode ser considerada como um “dom”. Costumo dizer, muitas vezes, que são poucas as pessoas que nascem com um “dom” e aquelas que o têm cada vez mais o aperfeiçoam. Na realidade podemos ter o dom de cuidar e aperfeiçoá-lo, o que faz deste cuidador o melhor cuidador. Mas tornar-se um cuidador sem esse dom, é uma tarefa quase que impossível, pois esta seria uma tarefa realizada somente de fora para dentro e não de dentro para fora, ou seja, todo aquele amor e carinho natos de uma pessoa que já nasce com esse dom.

Quando nos reportamos aos idosos, principalmente os hospitalizados, a necessidade da arte de cuidar torna-se cada vez mais iminente por parte dos pacientes idosos e seus familiares.

Sendo assim, os profissionais da área da saúde estão constantemente se deparando com o processo de adoecimento de seus pacientes. Durante este processo é muito comum encontrarmos por parte destes profissionais uma série de sentimentos - como pena, compaixão, tristeza, entre outros - relacionados aos seus pacientes. Estes sentimentos podem ser ainda transformados de acordo com o fato que levou aquele sujeito a hospitalização em busca de tratamento e cuidado.

Diante das necessidades apresentadas pelos pacientes, diversas transformações acontecem com os familiares e os profissionais. As mudanças ocorridas nos profissionais de saúde, em muitas ocasiões são ignoradas pelos mesmos, até porque os profissionais realizam suas atividades durante o período de trabalho e posteriormente seguem para suas casas. Contudo, as famílias dos pacientes passam por várias reflexões e desestruturação na rotina, que incluem a mudanças nos hábitos do sujeito doente e da família. Sendo assim, o simples fato de se ter uma doença diagnosticada já traz um enorme sofrimento para o doente e seus familiares. Quando este indivíduo, e aqui me reporto ao idoso, necessita ser internado, as conseqüências são ainda maiores. Para o idoso a perda do referencial de casa, de cuidador, de liberdade, a restrição a um outro ambiente formado por pessoas também doentes, e o cuidado recebido por profissionais estranhos são fatores que trazem grandes conseqüências a esses pacientes. Vale ressaltar ainda, um dado importante associado a este fato, é que ele –doente- passa por diversos procedimentos invasivos aos quais não está habituado. A hospitalização não é vista como um processo agradável, porém às vezes se torna necessário.

Sendo assim, de acordo com o exposto anteriormente, a realização do Cuidar torna-se uma exigência absoluta para os idosos hospitalizados.

Segundo Gutierrez (1987), os idosos que necessitam de hospitalização normalmente são aqueles portadores de doenças degenerativas (doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, demências, doenças neoplásicas), doenças agudas (broncoaspiração, pneumonia, infecções do trato urinário) e problemas traumáticos (quedas, fraturas, traumatismos cranianos e traumatismo raqui-medular). Essas hospitalizações normalmente ocorrem por um período de tempo maior, o que implica em maiores gastos hospitalares, ocupação de maior

número de leitos, aumento das complicações e necessidade de cuidados por parte dos idosos realizados de uma forma mais específica por profissionais.

A doença de um idoso não deve ser considerada de forma isolada, ou seja, apenas como uma alteração física em decorrência de uma infecção, um trauma, uma queda, uma lesão em qualquer parte do corpo. A patologia adquirida deve, então, ser analisada junto com o doente em todo o seu contexto, onde estão envolvidas as características físicas, emocionais, sociais, culturais e familiares. (MONTEIRO, 2006)

O modelo de saúde que encontramos na nossa sociedade ainda está centrado na figura do médico, na forma curativa e unidimensional sem o envolvimento da família, do paciente e de outros profissionais da saúde. O cuidado geriátrico e gerontológico nas suas dimensões teóricas, filosóficas e de atuação têm buscado substituir a perspectiva curativa por um modelo de cuidado multidimensional e interdisciplinar para que se minimize o sofrimento humano, considerando e respeitando as queixas sem desconsiderar nenhum relato feito. (MONTEIRO, 2005)

É importante ressaltar que a visão curativa está fundamentada no binômio saúde x doença, onde se você tem saúde pode ser um candidato a adquirir uma doença, mas se o sujeito possui uma doença será mais difícil em recuperar a sua saúde, principalmente quando reportado a indivíduos idosos (BRASIL, SEF/MEC, 1998). Diante do que foi colocado é importante à visão crítica a qual se negue o binômio saúde x doença e o processo de adoecimento do ser humano passa a ser analisado como parte de um contexto amplo e multifacetado.

A obrigatoriedade em alguns casos de hospitalização dos idosos promove uma necessidade maior do Cuidar e melhor avaliação dos profissionais da saúde

que irão realizá-los buscando não só a promoção da saúde, mas também um resgate de todo o paciente, incluindo as questões sociais, psicológicas e emocionais.

Quando se fala em hospital, pensa-se logo em um lugar repleto de pessoas doentes, na dor que será sentida pelo paciente a cada injeção aplicada, a cada acesso venoso realizado, a ausência da família, a dependência dos profissionais que ali trabalham e também a outros sentimentos como medo e a tristeza que aparecem juntos de forma confusa, muitas vezes confusa durante todo o processo. Cabe ressaltar que a dependência sentida e verificada durante o processo de hospitalização torna-se mais comum durante o envelhecimento.

Essa realização do Cuidar deve envolver, então, toda a equipe e esta última, por sua vez, deve atuar de forma interdisciplinar, com o objetivo de melhor atender e compreender as necessidades daqueles que durante este momento mostram-se dependentes dos cuidados terapêuticos.

A interdisciplinaridade, a qual me refiro e me apoio nas definições e correlações feitas por Papaléo *in apud* Freitas et al (2006), mostra a necessidade que os idosos apresentam de um cuidado que ultrapassa a questão biológica, mas que envolve ainda questões complexas de inter-relação nos contextos físico, sócio-econômico, ambiental, psicológicos da saúde e da doença. A necessidade de uma atuação multiprofissional, multidimensional e de forma interdisciplinar demonstra que o ser idoso é um ser de alta complexidade e que não se pode apenas ser analisado a partir de uma dor, ou uma doença. Aliás, a dor aqui relatada torna-se o fator de mais difícil tratamento nos idosos, já que, não podemos esquecer que ela envolve todas as questões relativas ao envelhecimento já anteriormente explicitadas.

Os cuidados relacionados à atenção da saúde, requerido por aqueles que o necessitam durante um processo de doença passa por duas questões importantes, conforme descreve Ayres (2007), relacionadas com o êxito técnico e sucesso prático. De acordo com o autor o sucesso técnico está relacionado com a capacidade e habilidade que o profissional possui em executar suas ações de uma forma eficiente e eficaz. O bom resultado prático correlaciona-se com a capacidade que se tem de realizar ações que hajam de forma preventiva evitando os agravos de saúde, que são de extrema importância no cuidado a pacientes idosos, trazendo em conjunto a humanização no atendimento aos pacientes sugerido pela seguinte afirmação:

...reconstrução humanizadora das práticas de saúde é que profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações. (RICARDO AYRES, 2007, p.57)

O médico geriatra Papaléo Netto (2006) também concorda com Ayres (2007) quando diz que os cuidados relacionados ao envelhecimento devem envolver uma equipe de profissionais que possam atuar de forma integrada buscando a promoção e prevenção da saúde em todos os âmbitos do termo saúde, visando à dimensão biológica (onde se incluem o envelhecimento normal com suas alterações fisiológicas, o envelhecimento patológico com suas diversas patologias, a recuperação das incapacidades funcionais entre outras), psicológica, social, emocional, econômica, política e legal.

Durante a internação de um paciente, este passa por exames e avaliações para então, ser submetido a um tratamento adequado. Esse processo inicial deve ser feito, então, por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, para que os

fatores biopsicosocioemocionais dos idosos sejam abarcados e se obtenha um melhor resultado durante esta fase. Neste caso, o processo interdisciplinar ao qual me refiro dentro de uma instituição hospitalar envolve não só a avaliação dos profissionais, mas também a inserção de cuidados que possam reabilitar o processo saúde-doença, que o levou a hospitalização, e a busca por uma interação familiar neste mesmo processo. Dentre os profissionais em uma unidade hospitalar que teriam suas intervenções adequadas e necessárias para o atendimento aos idosos de forma interdisciplinar encontram-se médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e demais profissionais que trabalhem nos hospitais e que atuem de forma indireta com esses pacientes.

Recortando o mundo do atendimento interdisciplinar hospitalar para o profissional fisioterapeuta, buscamos mostrar a sua importância e formas de atuação com relação aos pacientes internados, em especial os idosos.

Se a equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade apresentam-se como a maneira mais indicada para o atendimento a idosos hospitalizados, não poderíamos deixar aqui de colocar que a forma transdisciplinar seria a ideal. Diante do que foi colocado explicita-se claramente, então, a necessidade do exercício da transdisciplinaridade. Com a perspectiva transdisciplinar conseguiríamos fazer a união das áreas pertinentes ao estudo do envelhecimento e as suas execuções, além de permitir o surgimento de uma nova área que no caso dos idosos passa a ser chamada de transdisciplinar. A transdisciplinaridade viria então, preencher as lacunas deixadas por cada área na busca pelo entendimento do ser como um todo buscando trazer para este sujeito uma melhor forma de atendimento e levando em

conta as suas necessidades e como elas ocorrem no envelhecimento (MORIN, 2000).

Atualmente quando se fala em internação de pacientes idosos associa-se também as condutas terapêuticas o atendimento de fisioterapia, com o objetivo de iniciar o processo de reabilitação de forma mais precoce. Esse atendimento é realizado dentro das unidades de terapia intensiva e nas enfermarias até o momento da alta do paciente. Na realidade o que o paciente deseja e necessita no momento da sua internação é ser atendido, tratado e cuidado. Segundo Gimenes (2000): "Cuidar é servir; é oferecer-se ao outro em forma de serviço, o resultado de nossos talentos, preparo e escolhas... manifestar-se pelo que há de melhor em si". O cuidar pode ainda ser colocado como um ato abstrato também quando relacionado à prática dos cuidados da saúde. Além disso, pode-se colocar em concordância com o relato anterior fornecido por Ayres (2007) baseado em Heidegger que o cuidado passa a ser uma ação auto-transformadora que depende da compreensão de cada um e de ações transformadoras.

O ato de cuidar vem associado à prática de um atendimento mais humanizado por parte dos profissionais que o realizam. Na realidade conforme nos mostra Ayres (2007), à realização do cuidado deve incluir um atendimento humanizado, permeado ou não de um contato técnico para que se consiga um sucesso prático, com o objetivo de permitir que o paciente tenha e estabeleça uma relação de confiança com o seu terapeuta de forma melhor a contribuir no seu próprio processo terapêutico.

Isso nos faz pensar que nem sempre o paciente, e em especial o idoso, quando procura por um serviço de saúde de qualquer especialidade esteja em busca somente de um profissional técnico que tenha êxito em suas ações terapêuticas.

Este paciente na realidade vai em busca de um profissional que consiga contemplar suas necessidades relacionadas às diferentes formas do Cuidar englobando os seus sentimentos, as suas angústias, os seus medos, entre outros.

O Cuidar do idoso nos faz perceber que a necessidade por “atendimento” completo se torna extremamente necessário, em decorrência das suas múltiplas necessidades. Necessidades essas que quando exteriorizadas pelas alterações ou disfunções corporais em muitos casos os fazem precisar de profissionais que possam também reabilitá-los.

Os processos de dependência na terceira idade são considerados os grandes alvos dos profissionais de reabilitação, dentre eles o fisioterapeuta.

No início os fisioterapeutas eram referenciados somente para a realização dos processos reabilitativos relacionados às seqüelas das doenças, através do resgate das incapacidades físicas dos pacientes. Atualmente encontramos também como funções desses profissionais a abordagem preventiva com o objetivo de buscar melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em qualquer faixa etária.

Diante das possibilidades terapêuticas desenvolvidas pelos profissionais fisioterapeutas, algumas questões sobre este tema são colocadas neste trabalho. Quem é o profissional fisioterapeuta, quais as funções desenvolvidas por estes profissionais, que parecem tão importantes, mas ainda são pouco conhecidas?

2.2- FISIOTERAPIA, GERONTOLOGIA E FISIOTERAPEUTAS

Alguns acontecimentos históricos relacionados ao início da fisioterapia são importantes e merecem ser destacados. Segundo Barros (2002 *in apud* Freitas, 2006), os recursos eletroterápicos e a hidroterapia (assim chamados hoje) foram introduzidos como métodos terapêuticos pelo Dr. Artur Silva em 1883, que também

influenciou de forma importante a criação do primeiro serviço de fisioterapia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro em 1884. No início do século XX, o médico Álvaro Alvim publicou o primeiro livro sobre fisioterapia, intitulado *Physiotherapia - A Electricidade Perante a Medicina*. Muitos outros acontecimentos na área médica, como publicações de outras áreas sobre fisioterapia e a criação de vários serviços de fisioterapia por médicos influenciaram a implementação da fisioterapia e dos profissionais fisioterapeutas.

Segundo Marcos Freitas, fisioterapeuta e doutor em Saúde Coletiva, (2006) e embasado nos conhecimentos fornecidos pelo Dr. Rebelatto – também fisioterapeuta - a fisioterapia ganhou força e conseguiu o seu espaço no Brasil na mesma época em que a Europa passava por transformações nos setores econômicos, sociais e da saúde representados pela época da Revolução Industrial e surto de poliomielite. Nesse período a fisioterapia passou a ser extremamente importante na reabilitação dos profissionais que trabalhavam nas fábricas com o objetivo de não perder a mão-de-obra e manter as fábricas em processo de produção ativa, através da reabilitação. Além da reabilitação dos trabalhadores nas indústrias, a readaptação daqueles que sofriam com as seqüelas da poliomielite também aparecia como campo de atuação profissional para os fisioterapeutas na Europa e no Brasil nas décadas de 30 e 50.

A descrição feita pelo fisioterapeuta Fábio Batalha (2002) em sua tese de mestrado, dá um suporte teórico-analítico sobre o contexto da fisioterapia ampliando os conhecimentos sobre as possibilidades profissionais dos fisioterapeutas.

A profissão da fisioterapia foi regulamentada no Brasil através do Decreto-Lei 938/69, em 13 de outubro de 1969 pela Junta Militar do Exército, após a morte do Presidente Costa e Silva que sofrera na época um grave acidente vascular

encefálico e necessitava neste período de atendimento fisioterapêutico que até então era realizado por profissionais de nível técnico e auxiliar da equipe médica.

Após este decreto, a fisioterapia passou a ser reconhecida como profissão de nível superior, com espaço privativo para a realização de suas condutas, entendidos como a realização de fisiodiagnóstico, prescrição e realização das terapias físicas, garantidos pelas Resoluções COFFITO 8 e 80.

Apesar de todos os esforços conquistados pelos fisioterapeutas, estes profissionais ainda passaram por muitas dificuldades com relação ao exercício da profissão, já que, existiam na época os profissionais de reabilitação física na área médica que não apoiavam a criação e delimitação deste novo campo profissional.

Para tanto, segundo Rebelatto e Botomé (1987, p.3):

“A própria origem da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras, ou atenuadoras quando um organismo se encontra em más condições de saúde. O surgimento desse profissional como uma decorrência das grandes guerras, se fez, fundamentalmente, para tratar de pessoas fisicamente lesadas. As perdas totais ou parciais de membros, atrofias e paralisias, são exemplos do “objeto de trabalho” da Fisioterapia na sua gênese. Naquelas circunstâncias, porém, a preocupação fundamental – ou mesmo única – com a “doença” (as lesões físicas e suas conseqüências) parecia adequada. A decorrência natural das condições existentes na época fez toda a atuação profissional ficar voltada a atenuar ou diminuir sofrimento, reabilitar organismos lesados ou, quando possível, recuperar as condições de saúde pré-existentes dos organismos cujas condições haviam sido prejudicadas”.

No início da profissão o fisioterapeuta estava apenas incluído nos setores de prevenção secundária e terciária, já que, a sua formação se dava em cima do tratamento das doenças. Atualmente vem ocorrendo uma mudança com relação a esta visão de forma importante no sentido da inserção do fisioterapeuta no setor de prevenção primária juntamente com outros profissionais que a realizam. (FREITAS, 2006)

As informações fornecidas por Arruda (2007) nos mostram que a inserção dos conhecimentos fisioterapêuticos no currículo escolar dos cursos superiores ainda, em grande parte voltada para o restabelecimento das funções dos pacientes e também atuações dos fisioterapeutas no processo saúde-doença, prioriza as inúmeras técnicas aprendidas durante o período acadêmico. A realização das técnicas leva esses profissionais a se preocuparem a freqüentar cursos e aprendizados de técnicas que prometem o alívio da dor, a recuperação da função, e estabelecimento das energias, entre outros objetivos.

É claro e notório que o aprendizado destas novas técnicas é de suma importância para a execução da profissão, assim como, a busca pelos processos de recuperação dos indivíduos. Porém, não podemos deixar de lado, e isso é o que vem acontecendo de acordo com o currículo atual, a aquisição pelo aprendizado de estratégias que nos levem a buscar e atuar nos modelos de prevenção e promoção da saúde com o objetivo de sairmos do modelo tradicional com ênfase apenas no processo curativo.

Em decorrência desses fatores torna-se importante e essencial a criação de modelos baseados na educação que permita formar pessoas inteligentes na sua forma técnica e que também consigam compreender o mundo no qual vivem tendo condições de uma análise crítica do contexto social e filosófico que vai de encontro ao pensamento de Arruda (2007). Além disso, a formação do fisioterapeuta é baseada na educação - que se propõe a trazer aos profissionais conhecimentos que permitam a eles aprenderem e realizarem condutas com o objetivo de esgotar a doença, recuperando, reabilitando e minimizando as seqüelas - e mostra que a humanização é fundamental no sentido de ouvir o sujeito – paciente - do tratamento e compreendê-lo também na sua totalidade. Em resumo, essa perspectiva

humanista que fundamenta o relacionamento com o outro é muitas vezes perdida nas atuações dos profissionais da saúde, em decorrência de uma visão mais tecnicista. Essa visão tecnicista não leva em conta a subjetividade dos pacientes e isso também se relaciona a formação acadêmica pouco direcionada para as questões relevantes que dizem respeito ao sujeito que vive a experiência da doença.

Ser fisioterapeuta, portanto, não é somente dominar técnicas para melhorar patologias, é, sobretudo, contribuir com soluções para os problemas sociais... A fisioterapia concentra-se até hoje em uma visão apenas mecanicista reduzindo a enfermidade à doença acabando por desviar-se do indivíduo na totalidade.

Atualmente, apesar de existir ainda todo um processo burocrático com relação ao exercício profissional em decorrência do surgimento de novas áreas de atuação da fisioterapia, esta área cresce de uma forma espantosa. Os fisioterapeutas atuam em diversos setores como a ortopedia, reumatologia, neurologia, cardiologia, pneumologia, terapia intensiva, dermatologia, acupuntura, correção postural, uroginecologia, e a mais recente atuação que ocorre atualmente na gerontologia. A função primordial do fisioterapeuta está focada na recuperação físico-funcional daqueles pacientes acometidos por enfermidades que os deixam incapacitados seja por algum momento e com posterior recuperação de suas funções, quer por readaptá-lo de uma nova forma as suas funções do dia-a-dia, mas ainda sem conseguir entender a complexidade do todo que significa uma perspectiva crítica e ampliada ultrapassando a visão fundamentada na técnica.

As diversas especializações as quais os profissionais são orientados a seguir, seja por identificação pessoal com a área, seja por um melhor campo de trabalho, promovem uma visão fragmentada do sujeito que necessita dos cuidados destes profissionais. Isto ocorre em decorrência de uma visão fragmentada do ser humano, onde o especialista passa então a ver o paciente como uma parte e não

como um todo, ou seja, ignoram as questões sociais, culturais, éticas, políticas, psicológicas e promovem apenas a realização das condutas relacionadas ao processo saúde-doença. (ARRUDA, 2007)

A fragmentação do todo ainda posta, na realidade, se dá devido às diversas disciplinares as quais os profissionais desenvolvem durante os cursos. As disciplinas são construídas sem a preocupação em se correlacionar o que aprendido em uma com o que é aprendido na disciplina subsequente, favorecendo assim, a visão fragmentada do corpo.

Dentre as diversas especialidades existentes na fisioterapia, a que mais necessita de integração é aquela que diz respeito a uma abordagem gerontológica devido a grande exigência dos pacientes que necessitam deste tipo de acompanhamento. Desta forma, não conseguimos, nesta área, nos ater somente às questões biológicas, pois estas na grande maioria das vezes, possuem explicações nas questões sociais, culturais, emocionais, psicológicas e também fisiológicas. Sendo assim, o fisioterapeuta gerontólogo deve estar atento a realização do Cuidado em todos esses âmbitos, e nunca de uma forma solitária, mas sempre acompanhado de uma equipe multiprofissional, atuante de forma interdisciplinar buscando um novo conhecimento.

Os fisioterapeutas se deparam muitas vezes com quadros físicos de doenças aliados a quadros de alterações emocionais como processos depressivos e demenciais, que muitas vezes são subvalorizados pelos terapeutas. As associações feitas entre as alterações físicas e psicoemocionais ainda não são por completos dominados pelos profissionais fisioterapeutas, que vão à busca sempre de alterações físicas, musculoesqueléticas, enfim de alterações corporais. Na realidade a complexidade do atendimento gerontológico nos mostra que existe a necessidade

de se ter profissionais capazes de executar técnicas para recuperar as lesões, reinserir o indivíduo na comunidade e sociedade em busca de uma melhor qualidade de vida psíquica e social e possibilitar a recuperação da sua identidade social, que muitas vezes se encontra perdida pela doença.

A vida acadêmica do fisioterapeuta é baseada em uma formação voltada para o aprendizado com uma visão técnica, porém ao ser inserido na vida profissional, este começa a perceber que o seu paciente vai muito além de um processo saúde-doença, e que o aprendizado adquirido durante a graduação é sim importante, mas ainda necessita de aprimoramentos, nem sempre relacionados à técnica, mas associado a uma visão complexa do ser humano. No que diz respeito ao atendimento a pacientes idosos relacionado às questões mecanicistas, podemos ainda colocar, conforme citado por Arruda,

Quando refletimos sobre a qualificação do atendimento fisioterapêutico ao idoso, observamos a transversalidade do assunto em questão: o envelhecimento humano. Transversal, multidimensional, o envelhecimento humano é complexo por sua natureza. (ARRUDA, 2007, p. 56)

Quando incitamos os profissionais a responderem questões relacionadas ao envelhecimento conseguimos ouvir e descobrir que para muitos o envelhecimento começa aos 60 anos, no aparecimento dos cabelos brancos, das rugas, das incapacidades funcionais. Porém, em decorrência do aumento no número de idosos na sociedade e o surgimento de uma nova demanda no campo terapêutico, torna-se necessário à reformulação do pensamento desses profissionais, principalmente quando relacionado às questões do processo de envelhecimento, do que é ser velho, do funcionamento, do pensamento e também das necessidades físicas e psicossociais do corpo dos idosos.

Mas como podemos inculcar no pensamento destes profissionais uma nova forma de pensar sobre processo de envelhecimento e da velhice? Como mudar o fazer dos profissionais permitindo que eles deixem de fazer apenas a conduta terapêutica e passem a fazer – conduta- de uma forma multidimensional? Como discutir o tratar e o cuidar dos pacientes – sujeitos- do fisioterapeuta?

Para responder às questões acima é importante fazer uma breve discussão sobre os termos cuidado e cuidado fisioterapêutico.

2.3- CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO

Segundo Silva (2000, p. 272), podemos dizer que "cuidar envolve relações subjetivas e objetivas, que escapam de lógicas racionais e imensuráveis". A partir desta afirmação podemos nos apoiar nas definições feitas por diversos autores com relação o termo cuidar. A realização do Cuidar na realidade é imensurável. Um texto literário é capaz de explicitar as questões do cuidado apontadas acima.

O autor do texto abaixo faz uma alusão às lembranças de todas as mães e pais do mundo:

*Amado filho,
O dia em que este velho não for mais o mesmo,
tenha paciência e me compreendas
Quando derramar comida sobre minha camisa e esquecer como
amarrar meus sapatos, tenhas paciência comigo e lembra-te das
horas em que passei te ensinando a fazer as mesmas coisas
Se quando conversares comigo, eu repetir as mesmas histórias, que
sabes de sobra como terminam, não me interrompas e me escute.
Quando eras pequeno, para que dormisses, tive que te contar
milhares de vezes a mesma estória até que fechasses os olhinhos
Quando estivermos reunidos e sem querer fizer minhas
necessidades, não fiques com vergonha. Compreendas que não*

tenho culpa disso, pois já não as posso controlar. Penses, quantas vezes, pacientemente, troquei tuas roupas para que estivesses sempre limpinho e cheiroso.

Não me reproves se eu não quiser tomar banho, sejas paciente comigo.

Lembra-te dos momentos que te persegui e os mil pretextos que inventava pra te convencer a tomar banho.

Quando me vires inútil e ignorante na frente de novas tecnologias que já não poderei entender, te suplico que me dê todo o tempo que seja necessário, e que não me machuques com um sorriso sarcástico

Lembra-te que fui eu quem te ensinou tantas coisas. Comer, se vestir e como enfrentar a vida tão bem como hoje o fazes. Isso é resultado do meu esforço da minha perseverança.

Se em algum momento, quando conversarmos, eu me esquecer do que estávamos falando, tenhas paciência e me ajude a lembrar.

Talvez a única coisa importante pra mim naquele momento seja o fato de ver você perto de mim, me dando atenção, e não o que falávamos.

Se alguma vez eu não quiser comer, saibas insistir com carinho. Assim como fiz contigo.

Também compreendas que com o tempo não terei dentes fortes, e nem agilidade para engolir.

E quando minhas pernas falharem por estar tão cansadas, e eu já não conseguir mais me equilibrar...

Com ternura, dá-me tua mão para me apoiar, como eu o fiz quando tu começaste a caminhar com tuas perninhas tão frágeis.

E se algum dia me ouvires dizer que não quero mais viver não te aborreças comigo. Algum dia entenderá que isto não tem a ver com teu carinho ou com o quanto te amo.

Compreendas que é difícil ver a vida abandonando aos poucos o meu corpo, e que é duro admitir que já não tenho mais o vigor para correr ao teu lado, ou para tomá-lo em meus braços, como antes. Sempre quis o melhor para ti e sempre me esforcei para que teu mundo fosse mais confortável, mais belo, mais florido.

E até quando me for, construirei para ti outra rota em outro tempo, mas estarei sempre contigo e zelando por ti.

Não te sintas triste ou impotente por me ver assim. Não me olhes com cara de dó. Dá-me apenas o teu coração, compreenda-me e me apóie como o fiz quando começastes a viver. Isso me dará forças e muita coragem.

Da mesma maneira que te acompanhei no início da tua jornada, te peço que me acompanhes para terminar a minha. Trata-me com amor e paciência, e eu te devolverei sorrisos e gratidão, com o imenso amor que sempre tive por ti.

Atenciosamente,

TEU VELHO

Definir o termo cuidar se apresenta como um desafio. De acordo com os significados do dicionário Aurélio, a palavra cuidar pode ser entendida como proveniente do termo cogitare com significado associado aos termos imaginar, pensar, meditar, cogitar, excogitar, julgar, supor. Segundo Connor (2000), o termo cuidar pode ser visto como sinônimo de *hospice*, além das técnicas, habilidades ou treinamentos, envolvendo o cuidador num relacionamento criativo com a pessoa cuidada.

Historicamente, o cuidado surge com o sentido da afeição, preocupação, assim como, com o sentido de responsabilidade pelas pessoas necessitadas, sendo inerente à humanidade.

Alguns estudiosos derivam a palavra cuidado do latim cura. Essa palavra é sinônimo erudito de cuidado (...). Na sua forma mais antiga, cura em latim era usada num contexto de relação de amor e amizade (...). Outros derivam cuidado de cogitare-cogitatus, cujo sentido é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar em atenção, mostrar interesse, desvelo e preocupação (PESSINI, 2000:236).

A realização do ato de cuidar é feita, por pessoas capacitadas profissionalmente ou não. Essas pessoas são denominadas cuidadores e fazem associados a esta ação o envolvimento com o ser cuidado. O simples fato de

realizar ações que promovam o cuidado não precisa estar relacionado única e exclusivamente à cura das doenças, mas fornecer ao ser cuidado atenção, carinho que podem trazer aos que passam por momentos difíceis bons relacionamentos e benefícios ao processo de tratamento.

O cuidado somente emerge quando nos preocupamos com alguém, quando a sua existência é importante. Sintonizamos-nos nos seus valores, nas suas buscas, nos sucessos e sofrimentos, enfim, participamos de sua vida e, portanto, cuidamos. (BOFF, 1999, p.87)

Na realidade todos os seres necessitam de cuidados seja durante a sua formação dentro do ventre materno, após o seu nascimento durante a infância, durante a vida adulta e durante o envelhecimento. Em todas essas fases o cuidado não é dispensado somente em momentos de doenças, mas também em momentos de alegria como uma forma de reconhecer as necessidades do outro e promover o crescimento pessoal durante todas as fases da vida. Sendo assim, o cuidado deveria ser a principal conduta dos profissionais da saúde. Segundo Waldow (2001, p. 57), cuidado é “... forma mais humanística, priorizando a ação de cuidar voltada para a pessoa, o meio ambiente e não somente centrada em procedimentos, patologias ou problemas”.

Na prática das profissões o cuidado emergiu primeiramente através da enfermagem, profissão formada no início basicamente por mulheres que possuíam na sua essência o ato e a forma do cuidar. Após o surgimento da enfermagem as demais profissões da saúde, como a fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional passaram também a colocar no seu exercício profissional, ainda de forma incipiente, o ato de cuidar. Em tese todas as áreas profissionais, independente do gênero formador, deveriam ter como um de seus propósitos profissionais o conhecimento técnico-científico aliado à realização dos atos do cuidar e tratar.

De acordo com o exposto por Freitas (2006) sobre o cuidado fisioterapêutico, encontramos duas vertentes muito interessantes que são praticadas pelos profissionais. A primeira forma na qual se realiza o cuidado, segundo o autor, diz respeito à inserção de sessões de tratamento baseado nas condições clínico-patológicas onde o profissional institui o tratamento e cabe ao paciente e a seus familiares seguir estas orientações com o objetivo de receber os benefícios corporais instituídos pelas condutas técnicas associadas às orientações feitas pelos profissionais. A segunda forma de Cuidar de um paciente, através da fisioterapia, significa conseguir compreender o paciente como um ser complexo e que possui sentimentos relacionados à sua doença e também à sua saúde. Nesta última forma se dá o relacionamento mais próximo entre o terapeuta e o paciente. Esta seria a terapêutica mais indicada, pois levaria em conta as dimensões psicológicas e sociais dos pacientes.

O simples fato de se ter um olhar mais direcionado, de se conseguir perceber a forma pela qual o paciente consegue se expressar com relação aos seus sentimentos traz ao profissional a possibilidade em decifrar o complexo saúde-doença que em muitos casos não recebem a melhora esperada com a realização pelos profissionais- apenas das condutas técnicas. Na realidade a inserção de uma visão mais humanista associada à realização das técnicas necessárias para o tratamento das doenças é extremamente significativa, visto que, só a ação humanizadora não conseguiria melhorar as complicações físicas dos pacientes. Para tanto, a realização das condutas técnicas tendo o ser humano como uma máquina até traria benefícios aos pacientes, mas não de uma forma global, como explicita o autor Mauro Silva (2004, p.118):

“Negar os benefícios da tecnologia seria desconhecer seus inúmeros benefícios até hoje gerados para a humanidade, mas é evidente também que há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, trata-se do sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e sentir-se afetado. Segundo Boff (1999), construímos um mundo com bases em laços afetivos, que tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valores. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para nos dedicar a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresce entre nós e os outros. O cuidado recolhe todo esse modo de ser, pensando, assim, não é possível expressá-lo sem a participação do outro.”

O Cuidado fisioterapêutico, na perspectiva da humanização dos atendimentos em saúde e de promoção do bem estar, vem, a cada dia, ocupando maiores espaços e conquistando maior relevância e reconhecimento social, e ampliando com maior clareza que o fisioterapeuta pode desempenhar importantes funções no interior desse contexto.

A realização dos Cuidados fisioterapêuticos nos ambientes hospitalares aponta uma diversidade de questões como: o atendimento aos pacientes internados, a comunicação com estes pacientes e seus familiares, as intercorrências pelas quais eles passam as alterações dos sistemas orgânicos associadas às alterações ambientais, emocionais e psicológicas. Sendo assim, a ação fisioterapêutica relacionada ao Cuidar de pacientes hospitalizados, em especial aos idosos, deve ser alvo de estudo e realização por parte de todos os profissionais da saúde, em especial, pelos fisioterapeutas.

A realização das intervenções fisioterapêuticas relacionadas ao ato do cuidar de idosos hospitalizados passou então a ser o objeto do presente estudo.

Em outros termos, a presente discussão objetiva analisar a visão dos fisioterapeutas com relação à realização dos cuidados a idosos hospitalizados.

CAPÍTULO III

A PESQUISA

3.1- METODOLOGIA:

A cidade de Campos dos Goytacazes/RJ é considerada uma das cidades mais antigas do Brasil, grande produtora de cana-de-açúcar e com grande contingente de pessoas idosas. Segundo o IBGE (2005), a cidade campista é composta por aproximadamente 40.700 idosos com um número mais expressivo de mulheres do que de homens, o que nos mostra ser uma cidade “*idosa*”. Os idosos residentes na cidade recebem na sua grande maioria, o atendimento de saúde realizado pelo SUS, já que não existe ainda um centro hospitalar dedicado somente à geriatria e gerontologia.

O grande fluxo de atendimento de saúde tem sido realizado no Hospital Ferreira Machado, já que este é considerado uma grande referência hospitalar. O hospital relatado é tido como a maior emergência no atendimento a pacientes politraumatizados (vítimas de acidentes automobilísticos, quedas). Nos últimos doze meses, contudo, observei neste ambiente hospitalar, principalmente na emergência, o atendimento a um grande número de pessoas idosas devido ao agravamento das

doenças pré-existentes que acometem o sistema respiratório, nervoso, cardíaco, entre outros, levando a necessidade de internações nos setores de terapia intensiva e enfermarias, o que motivou a presente pesquisa na área gerontológica.

A pesquisa foi realizada no Hospital Ferreira Machado localizado na cidade de Campos dos Goytacazes/ RJ, com fisioterapeutas que atuam no atendimento a pacientes idosos internados nos setores de clínica médica, clínica cirúrgica e centro de terapia intensiva. Foram excluídos desta pesquisa fisioterapeutas que realizam atendimentos a pacientes pediátricos nas enfermarias e centros de terapia intensiva pediátrico.

O ferramental escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi a utilização da técnica da entrevista que oferece maior possibilidade em permitir que os entrevistados ou informantes consigam relatar de forma clara e livre as informações sobre o tema a eles questionado.

A entrevista pode ser então definida segundo Minayo como:

“Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vista a este objetivo.” (MINAYO, 1994, p.59)

A aplicação de uma entrevista semi-estruturada fornece ao entrevistado um conjunto de questões formado por perguntas abertas permitindo que ele possa relatar suas opiniões sem condições pré-determinadas pelo entrevistador. Sendo assim, neste caso como o interesse da pesquisa é permitir que os entrevistados possam transmitir suas opiniões para o entrevistador sem nenhuma resposta pré-fixada, esta foi a escolha feita.

Durante uma entrevista estruturada o entrevistador pode utilizar de algumas explicações para os entrevistados desde que feita de forma similar entre todos,

evitando o uso de opiniões pessoais dos entrevistados, não realizar improvisação de questionamentos pelo entrevistador, pois estes fatores entre outros poderiam causar alterações nas respostas e influenciar nos resultados.

A utilização dessa técnica permite a comparação entre as respostas dadas pelos entrevistados de forma uniforme.

Esta pesquisa realizou entrevistas com 13 profissionais fisioterapeutas, os quais todos trabalham no Hospital Ferreira Machado no atendimento a pacientes adultos e idosos com diversas patologias, de acordo com o roteiro elaborado previamente (Apêndice I). Além disso, os profissionais confirmaram a sua aceitação na participação da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I)

Os profissionais durante a entrevista responderam sobre o tempo de formação profissional, tipo de especialização, idade atual, onde realizaram o curso superior, se durante a graduação cursaram a disciplina de geriatria e gerontologia, o conhecimento que possuem sobre os temas cuidar e tratar, forma de realização dos cuidados e qual a relação do cuidar e tratar no seu ambiente de atuação.

3.2- SABER CUIDAR

Como já apontamos anteriormente, a presente pesquisa baseou-se em entrevistas semi-estruturadas realizada com 13 fisioterapeutas do Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes/RJ. Os fisioterapeutas durante suas entrevistas foram deixados à vontade para responderem às questões de acordo com os seus conhecimentos.

A análise do perfil destes profissionais mostrou que dos 13 profissionais entrevistados, apenas 2 eram do sexo masculino e os outros 11 eram do sexo

feminino. A idade média destes profissionais foi de 28,15 anos de idade, sendo que o profissional mais velho possuía 44 anos e o profissional mais novo possuía 27 anos.

Dentre os profissionais analisados verificamos que 100% deles obtiveram sua formação acadêmica em instituições de ensino superior particular. Uma particularidade importante e interessante é que 61,5% destes profissionais não tiveram em sua grade curricular a disciplina de geriatria e gerontologia e apenas 38,5% realizaram o curso de fisioterapia com esta disciplina no currículo acadêmico. Todos os profissionais relataram ser especialistas em fisioterapia pneumofuncional, garantindo assim, o perfil adequado para trabalhar no setor de terapia intensiva. Além da especialização em pneumofuncional, alguns destes profissionais possuíam ainda especialização em fisioterapia dermatofuncional e também em geriatria e gerontologia.

Após a análise do perfil dos profissionais fisioterapeutas, passo então, a analisar as questões as quais os entrevistados relataram suas opiniões e confrontar essas respostas com os textos científicos acerca dos temas abordados.

A primeira questão analisada foi referente ao termo Velho. Quando os entrevistados foram questionados sobre o que é ser velho na concepção deles, inúmeras respostas foram encontradas. Dentre todas as respostas apenas 6 profissionais relacionaram o conceito de ser velho apenas com as alterações biológicas, 5 profissionais acham que não se deve considerar a idade para ser velho, 1 profissional considerou a idade como fator principal para ser velho e um outro participante colocou que para ser velho não necessariamente deve-se ter muita idade, mas sim apresentar doenças e debilidade física. Sendo assim, na transcrição de algumas falas encontrei que velho:

É a pessoa que não se sente bem para exercer suas funções, seja até mesmo suas atividades diárias, mas não considero a idade para ser velho. (Fisioterapeuta, sexo feminino, 28 anos)

É uma pessoa muito acabada, muito debilitada. Existe uma diferença entre ser velho e idoso, pois o idoso não precisa ter doença, já que existem muitos idosos que têm uma boa qualidade de vida e fazem todas as suas funções sem dificuldades. (Fisioterapeuta, A., 33 anos, sexo feminino)

Ainda analisando a fala destes profissionais encontramos o seguinte relato sobre a definição do que é ser velho:

É uma pessoa que não possui suas funções plenas (cognitivas e físicas), mas que deve ter os mesmos direitos e as mesmas chances que os jovens. (Fisioterapeuta, sexo Feminino, 30 anos)

Velho é uma pessoa que tem muita idade, entre 80 e 90 anos. (Fisioterapeuta, sexo Feminino, 27 anos)

Velho é uma pessoa que tem muita idade, uma idade avançada. Na realidade me refiro a eles como idoso, mas existem pessoas jovens com espírito de velho e eles têm bastante experiência. (Fisioterapeuta, N. sexo feminino, 34 anos)

O Estatuto do Idoso define ser velho, aqui no Brasil, aquele que tem 60 anos e mais de idade. Esta é uma definição específica e simples a respeito do termo velho. A definição do que é ser velho vai muito além de uma idade cronológica estabelecida. Para explicarmos a definição do termo velho não podemos levar em consideração apenas as questões relacionadas ao tempo vivido por eles e por suas alterações físicas, mas correlacionar estes fatos às modificações ainda sofridas nos âmbitos social, econômico e psicológico, conforme coloca Beauvoir (1990). Ainda sob este enfoque, podemos citar Lopes em seu texto Saúde e Velhice: as interpretações sociais e as reflexões no uso dos medicamentos (2000), o qual coloca que os indivíduos envelhecem de forma diferenciada e as pessoas que passam por esta fase não a atingem de forma homogênea, já que, a velhice é uma fase

heterogênea na qual se vive de acordo com as condições a que estas pessoas são expostas, levando em consideração as questões sociais impostas pela sociedade em que vivem.

Talvez a falta de conhecimentos mais aprofundados relacionados ao tema por parte dos profissionais fisioterapeutas seja uma das causas pelas quais conceituem o termo velho baseado apenas nas questões cronológicas e biológicas.

Um dado importante apontado pelos demais profissionais entrevistados coloca que para ser velho há a necessidade de se passar pelo tempo. Assim segundo fisioterapeuta L., 44 anos

Velho é o próprio ato natural das coisas, refletido pelo desgaste do corpo, mas sem correlacionar com um ser incapaz. Pode ser comparado a uma máquina que está gasta pelo tempo, mas nem por isso, é ser incapaz, mas sim uma pessoa muito experiente que, apesar das suas limitações físicas, ainda é muito necessário à sociedade.

Eu olho uma pessoa idosa e vejo nela sabedoria, mas tem uma variação com relação à classe social. Na classe média-baixa o velho é tido como uma referência, enquanto que na classe alta o velho é um estorvo. Na realidade o velho é importantíssimo, pois tem muito a nos transmitir e ensinar pela sua experiência de vida. (Fisioterapeuta, L. sexo masculino, 33 anos, solteiro)

De acordo com Monteiro (2005) em seu livro “*Envelhecer: Histórias, Encontros e Transformações*”, pensar que ser velho é ser apenas um ser com deficiência na realização das suas funções, não abarca todas as concepções do envelhecimento, já que, a passagem pelo tempo deixa sim sinais de forma marcante pelos corpos que passa, mas deixar de colocar aqui que estes corpos também são sistemas capazes de se adaptar a novas situações a partir de suas experiências é descartar todas as ações promovidas pelo tempo quando relacionadas à suas experiências vividas.

Indubitavelmente, um organismo, com a passagem do tempo, vai se tornando mais vulnerável... Mas precisamos também entender que os organismos humanos... sofrem alguma perturbação, adaptando-se á nova circunstancia. (MONTEIRO, 2005, p.59)

A partir das noções do que é ser velho, dadas por estes profissionais, eles foram questionados sobre a velhice. Na realidade foi perguntado a eles de que forma eles viam a velhice.

As interpretações mostram que a velhice para os fisioterapeutas avaliados pode ser explicada como uma fase da vida pela qual se passa.

Segundo T., fisioterapeuta, 40 anos, formada pela Universidade Castelo Branco:

A velhice é um estado natural que se vai alcançar se Deus quiser e em bom estado pelas pessoas, já que a tendência é que se envelheça cada vez mais, pela melhoria nas condições de vida das pessoas. A gente pode ver isso nas praias, nas academias, nos bailes, e em muitos outros lugares, onde se encontra um número muito grande de pessoas idosas.

A velhice é inevitável, mas vai acontecer de acordo com um conjunto de fatores que vão desde o ambiente durante toda a vida, como ela viveu. (Fisioterapeuta A., sexo masculino, 30 anos)

Segundo Monteiro (2005, p. 57)

envelhecer é um processo do sujeito que vive o seu próprio tempo, ou seja, é um processo particular e peculiar a cada um.

Podemos colocar ainda, que envelhecer é uma transformação que ocorre dinamicamente durante a existência e promove durante esta transformação a construção do ser humano, permitindo que a velhice seja uma fase, uma etapa a ser vivida como a fase da infância, da adolescência e da vida adulta.

De acordo com o autor o envelhecer é um processo individual e pelo qual a velhice pode ser considerada como um produto deste processo, também confirmado por Papaléo Netto (1999).

Definir a velhice não é algo fácil, pois, segundo Jardim, Medeiros e Brito (2006), exige um amplo conhecimento na forma pela qual o idoso realizou ou realiza o processo de construção social. Não podemos dizer, atualmente, que a velhice baseia-se somente na decadência física e biológica. Estes autores colocam ainda que conceituar a velhice, o envelhecimento e o velho apenas em bases biológicas já não se encontra mais de forma única. Isto porque o grande interesse da antropologia por esta área trouxe uma grande contribuição na definição destes termos e favoreceu um conhecimento maior por esta área de forma interdisciplinar.

Simone Beauvoir (1976) e Ecléa Bosi (1973) *in apud* Siqueira et al (2002) colocam que a velhice pode ser definida como um fenômeno natural e social que acontece entre os homens de forma individual e que passa não apenas pelas questões biológicas e suas alterações, mas também por questões sociais e econômicas que acontecem durante o processo do envelhecimento, através das múltiplas experiências vividas por estes indivíduos durante a sua vida.

De acordo com o exposto neste trabalho e baseado em autores como Beauvoir, Lopes e Mercadante, não podemos esquecer que a velhice além de ser uma fase vivida individualmente, esta depende também do contexto social e cultural aos quais os idosos encontram-se expostos.

Conforme o que indubitavelmente foi exposto e as reflexões feitas, entendo que a velhice é uma fase natural da vida. Não se pode aqui esquecer que as transformações físicas sofridas durante esta fase podem trazer conseqüências relacionadas ao funcionamento do corpo para os idosos. Neste momento as

questões relacionadas às limitações físicas podem trazer inúmeras dificuldades durante a passagem por esta fase e exigir a atenção e cuidado dos profissionais da área da saúde, dos familiares e da sociedade em geral.

O geriatra Papaléo Netto coloca que dentre as diversas alterações sofridas durante o processo de envelhecimento pode-se incluir a diminuição da estatura física, diminuição da capacidade respiratória e cardiovascular, alterações na força muscular, na memória, dentre outras modificações.

Segundo fisioterapeuta L, 33 anos do sexo masculino, a velhice pode ser definida como

Uma fase horrível pela qual os idosos passam. Quando digo que essa fase é horrível estou me referindo às questões de descaso das políticas públicas, pela exclusão social, pela falta de suporte em todos os setores incluindo saúde, previdência, transporte entre outros. Se o nosso país tivesse condições dignas para manter esses idosos de acordo com as suas necessidades esta seria a melhor fase da vida, pois é nesta fase que temos toda a experiência.

Não é incomum encontrarmos idosos necessitando de acompanhamento por parte de vários profissionais, principalmente, aqueles relacionados à área da saúde com o objetivo de obter uma melhor condição e qualidade de vida.

Os dados fornecidos pelo IBGE/PNAD (2005) mostram que a população acima de 65 anos de idade é afetada por doenças crônico-degenerativa, o que faz com que esses idosos necessitem de atendimento de saúde em busca da melhoria em sua qualidade de vida e diminuam as limitações físicas ocasionadas pela deteriorização do corpo de forma fisiológica.

Conforme o exposto por autores como Papaléo Netto e Elizabeth Freitas, as pessoas que estão passando pela fase do envelhecimento apresentam modificações biológicas que alteram o funcionamento físico e cognitivo do corpo de forma importante.

Segundo Bifulco (2006) com o passar do tempo e os anos a mais adquiridos durante a vida, as perdas físicas e cognitivas são inevitáveis, gerando o aparecimento de incapacidades e limitações físicas responsáveis pela diminuição das condições de saúde. Porém, de acordo com Mercadante (1997) a velhice biológica nunca é um fato total havendo a necessidade de avaliá-la nos seus contextos psicológico, social, emocional e econômico.

As alterações físicas do envelhecimento que ocorrem somente pela passagem do tempo são em muitos casos as responsáveis pelo aparecimento das patologias nos idosos. O aparecimento das doenças torna-se responsável pelas instalações de incapacidades funcionais para estas pessoas que passam então, a necessitar de cuidado e tratamento adequados para o (re) estabelecimento das suas funções físicas e cognitivas.

Quando nos referimos às doenças do envelhecimento como diabetes, hipertensão, AVE, infarto agudo do miocárdio, enfisema pulmonar, pneumonia, artrose, entre outras, não podemos nos esquecer de que dentro delas a necessidade de acompanhamento por profissionais de saúde é de extrema importância. Porém em muitos casos, a progressão destas patologias promove a necessidade de internação hospitalar destes idosos.

Esse processo de internação hospitalar ocasiona inúmeras transformações para a família e para as pessoas que se encontram na terceira idade.

Acredito que a convivência com idosos hospitalizados influenciou e influencia bastante as concepções que os profissionais têm com relação ao envelhecimento. Enquanto os fisioterapeutas eram perguntados sobre a velhice e o velho, eles colocaram que apesar de se chegar à velhice ser gratificante, eles não gostariam de chegar nesta fase como chegam os idosos que eles acompanham no hospital. O

que os fisioterapeutas entrevistados apontam é que ser velho só é bom enquanto se tem saúde e não se depende de ninguém para realizar as atividades comuns do dia a dia, conforme colocado pela fisioterapeuta L. 44 anos, sexo feminino, formada na Universidade Católica de Petrópolis:

A vida deve ser até quando se tenha as condições mentais, físicas e psíquicas íntegras.

A fisioterapeuta K. 35 anos, sexo feminino, formada na Faculdade Pestalozzi coloca que

Independente da idade as pessoas devem viver até quando o seu físico agüentar e conseguir fazer suas atividades e ser independente.

Isso nos faz ver que apesar destes profissionais terem sido treinados através da sua formação para recuperar as incapacidades físicas das pessoas, estes não querem e nem se imaginam dependentes. Se fizermos uma analogia com o que Beauvoir (1990) expõe sobre ser velho, onde ela explicita que “velho é sempre o outro” e, que é muito difícil aceitar que somos velhos, também podemos trazer esta mesma avaliação para as questões de dependência. Para o fisioterapeuta, o paciente pode depender dele, mas quando essa possibilidade de dependência chega para estes profissionais, é difícil se colocar no lugar e na verdade ele passa a ter uma perspectiva inaceitável.

Os profissionais entrevistados indicaram, ainda, durante a entrevista no momento em que foram questionados sobre a forma como faziam os seus atendimentos, que estes eram sempre iniciados a partir da leitura dos prontuários. A realização da leitura dos prontuários é algo importante e implica na descoberta dos detalhes da patologia do paciente. Posteriormente a avaliação do prontuário os profissionais, então, se dirigiam aos seus pacientes e se apresentavam a eles,

explicavam-lhes a importância das condutas e de que forma elas seriam realizadas. Após estas explicações iniciais, o paciente é submetido a uma avaliação físico-funcional com o objetivo de identificar as deficiências causadas pela doença que o acometeu para posteriormente traçar um plano de tratamento com as melhores técnicas a serem executadas objetivando a recuperação parcial ou total deste paciente.

A justificativa da entrevistada D., 30 anos, sexo feminino, graduada pela Universidade Gama Filho no Rio de Janeiro, explica o que acabou de ser apontado:

O início do atendimento é feito pela observação do paciente com relação às necessidades que ele/ela apresentam naquele momento. Procuo chamá-lo pelo nome e saber o motivo pelo qual o fez necessitar da hospitalização.

A descrição feita pelos fisioterapeutas sobre as patologias de seus pacientes é baseada nos conceitos técnicos aprendidos durante a sua formação e protegida pelas resoluções do conselho de fisioterapia. Dentre as diversas resoluções aprovadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o código de ética coloca no Artigo 7º, inciso VII:

Informar ao cliente quanto ao diagnóstico e prognóstico fisioterápico e/ou terapêutico ocupacional e objetivos do tratamento, salvo quando tais informações possam causar-lhe dano;

O inciso acima é considerado como um dos principais preceitos para se exercer a função de fisioterapeuta. Além do Art. 7º do código de ética, o Artigo 13º ainda coloca:

O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, à vista de parecer diagnóstico recebido e após buscar as informações complementares que julgar convenientes, avaliam e decidem quanto à necessidade de submeter o cliente à fisioterapia e/ou

terapia ocupacional, mesmo quando o tratamento é solicitado por outro profissional”.

Sendo assim, a análise das respostas dadas pelos fisioterapeutas entrevistados com relação à forma como se inicia o atendimento fisioterapêutico nos mostra que este atendimento ocorre de uma forma correta na questão técnico-científica, o que implica no que foi aprendido durante a vida acadêmica. Partindo deste ponto, os fisioterapeutas aplicam os seus conhecimentos baseados nas características técnico - científica da sua profissão.

Após os questionamentos feitos aos fisioterapeutas sobre os temas velho, velhice e como eles iniciam o seu tratamento, a entrevista levou em conta as possíveis definições dos termos “cuidar” e “tratar” e de que forma essas ações poderiam ser explicadas no atendimento fisioterápico a pacientes idosos hospitalizados.

A noção relativa ao cuidado foi a mais difícil de ser definida. Assim sendo, a maioria dos profissionais dizia: *“Nossa, que pergunta difícil, eu sei o que é! Mas é difícil responder assim, entende!”*

Contudo, a partir das reflexões que eram colocadas e as conversas durante as entrevistas, as respostas sobre a noção de cuidados começaram a ser construídas. Em todas as respostas os fisioterapeutas colocaram que o ato de cuidar está relacionado ao zelar.

De forma unânime a questão relacionada ao zelo foi dada pelos fisioterapeutas como mesmo significado do cuidar e que para eles um ato completa o outro. Sendo assim, a busca pelas definições do termo zelar tornou-se necessária, o que nos trouxe como significado - tomar conta de algo com o máximo de cuidado e

interesse; cuidar; velar; interessar-se – o que mostrou a coerência entre as respostas dadas e o significado deste termo.

Assim, as falas abaixo dos profissionais explicitam essa idéia

Cuidar é zelar para que a pessoa tenha o bem estar físico, psico e mental. Não está relacionada especificamente a doença. Por exemplo, a família é cuidada e não tratada. (L. fisioterapeuta, 44 anos, casada.)

Cuidar é a essência do profissional da saúde. Se ele não tiver isso ele não vai conseguir realizar as suas atividades profissionais. (L. fisioterapeuta, sexo masculino, 33 anos)

Cuidar é prestar uma assistência ao paciente e às pessoas da forma mais eficaz possível associando carinho e atenção sendo mais importante do que uma pomadinha que se passe na perna. (Fisioterapeuta, sexo masculino, A, 30 anos)

Segundo Czeresnia e Freitas *in apud* Ayres (2004), a busca por novas formas de se trazer um melhor bem-estar para as pessoas, principalmente aquelas que se encontram com a necessidade de receber um atendimento para o cuidado da sua saúde torna-se necessária. Desta forma, dentro da área da saúde vem surgindo, uma nova área composta pelas questões relacionadas à humanização no atendimento aos pacientes na área da saúde.

Atualmente dentro dos ambientes hospitalares fala-se muito das questões relacionadas à humanização no atendimento aos pacientes internados. O Manual do Humaniza SUS (1990) coloca que para que ocorra o atendimento humanizado existe a necessidade de olhar e atender o paciente como um todo, buscando sim a resolutividade das alterações clínicas que levaram este paciente a procurar o atendimento de saúde, mas também associar às questões subjetivas que levaram a condição patológica, a história de vida, social, familiar e cultural, enfatizando assim, que a humanização possui estreita relação com o cuidar.

Ainda nos reportando a resposta dada pela fisioterapeuta L. e agora trazendo para o atendimento na área da saúde, podemos dizer que o cuidado, segundo Boff (1999), é a essência do ser humano e que todos necessitam dele. Além disso, acredito que as pessoas que receberam o Cuidado durante toda a sua vida têm maior chance de repassar este Cuidado para o outro, ilustrado por Boff (1999, p.34) quando coloca que

Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre... Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana... um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana.

Atualmente se fala muito nas questões relacionadas ao atendimento humanizado e o cuidado aos pacientes. Porém, apenas falar destas questões é muito fácil, mas a dificuldade maior se encontra em conseguir colocar em prática. Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007) dentro de um ambiente hospitalar existe a necessidade de um equilíbrio na formação dos seus profissionais com relação às suas atitudes. Não podemos dizer que um ambiente hospitalar para prestar um bom atendimento deve ter somente profissionais qualificados, com uma formação em boas faculdades, excelentes especializações, ou seja, com uma qualidade técnico-profissional com alto grau de excelência. Este ambiente também deve ser formado por profissionais que consigam transformar, ou melhor, conciliar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos pelas suas formações e especializações com a realização e a inserção do cuidado aos pacientes que ali estão necessitando não só de um atendimento terapêutico de forma clínica, mas também uma atenção às questões emocionais, psíquicas e sociais. Na realidade segundo os autores citados acima (2007, p. 967)

O cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados que vão se complementando explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital.

Ainda nos preceitos do Cuidar, segundo Boff (1999), o cuidar do outro envolve o zelar, o interesse, realizado através do estabelecimento de um diálogo entre o eu-tu (terapeuta-paciente) com o objetivo de construir uma aliança entre ambos que traga uma sensação de bem-estar e prazer principalmente para aqueles que no momento da hospitalização estão necessitando de mais atenção e carinho.

O teólogo Leonardo Boff em seu livro *Saber Cuidar* (1999, p. 109) amplia, ainda, a noção do cuidado quando afirma que “o cuidado como modo-de-ser perpassa toda a existência humana e possui ressonâncias em diversas atitudes importantes”.

Como dito anteriormente e de acordo com os conceitos sobre cuidado, o conceito que melhor preencheu essas questões por parte dos profissionais entrevistados foi o da fisioterapeuta L. Esta observação passou a ser feita, pois após a análise das outras respostas, consegui detectar que dentre estes profissionais existe uma grande confusão com relação à definição deste termo.

Segundo a fisioterapeuta N. 34 anos, o cuidar pode ser definido, apenas como:

a reabilitação das incapacidades dentro dos seus limites físico e psicológico.

A fisioterapeuta N. 32 anos, define o cuidar como:

Guardar em bom estado, o que não quer dizer super proteger. É está observando as limitações e fazer com que elas não tornem mais difíceis o dia a dia deles. É saber até onde o fisioterapeuta pode ir, respeitando os limites dos idosos durante o atendimento.

Acompanhando a idéia transferida pelos fisioterapeutas durante as entrevistas, pude verificar que a expressão com relação à definição dos termos era uma tarefa difícil para eles, verificado pelo resultado das respostas. Porém, a realização deste trabalho apesar de ter sido baseado em entrevistas do tipo semi-estruturada, também levou em conta a observação da pesquisadora. Quando falo sobre a observação, não me refiro a ela como metodologia empregada diretamente neste trabalho, apenas como forma de ter fornecido informações que indiretamente contribuíram de forma grandiosa para que eu não ficasse apenas restrita às respostas dadas e analisadas.

Durante a confecção deste trabalho precisei visitar diversas vezes o Hospital Ferreira Machado. O início da pesquisa de campo foi marcado pela observação dos futuros entrevistados durante o atendimento aos pacientes idosos.

Partindo então das observações feitas, consegui entender quando as expressões relatadas sobre o termo cuidar eram feitas. Acredito que em muitos casos as noções proferidas apenas por palavras nem sempre refletiam a forma como eles executam suas atitudes. Portanto, em muitas situações verifica-se que o atendimento feito aos idosos hospitalizados era realmente baseado no ato de Cuidar e não apenas feito só sob a forma do tratar.

Sobre o ato de Tratar os entrevistados apontaram:

É procurar solucionar o problema, mesmo que não se alcance.
(Fisioterapeuta T., 40 anos)

É dar qualidade de vida. (K. fisioterapeuta, 27 anos)

É o ato que deve ser feito para aquilo que está doente, buscando a sua cura. (L, fisioterapeuta, 44 anos)

As respostas acima conseguiram explicitar a forma como esses profissionais conseguem visualizar o ato de tratar. Eles se referem a este ato de forma bem mecânica, a qual talvez não seja estabelecido nenhum tipo de vínculo com esses pacientes que estão recebendo o tratamento. Digo aqui talvez, porque na realidade o ato de tratar se reduz apenas isso realmente, se restringe a realização de condutas que visem à melhora dos sintomas apresentados por aqueles pacientes naquele momento somente.

Ayres (2002) em seu texto *Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde*, coloca muito bem as questões relacionadas à diferença do cuidar e tratar. Segundo o seu texto o tratar parece vir de uma arte tecno-científica que não se interessa mais pela vida, pela pessoa paciente, mas sim pela obcecada necessidade em se diagnosticar apenas e não mais em prestar um atendimento humanizado centrado no paciente e na sua vida, mas apenas na sua doença.

Importante colocar também sobre essa relação entre o cuidar e o tratar que

devemos, pois, saber combinar inteligência instrumental-analítica, donde nos vem o rigor científico, com inteligência emocional-cordial, donde derivam as imagens e os mitos. (BOFF, 1999, p. 37)

É claro e notório que se um idoso está hospitalizado ele necessita sim de tratamento (me refiro, sim a realização dos exames, do diagnóstico, da terapia física, dos medicamentos, entre outros), mas associado a este tratamento podemos sim colocar o Cuidar como um dos principais itens para a realização do tratamento.

Sendo assim, não há uma separação entre tratar e cuidar. O Cuidar e o Tratar encontram-se articulados, mas para que esta articulação consiga se efetivar existe a necessidade de que os profissionais da saúde tenham a consciência dos significados de cada um, e consigam executá-los.

Quando falamos do atendimento à saúde podemos fazer um breve retorno às questões como a assistência à saúde era feita no início do século XX, onde tínhamos um grande número de morte e baixa qualidade de vida por não termos uma evolução técnica adequada que pudesse suprir as necessidades da população. Entretanto a evolução da medicina trouxe um grande avanço para as questões de saúde com o aparecimento da cura de doenças que antes matavam em larga escala. Nesta época, assim como, nos dias atuais, o atendimento era centralizado na figura do médico, não existia nesta época as questões relacionadas à comunicação entre os profissionais, além de se fazer uma fragmentação do atendimento, o que fazia com que o paciente não fosse visto como um todo, mas sim como um braço, uma perna, uma cabeça, enfim tínhamos cada vez mais com o avanço tecnológico de forma unidimensional. (CAPRARA & RODRIGUES, 2004)

A organização dos serviços de saúde neste molde unidimensional, principalmente no atendimento a pacientes idosos, não mais satisfaz às necessidades humanas. Atualmente pelas questões relacionadas à globalização e a forma como as pessoas vivem, trazem uma necessidade de se ter uma visão multidimensional e multiprofissional pelos profissionais de saúde.

A mudança de um modelo unidimensional para o multidimensional permite múltiplos ganhos aos pacientes, onde dentre eles estão a humanização no atendimento, e uma melhor forma de Cuidar que ainda não se realiza de uma forma completa, possuindo a dependência da consciência dos profissionais.

O texto *Tão longe, tão perto: O cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde*, escrito por Ayres, coloca que:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de vida

que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. (AYRES, 2002, p. 8)

Diante de todo o argumento até aqui exposto em relação aos conceitos “cuidar” e “tratar”, tendo como base a análise das entrevistas dos fisioterapeutas, juntamente com a fundamentação teórica de alguns autores, coloco que a diferença entre o tratar e o cuidar realmente existe, mas cabe a cada profissional no momento do seu exercício profissional, pensar e refletir sobre os seus conceitos e condutas durante o atendimento. Afinal, independente da sua idade e da sua profissão todos nós iremos necessitar um dia de cuidado e tratamento para as nossas alterações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Dessa forma, se conseguirmos fazer a união desses conceitos e colocá-los em prática os pacientes e os seus assistentes terão mais benefícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2005, em minha vida, foi marcado pela apresentação às questões geriátricas e gerontológicas, através da pós-graduação em geriatria e gerontologia, início na carreira docente nesta mesma área e no atendimento hospitalar a pacientes, que incluía na sua maioria os idosos. Esse percurso trilhado me fez questionar sobre as realidades pelas quais o dia a dia do trabalho me fazia passar e pensar.

Em 2006, procurei aperfeiçoar e aprofundar os meus conhecimentos encontrando o mestrado que me proporcionou uma forma de pensar e agir diferente daquela que havia recebido baseada em uma formação tecnicista. Durante esta “nova” formação, na realidade, durante a reformulação do meu pensamento, cheguei aos questionamentos aqui colocados nos capítulos anteriores. Na realidade esta reformulação do meu pensamento ocorreu devido aos conhecimentos adquiridos sobre antropologia, sociologia, filosofia, psicologia, o que me fez ver que as questões sobre o envelhecimento, mesmo na área da biomédica, não devem ficar centradas unicamente no saber técnico-científico, mas também levar em conta para a análise o contexto social, econômico, psicológico dos idosos.

O período em que destinei para a busca das respostas deste trabalho trouxe-me grandes experiências, pois iniciar a pesquisa através de questionamentos a profissionais fisioterapeutas me permitiu observar o conhecimento destes profissionais com relação aos temas envelhecimento, velhice e velho. Durante a observação feita nas entrevistas, pude verificar que os profissionais possuem opiniões diferenciadas com relação a estes temas e principalmente com relação às suas definições. Quando as questões levantadas eram relacionadas ao Cuidar e ao Tratar, as dificuldades eram maiores. Mas em algumas entrevistas percebi que os entrevistados tinham o Cuidar como ponto de referência para a realização do seu trabalho no atendimento aos pacientes idosos e também aos pacientes jovens.

A análise da abordagem feita aos profissionais componentes desta pesquisa mostrou bem, através dos seus resultados, as dúvidas com relação a estas definições por parte destes profissionais. Talvez as dúvidas dos fisioterapeutas entrevistados possam ser explicadas pela falta de conhecimento específico sobre as questões levantadas, principalmente quando relacionados aos conceitos de velho, velhice e processo de envelhecimento, mostrando que em muitos casos eles, apesar de valorizarem somente as alterações físicas em decorrência das suas atuações profissionais, passam também, mesmo que indiretamente, a se preocuparem com as questões sociais e emocionais.

Quando a abordagem foi feita sobre os temas Cuidar e Tratar verifiquei que para profissionais que possuem a formação técnica centrada no modelo biomédico, onde se valoriza mais a doença do que a saúde e no qual a preocupação com os processos diagnósticos e terapêuticos mais adequados para os pacientes é mais importante do que a preocupação com as múltiplas questões relacionadas com todo o contexto social, econômico, psicológico e emocional dos pacientes, encontrei

como respostas uma articulação entre os atos de Cuidar e Tratar, mas sem o conhecimento teórico a respeito dessas questões por parte destes profissionais. Isto pôde ser verificado quando estes colocavam em suas respostas que ambos os atos andavam juntos, mas não conseguiam fazer uma definição diferenciada para o Cuidar e o Tratar durante a entrevista realizada.

As reflexões apresentadas pelos profissionais, talvez sofram a influência direta do tipo de formação acadêmica que tiveram durante a graduação do curso de fisioterapia, já que, nos cursos ligados à área da saúde as questões relacionadas à doença, aos diagnósticos e às terapêuticas adequadas a cada paciente ficam sobrepujadas aos saberes filosóficos, antropológicos e sociais.

A maturidade dos profissionais entrevistados talvez tenha interferido no resultado desta pesquisa, pois ainda penso que à medida que o tempo passa, como colocado por um dos entrevistados, adquirimos mais experiência o que nos faz discernir sobre nossas condutas. Falo isso porque na experiência como docente de alunos do 1º período da graduação de fisioterapia encontro nestes futuros profissionais uma idéia mais fixa nas questões financeiras, na importância e ansiedade que eles possuem para receberem o tão sonhado diploma e não relacionada às composições necessárias para um pensamento mais aprofundado para os temas relacionados ao Cuidar e ao Tratar.

É ainda neste contexto que não podemos esquecer daquele paciente idoso internado, que não é apenas um sujeito com uma doença que precisa ser tratada, mas sim uma pessoa com sentimentos, pensamentos, capaz de decidir pelo seu próprio futuro e que necessita sim de cuidados de profissionais capacitados voltados para a sua saúde, seu emocional e também para as suas relações familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rubem. **As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer**. São Paulo, 5ª edição, 2004, pág. 25.

ARRUDA, Laura Patrícia. **Envelhecimento e Morte: conceitos dialógicos que qualificam o atendimento fisioterapêutico ao idoso**. Dissertação de mestrado em gerontologia biomédica. PUC/RS, 2007

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Tão longe, tão perto: O cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde**. São Paulo, 2002.

_____. **Uma concepção hermenêutica de saúde** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 43-62, 2007.

BALTES, Paulo B. **Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade**. A terceira idade, São Paulo, volume 17, numero 36, p.7-31, 2006

BATALHA, Fábio. **A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia**. Dissertação de mestrado, 2002, pág. 45-47.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

BENICÁ, Ciomara Ribeiro; FERNANDEZ, Márcia; GRUMANN, Cristiane. **Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem.** RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 17-29 - jan./jun. 2005.

BLAYLOCK; A; CASAON, C.L. **Discharge planning predicting patients needs.** J. Gerontol. Nurs, v.18, n.7, p.5-10,1992.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: temas transversais.** Brasília; MEC; SEF,1998.

BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de J. do E. Santo da. **O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1019-26 www.eerp.usp.br/rlae

CALDAS, Célia Pereira. **Conceitos básicos em gerontologia.** In Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. UNATI/UERJ, Rio de Janeiro, 2006, pág.18

CARBONE, Adriana. **Tinha um idoso no meio do caminho.** Revista Viver, editora segmento, ano VII, nº82, nov.1999, pág, 28,29.

CAPRARA, A. & RODRIGUES J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(1): 139-146, 2004

CORIN, E; UCHÔA,E; BIBEAU,G; KOUMARE,B; COULIBALY,B; COULIBALY,M; MOUNKORO,M & SISSOKO,M. **La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. paramètres pour um cadre de références. psychopathologie africaine.** In: Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003, pág 851.

CONNOR, Tom. **O Poder de cuidar**. Revista: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, V.24, n.4 jul/ago. 2000, p. 328.

FEIRE, Renato Campos Júnior & TAVARES, Maria de Fátima Lobato. **A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9, n.1 Rio de Janeiro 2006.

FERREIRA, Aurélio B.de H. **Novo dicionário aurélio**. Editora Nova Fronteira, 1999.

FEUERWERKER, L. & CECÍLIO, L. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):965-971, 2007.

FREITAS, Marcos Souza. **A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional**. Tese de Doutorado em saúde coletiva - UERJ, 2006.

GIMENES, Olímpia Maria, SILVA, Maria Júlia. **Eu-Cuidador**. Revista: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, V.24, n.4 jul/ago. 2000, p. 306.

GODOY, Maurício Pinto de. **A busca pela emancipação: identidade do homem idoso**. Tese mestrado, PUC/SP, 2004

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. Dissertação de Mestrado, 1997.

GOMES, Mayara Rodrigues. **O estatuto do idoso e as identificações**. In: Envelhecimento e Velhice: um guia para a vida. Editora Vetor, vol II, SP, 2006, coleção gerontologia.

GORDILLO, Adriano et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** BAHIA ANÁLISE & DADOS Salvador - BA SEI v.10 n.4 p.138-153 Março 2001.

GUTIERREZ GAMBARO, A. **Atención y cuidado de enfermería em el paciente senescente.** Rev. Sanid. Def. Nac. (Chile), v.4, n.4, p. 366-371, 1987

JACOB, Wilson Filho. **Atividade física e envelhecimento saudável.** Revista Brasileira Educação Física e Esporte. São Paulo, volume 20, p.73-77, setembro,2006,suplemento n.5.

JARDIM, V. MEDEIROS, B. BRITO, A. **Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.2 Rio de Janeiro 2006.

LOPES, Ruth Geleheter da Costa. **Saúde na Velhice: As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento.** São Paulo, Editora Educ Fapesp, 2000.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos.** Trad. Carlos Alberto Siqueira Netto Soares. 3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** - Cecília é organizadora (livro de capa azul) 24ª edição - Vozes – Petrópolis: 1994, p.59.

MERCADANTE, Elisabeth. **A identidade e a subjetividade do idoso.** Revista Kairós. PUC/SP, São Paulo: EDUC, 1998, ago, v.1, n.1, p. 59-67, ago. 1988.

MONTEIRO, Pedro Paulo. **Envelhecer: histórias, encontros, transformações.** Belo Horizonte, ed. Autêntica, 2005, 3ª edição, pág. 14-15.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez, 2000b, p. 40.

MOTTA, Luciana Branco da & AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):363-372, 2007.

NEGRI, Letycia dos Santos Almeida et al. **Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):1033-1046, 2004

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida e idade madura.** São Paulo, ed. Papyrus, 2003, 5ª edição, pág.34.

_____. **Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais.** *In: Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2006, 2ª edição, ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, págs: 61 - 75

NETTO, Matheus Papaléo. **O estudo da velhice: históricos, definição do campo e termos básicos.** *In Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, 2006, 2ª edição, pág.02, 09.

_____. **Finitude: hospital-fronteira.** *In: Py L,* organizador. *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia.* Rio de Janeiro (RJ): Ed. NAU; 1999.

OLIVEIRAS, C. G. **Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian.** Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1992. 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.20).

OPAS-OMS. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Brasília/DF, 2005, pág.10

PEIXOTO, Clarice Ehlers. **Envelhecimento e imagem: as fronteiras entre Paris e Rio de Janeiro.** São Paulo: Annablume, 2000, pág.51.

PESSINI, Léo. **O Cuidado em saúde**. Revista: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, V.24, n.4 jul/ago. 2000, p. 236.

RIBEIRO, R. **A mulher, o tempo e a morte: um estudo sobre o envelhecimento no Brasil e na Nigéria**. Tese Doutorado- IP- USP,SP, 1987.

RIOS, Ana Maria Galvão e PONTES, Maria Isabel Marcondes. **Envelhecimento da mulher: modelos na natureza**. In: Envelhecimento e Velhice: um guia para a vida. Editora Vetor, vol II, SP, 2006, coleção gerontologia.

SILVA, Mauro Antônio. **O Cuidar do paciente terminal: questões éticas**. Revista: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, V.24, n.4 jul/ago. 2000, p. 272.

SIQUEIRA, R. et al. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4): 899-906, 2002.

UCHÔA, Elizabeth. **Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003, pág.850.

VERAS, R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. Cadernos de Saúde Pública 19(3) 705-715, 2003

VOLICH, Rubens Marcelo. **O cuidar e o sonhar**. Revista: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, V.24, n.4 jul/ago. 2000, p. 238.

WALTERS. K.R. **Discharge planning: na exploratory study of the process of discharge planning on geriatric wards**. J. Adv. Nurs., v.12, n.1, p.71-83, 1987.

APÊNDICE I

Roteiro para Pesquisa

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de Formação: _____

Universidade: _____

Especialização: _____

Cursou disciplina de geriatria e gerontologia: _____

- Diante do grande número de idosos que são atendidos no hospital como você definiria o termo velho.
- Para você velho e velhice tem diferença
- Como você inicia o seu atendimento aos idosos
- Com as questões relacionadas ao cuidar, como você definiria este termo
- E com relação ao tratar, como você colocaria a definição para este termo
- Para você o cuidar e o tratar andam juntos

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

(Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde)

O cuidado fisioterapêutico a pacientes idosos hospitalizados: um convite ao olhar fisiogerontológico

Introdução

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que tem por finalidade, verificar as definições sobre os termos velho, velhice, cuidar e tratar de idosos hospitalizados. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Será garantida a liberdade do participante em recusar-se da pesquisa sem penalidades. As informações obtidas serão utilizadas apenas com o propósito desta pesquisa científica, sendo mantido sigilo absoluto das mesmas.

É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e das o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Objetivo

Este trabalho possui como objetivo verificar se existe a realização do ato de Cuidar por parte dos fisioterapeutas, além de saber quais as definições dos termos velho, velhice e envelhecimento para estes profissionais.

Procedimento do Estudo

Se concordar em participar deste estudo você será solicitado a responder um questionário semi-estruturado sobre informações pessoais e formação profissional.

Benefícios

A sua participação na pesquisa não acarretará gasto para você, sendo totalmente gratuita. Suas respostas podem ajudá-lo a fazer uma auto-análise como profissional e redirecionar o seu conhecimento para o conhecimento sobre as questões do envelhecimento.

Caráter Confidencial dos Registros

Algumas informações obtidas a partir da sua participação neste estudo, pode resultar em perda de privacidade, entretanto procedimentos serão tomados pelos responsáveis do estudo, no intuito de proteger a confidencialidade das informações e resultados. Os dados poderão ser utilizados pelas responsáveis por este estudo, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros.

Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em obter novas informações de qualificação, para as Instituições Formadoras de profissionais Fisioterapeutas. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador.

Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua

participação, agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer danos relacionados ao estudo ou tenha mais perguntas sobre o assunto, por favor, ligue para Elizabeth Viana Soares, no telefone (22) 99031563, ou pelo email: elizabethvsoares@ig.com.br

Declaração de Consentimento

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição neste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como amostra deste estudo.

Nome do participante

Assinatura do participante

_____/_____/_____

Data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação do mesmo, junto ao e/o seu representante autorizado. Acredito que o participante representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em um linguagem adequada e compreensível e que ele / ela compreendam essa explicação.

Nome do participante

Assinatura do participante

_____/_____/_____

Data

_____/_____/_____

Data