

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

CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA

**Fisioterapia Gerontológica:
Uma Nova Perspectiva de Atuação da Fisioterapia no Idoso**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**São Paulo
2011**

CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA

**Fisioterapia Gerontológica:
Uma Nova Perspectiva de Atuação da Fisioterapia no Idoso**

Mestrado em Gerontologia

PUC - São Paulo

2011

CRISTINA CRISTOVÃO RIBEIRO DA SILVA

**Fisioterapia Gerontológica:
Uma Nova Perspectiva de Atuação da Fisioterapia no Idoso**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial o título de MESTRE em Gerontologia, sob a orientação da Profª Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida.

**Mestrado em Gerontologia
PUC - São Paulo
2011**

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos idosos:

Euphrosina, Abner e Aniceta (*Ín memoriam*)

Sempre muito carinhosos comigo e que, de alguma forma, me inspiraram na escolha pela Gerontologia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Henrique e Rosa, pelo amor, assistência, carinho e pela educação, que me facilitou na busca dos meus objetivos e sentido de vida. Aos meus irmãos, Antonio, Claudia e Tiago, grandes amigos, com os quais compartilho experiências e projetos; obrigada pelo amor e por sempre estarem dispostos a me ouvir e ajudar. Família querida. Amo muito vocês!!!

Ao amor da minha vida, companheiro de todos os momentos, projetos e realizações, pela sua amizade e amor; agradeço muito por todo apoio que me foi dado durante o período do mestrado (e muito além dele). Agradeço também pela revisão final desta dissertação. Te amo, querido, obrigada por tudo!!

À minha querida professora e orientadora, Vera Lúcia Valsecchi de Almeida, nem sei como agradecer pelo carinho, atenção, dedicação e por me ajudar a construir as reflexões sobre a Fisioterapia Gerontológica.

Aos meus queridos amigos, em especial à Sheila, Romário, Hélio, Sabrina, Fabiano, Fernanda Vargas, Rhollander e Nelson, pelo apoio e palavras amigas, em algum momento, durante estes dois anos.

Agradeço aos meus amigos da APEX (instituição a qual voluntário) e ao Grupo Longevitá, por compreender minhas ausências durante o mestrado.

Àqueles que me deram ouvidos, me apoiaram e estavam torcendo por mim na conclusão deste trabalho: meu sogro Alécio, minha sogra Inês, minha cunhada Melissa, minha cunhada Flávia e os amigos, Fátima Agostinho, Luciana Lavor, Aline Izidoro, Telma Crespo, Alexandre Balthazar, Cristina Dalvi e Ryon Braga.

Aos colegas da CESUFOZ (Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu), Paulo, Elton, Patrícia, Pedro e Tânia, pelo acolhimento quando cheguei à cidade e à instituição e pelo apoio às minhas necessidades para com o mestrado.

Agradeço aos colegas do Programa de Gerontologia, em especial à Débora Genezini, Micheli P. F. Magri, Simone Spadafora, Karen Marcelja e Vanessa Idargo Mutchnik pela atenção, discussões interessantes e trocas de experiências.

À minha orientadora da pós-graduação (especialização) e hoje amiga, Renata Cereda Cordeiro, pelo apoio, sugestões e conversas, sempre enriquecedoras, acerca da Fisioterapia Gerontológica.

As minhas professoras do Programa de Gerontologia da PUC, Prof^{as} Dr^{as} Vera Lúcia Valsecchi de Almeida, Suzana Carielo Fonseca, Nádia Dumara Ruiz Silveira, Suzana Aparecida Rocha Medeiros, Ruth Gelehrter da Costa Lopes, Beltrina Côrte e Elizabeth Mercadante, que me ajudaram na compreensão da complexidade do

envelhecimento e da velhice e no desenvolvimento de um olhar sensível para com o idoso.

Agradeço à Manoela pela atenção despendida nestes dois anos.

Aos meus alunos, com quem compartilho conhecimentos, indagações e projetos de vida.

Agradeço a todos os meus ex-alunos, do Centro Universitário São Camilo - Espírito Santo, com os quais pude expressar as minhas primeiras reflexões sobre a Fisioterapia Gerontológica e pelo carinho e atenção, que de alguma forma contribuíram pela ratificação da minha escolha pela docência e práxis acadêmica.

Agradeço à paciente, Sra. E que participou da pesquisa e que me permitiu entrar em sua “casa”. Agradeço também à sua filha, Alzira, que me apoiou neste projeto e aceitou fazer parte dele. Serão sempre lembradas por mim com muito carinho.

A todos meus pacientes e ex-pacientes que, de diferentes formas, enriquecem a minha vida e me estimulam a crescer.

Agradeço ao Druckinho pela demonstração de companheirismo e afeto, fundamentais em determinados momentos nesta jornada.

Agradeço a CAPES por ter me possibilitado finalizar o mestrado com mais tranquilidade.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram e me apoiaram para a realização deste sonho.

Envelhecer

Ser alguém?

Ainda dá tempo para se conhecer?

Ainda dá tempo para viver?

Ser outro?

Ser pleno?

Ser autêntico?

O que resta para ser?

Ser resto?

Ser sábio?

Ser mais verdadeiro?

Ser o que se é...

Envelheser

O que fui, já não sou?

Quem está sob minhas rugas?

Me desconheço no meu passo lento,

mas me reconheço quando olho para trás e vejo o caminho feito e as sementes
brotando...

Envelheser

Colher o que foi plantado

Cultivar o que ainda cresce e pode desabrochar

Porque a vida flui eternamente

Amar sempre

Acreditar que todo caminho tem um significado

Acreditar que o envelhecer tem um sentido

E que o fim, assim como o começo, está profundamente conectado ao movimento
circular da vida

Lídia Rodrigues Schwarz

RESUMO

Fisioterapia Gerontológica: Uma Nova Perspectiva de Atuação da Fisioterapia no Idoso

Cristina Cristovão Ribeiro da Silva

O envelhecimento e a longevidade são fenômenos com importantes repercussões nos vários âmbitos da vida pessoal e social. Implicam, por sua vez, na formação de profissionais qualificados para atender o idoso, a exemplo do fisioterapeuta. Na fisioterapia encontramos duas linhas de atuação junto à população idosa: a primeira é a “fisioterapia geriátrica”, que tem como foco o tratamento e a prevenção das doenças próprias do envelhecimento e da velhice; a segunda é a “fisioterapia gerontológica” cuja abordagem, por estar pautada na gerontologia envolve, além do tratamento das doenças do envelhecimento e do modo de preveni-las, a utilização de uma abordagem em que o idoso é visto de forma integral, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Trata-se de uma diferenciação necessária e complexa; diferenciação que contribuiu para a delimitação dos objetivos centrais desta dissertação, ou seja, identificar o lugar da Fisioterapia Gerontológica na Fisioterapia e identificar as características dos atendimentos da Fisioterapia Gerontológica. A opção metodológica adotada foi à abordagem qualitativa de perfil exploratório-descritivo; no que tange ao procedimento de coleta de dados, a opção recaiu sobre o “estudo de caso” e a “observação participante”, ambos de corte longitudinal e na perspectiva da fisioterapia gerontológica, envolveu 22 atendimentos em uma paciente do sexo feminino, de 94 anos, viúva, mãe de 4 filhos, dona de casa, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e dor em joelhos (artrose). Apesar de pontuais, os resultados obtidos foram significativos envolvendo, entre outros aspectos, o que poderíamos “batizar” de “renascimento do sujeito”. Assim, a paciente tornou-se “senhora dos seus desejos”, se re-apropriando da condição de ser “desejante”; condição tantas vezes negada aos idosos, mas que independe da idade cronológica. A investigação demonstrou que quando o fisioterapeuta se pauta pelos princípios da fisioterapia gerontológica, os resultados são muito satisfatórios, tanto nos aspectos físicos, como nos âmbitos social, psicológico e existencial.

Palavras-chave: Fisioterapia Gerontológica; Gerontologia; Envelhecimento; Idosos; Sujeito Desejante.

ABSTRACT

Gerontologic Physiotherapy: A New Dealing Perspective for the Elderly Physiotherapy

Both aging and longevity are decisive phenomena on various fields of personal and social life. Those phenomena, in turn, require the formation of qualified professionals to assist elderly people, like the physiotherapist. There are two ways of dealing with the elderly population: The first is the “geriatric physiotherapy”, focused on treatment and prevention of aging/old-age diseases; the second one is “gerontologic physiotherapy”, whose approach, being based on gerontology, involves, besides aging diseases treatment and prevention mode, the utilization of a perspective where the elderly is seen in a integral manner, considering her or his biological, psychological and social aspects. The differentiation is necessary and complex; it has contributed to the delimitation of the central objectives of this dissertation, that is to say, to situate Gerontologic Physiotherapy inside Physiotherapy, as well as to identify the characteristics of assistance in Gerontologic Physiotherapy. The method chosen was qualitative assessment, with exploratory-descriptive profile; for data collection, have been selected “case study” and “participative observation”, both longitudinally conducted under the perspective of gerontologic physiotherapy, involving 22 assistances on a female patient, 94 years old, widow, 4 children, housewife, congestive cardiac insufficiency (CCI), pain in the knee. Although specific, the outcomes were significant, involving, among other aspects, what could be called “rebirth”. Thus, the patient became “lady of her desires”, re-appropriating herself of the “wishing” condition, often denied to the elderly, despite the fact that such condition is age-independent. The investigation has demonstrated that whenever the physiotherapist orients her or himself after gerontologic physiotherapy’s principles, the outcomes are quite satisfactory for physical, as well as for social, psychological, and existential aspects.

Keywords: Gerontologic Physiotherapy; Gerontology; Aging; Elderly; Wishing
Subject.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I: O ENVELHECIMENTO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS ...	07
CAPÍTULO II: DA FISIOTERAPIA: INCURSÕES HISTÓRICAS E REALIDADE	22
CAPÍTULO III: FISIOTERAPIA E VELHICE	33
3.1. O IDOSO NA GERIATRIA E NA GERONTOLOGIA	33
3.2. FISIOTERAPIA GERONTOLÓGICA: UMA NOVA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO IDOSO	36
3.2.1. Características da Fisioterapia Gerontológica	36
3.2.2. Algumas Palavras sobre a “Escuta” Fisiogerontológica	47
CAPÍTULO IV: A INVESTIGAÇÃO	54
4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	54
4.1.1. Considerações Iniciais	54
4.1.2. Do Sujeito e do Local	56
4.2. ESTUDO DE CASO	57
4.2.1. Avaliação fisiogerontológica	57
4.3. ANÁLISE DOS DADOS	70
4.3.1. Descrição dos atendimentos	70
4.3.2. Discussão dos atendimentos sob a ótica da Fisioterapia Gerontológica	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista com a Cuidadora	112
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
Anexo C – Avaliação Fisiogerontológica	115

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1. Brasil: Esperança de Vida ao Nascer	09
Figura 2. Esperança de Vida aos 60 anos, por sexo	09
Figura 3. Brasil: Evolução das Taxas de Fecundidade	10
Figura 4 - Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2003)	19

--- ---

Tabela 1. Perspectiva histórica dos principais modelos de função e disfunção humana	17
---	----

--- ---

Quadro 1. Fatores e repercussões no surgimento de sintomas depressivos	51
Quadro 2: Objetivos e condutas realizadas nos atendimentos	67
Quadro 3: Objetivos e resultados atingidos nos atendimentos	86

INTRODUÇÃO

O que realmente importa ao ajudar o homem é ajudá-lo a ajudar-se; é fazê-lo agente de sua própria recuperação, é colocá-lo numa postura consciente diante de seus problemas.

Paulo Freire

Quando li estas essas palavras pela primeira vez em uma aula sobre Fisioterapia Psicossomática percebi o quanto poderia ajudar os meus pacientes a serem pessoas melhores, por conta própria, e isto muito me motivou. Anos depois encontrei a Gerontologia e com os conhecimentos que havia adquirido com a Psicossomática, percebi que este era o meu caminho. Hoje me sinto realizada no que faço, sei que tenho muito a contribuir, e por ser jovem, tenho tempo, mas preciso aproveitá-lo da melhor forma possível.

Nasci na Cidade de São Paulo, no dia 09 de Outubro de 1977; fui a primeira filha, neta e sobrinha, da família da minha mãe. Meus pais escolheram meus avós como meus padrinhos e não era apenas por ser meus padrinhos; tanto meus avós maternos, quanto minha avó paterna sempre foram pessoas muito queridas para mim. Minha afinidade com eles sempre foi grande; gostava de visitá-los e ouvir suas histórias. Hoje, pensando nisto, vejo o quanto já iniciava o meu gosto pela gerontologia.

Depois de algumas pesquisas sobre que profissão seguir, com a ajuda do meu pai e por uma influência positiva do meu avô que precisou do tratamento fisioterapêutico na sua fase de internação hospitalar, resolvi cursar Fisioterapia. A graduação ocorreu entre 1999 e 2002, na Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

No final do primeiro ano de faculdade (no total foram 4 anos em período integral), fiz estágio extra-curricular em uma clínica de fisioterapia. Este estágio me acrescentou conhecimento na área; no entanto, vi uma fisioterapia que não correspondia ao que esperava para minha atuação profissional. Na clínica, o paciente era visto de forma fragmentada, apenas como um “objeto” de doenças: “*era o paciente tal, com tantos anos e que tinha artrose em joelhos*” e ponto final. Fiquei muito desmotivada com o que vi. Para mim aquilo não era fisioterapia, pois daquela forma - reduzindo o

paciente a sua doença, não se referindo a ele e sim a patologia que tinha, não o vendo como um todo, não explicando o porquê da realização de tais exercícios, enfim, propondo um atendimento rápido, sem dar a atenção, necessária para que o paciente entendesse as possíveis razões do porque ele estava com tais alterações físicas, desta maneira não gostaria de atuar na profissão.

Foi então que, no ano seguinte, descobri um curso de aprimoramento, dado por uma fisioterapeuta especialista da área. O curso – de Fisioterapia Psicossomática – teve a duração de um ano, com carga horária de 108 horas. Foi neste curso que descobri uma nova forma de abordar o paciente, vendo-o não apenas em sua doença, mas como um todo. Este tipo de abordagem fez muito mais sentido para mim, pois penso que a psicossomática contempla o que entendo como essencial para um atendimento mais humanizado, a qual respeita as idiossincrasias dos pacientes.

Finalizei o curso de aprimoramento quando estava no segundo ano da faculdade. Meses depois, resolvi aprofundar o estudo da abordagem psicossomática no meu trabalho de conclusão de curso (TCC), com a seguinte temática “*A Importância da Abordagem Psicossomática na Fisioterapia*”.

No último ano da graduação, após realizar diversos estágios em várias áreas da fisioterapia, me encantei com o trabalho com idosos; decidi então me especializar nesta área. Resolvi cursar uma especialização em Gerontologia e, de todos os locais que pesquisei, optei pelo oferecido na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

O ingresso na UNIFESP foi muito importante na minha vida; percebi, na especialização, o quanto me identificava com a área da Gerontologia. Estudei e me dediquei muito. O curso teve a duração de um ano e uma carga horária bem extensa (aproximadamente 2000 horas), incluindo plantões nos finais de semana na enfermaria geriátrica do Hospital São Paulo. Com isso, obtive um ótimo embasamento teórico e prático em várias áreas da Gerontologia.

Neste período de muito estudo e dedicação pude observar quão ampla é esta área do saber e de atuação; descobri, ao mesmo tempo, quantas pesquisas precisam ser realizadas neste campo. Foi durante a especialização que compreendi, por meio da prática, que se o objetivo é realizar um trabalho mais eficiente com a população idosa, não há como trabalhar sozinho: é necessária a interação de diversos profissionais ou, se isto não for possível, que este profissional tenha conhecimentos de diversas disciplinas para que consiga ter uma abordagem ampla junto ao idoso.

Conclui o curso em fevereiro de 2004 e logo comecei a trabalhar em uma empresa especializada no atendimento ao idoso. Em meados de julho de 2004, por questões ligadas ao trabalho de meu marido, mudamos para Cachoeiro de Itapemirim, Estado do Espírito Santo.

Em Cachoeiro de Itapemirim tive muitas amizades e experiências profissionais riquíssimas. Lá iniciei a docência no Ensino Superior, ministrando as aulas, supervisionando os estágios e orientando os alunos nos TCCs. Realizava, também, atendimentos domiciliares. Cresci muito como profissional e amadureci muito como pessoa, pois nunca tinha morado fora da cidade de origem, nem longe da família. O fato de ser uma cidade menor¹ fez com que eu ingressasse mais facilmente na área acadêmica, mesmo tendo apenas o título de especialista.

Dentre tantas experiências marcantes, destaco a criação do serviço de fisioterapia que ajudei a implantar em uma instituição de longa permanência de idosos (ILPI), para iniciar o estágio curricular supervisionado para os alunos do 7º e 8º períodos, do Curso de Fisioterapia. Ensinei muitas coisas e aprendi outras tantas; foi uma experiência muito marcante.

Um dos assuntos que me interessa muito é a do trabalho em equipe, a interdisciplinaridade. Na ILPI foi possível interagir com vários profissionais, o que proporcionou aos pacientes um tratamento mais integrado.

Na gerontologia, a abordagem interdisciplinar chama muito minha atenção; considero a gerontologia uma área interdisciplinar por si só, pois mesmo que o paciente não consiga ser atendido por vários profissionais que interagem com o propósito de ajudá-lo, o profissional especialista em

¹ A cidade de Cachoeiro de Itapemirim tem uma população estimada de 200 mil habitantes.

gerontologia tem que possuir uma visão global e uma perspectiva do paciente como um todo.

Em minha prática, durante os anos de profissão, sempre me interessei pelos assuntos referentes à história de vida do idoso; mais especificamente, à memória e aos aspectos psicossomáticos que o levam a desenvolver determinadas doenças.

Em alguns momentos da vida profissional me deparei com situações que mostraram um atendimento fisioterapêutico que, no meu entender, era muito reducionista. Atendimento que se restringia apenas ao exercício em si; enfim, uma fisioterapia simplificadora. Não eram raras as situações de idosos que, desmotivados, se negavam a deslocar-se até o local de atendimento; na verdade, não viam qualquer sentido no que era feito pelo profissional, além de acreditarem que poderiam fazer o mesmo em casa (sozinhos ou com o auxílio de um cuidador).

Diante deste cenário me questionava, não poucas vezes, se aquilo era fisioterapia! E foi com a motivação de fazer um trabalho especializado com os pacientes que iniciei uma abordagem que, com o tempo, passou a diferenciar-se das demais, fato que nem eu mesma percebia.

Foi por meio do *feedback* positivo dos pacientes e dos alunos quanto à qualidade das aulas da disciplina de Fisioterapia Aplicada à Geriatria e Gerontologia e às supervisões de estágio do asilo, que comecei a perceber que, além de gerar resultados muito benéficos para os pacientes, esta abordagem mais completa do idoso me proporcionava motivação, além de fazer mais sentido para mim.

Paralelamente, minha atuação como docente do ensino superior exigia um currículo com pós-graduação *strictu sensu*, exigência que correspondia aos meus desejos, pois sempre tive o objetivo de fazer um mestrado.

Como já atuava na área da gerontologia e pretendia aprofundar meus estudos na mesma, após conversar com amigos e ex-professores verifiquei que a melhor opção seria fazer o Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da PUC-SP. Gostei muito e me identifiquei com a proposta do curso. Cada vez me alimenta a certeza de que fiz a escolha certa.

O curso proporcionou vivências muito importantes, a exemplo da oportunidade de conhecer professores fantásticos, pessoas muito queridas e que se tornaram meus amigos, de ter conhecido e estudado assuntos muito interessantes e das disciplinas que contribuíram para o desenvolvimento de muitas discussões surgidas em sala de aula. Desta forma, o curso contribuiu para que eu desenvolvesse uma visão gerontológica que, até então, não tinha ou estava, ainda embrionária.

O tema desta dissertação é “Fisioterapia Gerontológica”, ou seja, uma nova abordagem da prática fisioterapêutica centrada especificamente na velhice; abordagem que extrapola as práticas recorrentes confinadas à utilização de procedimentos genéricos e válidos para qualquer etapa da vida.

Minha motivação para trabalhar com este tema foi grande e espero poder divulgar esta abordagem mais humanizada e integral do idoso. Por outro lado, verifico que ela é coerente com toda a minha história de vida, com a temática da abordagem psicossomática e com a importância da perspectiva e prática interdisciplinar. Entendo que mesmo quando o profissional não interage com algum outro colega, nada o impede de ter esta visão interdisciplinar, de orientar o que achar necessário para a melhoria do paciente e, se for preciso, indicar outro profissional para fazer parte da equipe.

A interdisciplinaridade responde pela autoconfiança e segurança do trabalho realizado pelo profissional; saber até onde vão seus “saberes” e não se omitir ao dar orientações, mesmo que não seja da sua área específica mas consciente dos seus limites e respeitando a ética profissional.

Diante de tudo isto a indagação norteadora da investigação realizada foi: quais são as características do atendimento da fisioterapia gerontológica?

Para a investigação realizada foram definidos os seguintes objetivos:

OBJETIVOS GERAIS

- Identificar o lugar da Fisioterapia Gerontológica na Fisioterapia.

- Levantar as aproximações e afastamentos entre a Fisioterapia e a Fisioterapia Gerontológica, apreendida como campo específico da Fisioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar, junto a fontes secundárias (artigos e publicações), matérias inseridas no campo da fisioterapia gerontológica;
- Identificar as características dos atendimentos da fisioterapia gerontológica.
- Contribuir para a sistematização da fisioterapia gerontológica por meio de um estudo de caso.

Esta dissertação foi assim construída:

- O **Capítulo I** foi dedicado às questões que envolvem o envelhecimento; mais especificamente, questões de ordem epidemiológicas;
- O caráter do **Capítulo II** é fundamentalmente histórico; nele é apresentada a história da Fisioterapia e sua realidade atual;
- O **Capítulo III** - Fisioterapia e Velhice – teve o objetivo de estabelecer pontes e mediações entre a prática fisioterapêutica e os idosos;
- O **Capítulo IV** foi dedicado à apresentação da abordagem metodológica adotada, ao procedimento de coleta de dados e à análise dos dados coletados; análise realizada a partir do diálogo com autores e referenciais teóricos considerados pertinentes.

A última parte desta dissertação foi denominada de **Considerações Finais**. Nela, procuramos demonstrar o importante lugar ocupado pela fisioterapia gerontológica; lugar que a distancia da prática usual e generalizante dos profissionais da área. Finalizamos esta dissertação com as **Referências Bibliográficas** e dois **Anexos** (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Roteiro de Entrevista com a Cuidadora).

CAPÍTULO I

ENVELHECIMENTO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O ser humano não chegaria aos setenta ou oitenta anos, se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie. Por isso, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios, e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida.

Carl Gustav Jung

De acordo com Veras (2008), a longevidade da população não é um fenômeno mundial novo e traz importantes repercussões nos campos social e econômico. Este processo, vem se manifestando de forma distinta entre os diversos países do mundo.

China, Japão e outros países da Europa, além da América do Norte, convivem, já há algum tempo, com um grande contingente de idosos. Na atualidade, entre os 11 países com as maiores populações de idosos, oito pertencem ao grupo dos chamados países em desenvolvimento (GARRIDO & MENEZES, 2002; KALACHE, 1987; NETTO, 2002; RAMOS, 1987).

Durante as quatro primeiras décadas do século XX, a população brasileira era extremamente jovem; o grupo com menos de 15 anos representava entre 42% e 46% da população total; neste período, os idosos representavam tão somente 2,5% da população. A partir de 1940, nosso País começou a experimentar o declínio das taxas de mortalidade; declínio que se prolonga até a atualidade (CHAIMOWICZ, 1997; NETTO, 2002).

A queda das taxas de mortalidade resultou de razões diversamente situadas: urbanização crescente, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e melhores condições sanitárias (tanto nos espaços domésticos, como no trabalho), desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas, de procedimentos terapêuticos e de medicamentos, descoberta de vacinas, dentre outros. De início, o declínio das taxas de mortalidade ocorreu entre os portadores de doenças infectocontagiosas; antes, a pessoa ou era tratada do quadro clínico agudo ou falecia. Os que

sobreviviam estavam sujeitos a complicações de caráter crônico-degenerativo, como ocorreu na Europa no século XIX, no caso da tuberculose. As pessoas que sobreviveram foram as que, de alguma forma, se beneficiaram dos avanços ocorridos na área da saúde, seja através de exames radiográficos, da vacina BCG e de drogas potentes no combate da incidência e prevalência da tuberculose (KALACHE, 1987; VERAS, 1987).

Paulatinamente, o perfil epidemiológico da população foi se modificando. Ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente (pela cura ou óbito), as doenças crônicas e suas complicações tornaram-se predominantes.

A consequência foi o aumento de incapacidades e dependência; aumento que levou à maior utilização dos serviços de saúde. É dentre os profissionais que atuam nestes serviços que se encontra o fisioterapeuta. Mas foi somente a partir de 1960, com o declínio das taxas de fecundidade² em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, como Regiões Sudeste e Sul, que teve início o processo de envelhecimento populacional. À época, a porcentagem de jovens declinou de 41,9% para 34,7% e a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 4,8% (CHAIMOWICZ, 1997; PETRINI, 2003 e RAMOS, 1987).

Como se sabe, o envelhecimento populacional resulta da articulação entre a queda das taxas de fecundidade, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida³ ao nascer. (PASCHOAL & SALLES & FRANCO, 2006).

De acordo com o último PNAD (2008; IBGE, 2009) a população com 60 anos ou mais de idade representava, no Brasil, 11,1% da população total. Em números absolutos, os idosos somavam, em 2008, 21 milhões de pessoas.

Estes dados são apresentados nas figuras que se seguem⁴.

² Por “taxa de fecundidade total” entende-se o “número médio de filhos que teria uma mulher, de uma coorte etária hipotética, ao fim do período reprodutivo, estando sujeita a uma determinada lei de fecundidade, em ausência de mortalidade desde o nascimento até o final do período fértil”. (IBGE, 2009, p. 251)

³ Por “expectativa de vida” (ou esperança de vida) entende-se o “número médio de anos que um recém-nascido esperaria viver se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade observada em dada população durante um dado período” (IBGE, 2009, p. 248)

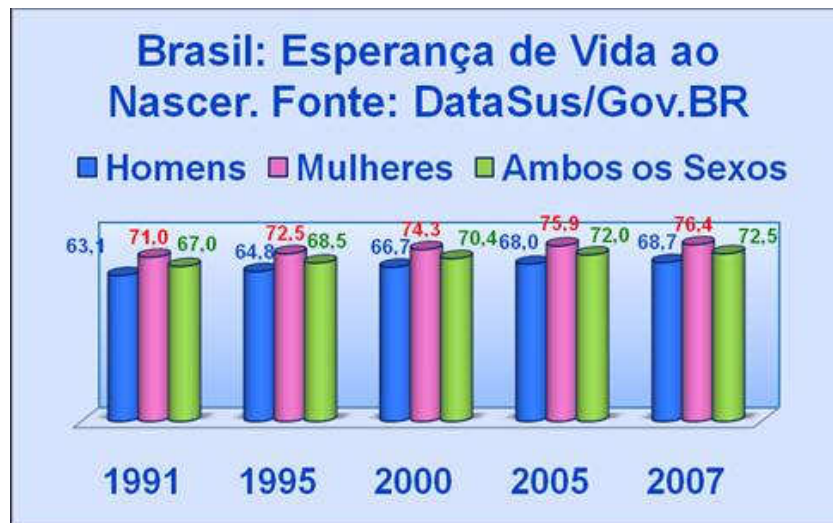


Figura 1: Brasil: Esperança de Vida ao Nascer
Fonte: Data Sus/GOV.BR



Figura 2: Esperança de Vida aos 60 anos, por sexo.
Fonte: Data Sus/GOV.BR

⁴ As figuras foram construídas a partir da publicação *Síntese dos Indicadores Sociais-2008*. IBGE; Rio de Janeiro; 2009.



Figura 3. Brasil: Evolução das Taxas de Fecundidade
Fonte: IBGE/ PNADs e Censo

Matéria publicada na Folha OnLine, em 09/10/2009, revela que:

O número de brasileiros com mais de 80 anos de idade cresceu cerca de 70% entre 1998 e 2008, segundo a Síntese dos Indicadores Sociais 2009, feita com base em dados da Pnad 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o envelhecimento da população fez com que o número de brasileiros nesta faixa etária atingisse o número de 3 milhões de pessoas no ano passado. Já a população com mais de 60 anos corresponde a cerca de 21 milhões dos brasileiros. De 1998 e 2008, a proporção de pessoas nesta faixa etária aumentou de 8,8% para 11,1%. Rio de Janeiro (14,9%) e Rio Grande do Sul (13,5%) são os Estados com maior percentual de idosos.⁵

Segundo Schwarz (2009), o Brasil pode ser considerado um país de meia-idade; conforme dados da ONU, deverá ser nos próximos 40 anos, o país mais envelhecido do continente latino-americano, considerando-se a população com mais de 60 anos no conjunto da população brasileira.

⁵ In: www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u635798.shtml. Capturado em 30 de Outubro de 2009.

Estima-se que entre 2000 e 2025 será registrado o mais rápido aumento na proporção de idosos; a participação destes na população total deverá atingir 14,2%. Por volta de 2080, a proporção de jovens e idosos deverá se estabilizar, com respectivamente 20% e 15% do total. Entre 1960 e 2025, o Brasil deverá passar da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais (CHAIMOWICZ, 1997; KALACHE, 1987; e RAMOS, 1987).

Como citado anteriormente, o perfil da população idosa modificou, passando a existir um maior número de idosos com algum grau de dependência ou incapacidade na realização das atividades diárias. Para que o idoso consiga realizar as atividades diárias é necessário que ele passe por uma avaliação conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (1999) do Ministério da Saúde.

Tal política preconiza a realização de uma avaliação funcional no idoso, já que ela é fundamental e determinará o seu comprometimento funcional.

Esta avaliação representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades do seu cotidiano. Didaticamente estas atividades podem ser subdivididas em:

- a) **Atividades de Vida Diária (AVD):** são as atividades relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas: alimentar-se; banhar-se; vestir-se; mobilizar-se; deambular; ir ao banheiro; manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.
- b) **Atividades Instrumentais da Vida Diária: (AIVD)** são as atividades relacionadas à participação do idoso na sociedade e indicam a capacidade com que ele é independente dentro da comunidade. São elas: utilizar meios de transporte; manipular medicamentos; realizar compras; realizar tarefas domésticas leves e pesadas; utilizar o telefone; preparar refeições; cuidar das próprias finanças.

Hoje existem vários instrumentos à disposição do profissional para realizar a avaliação destas atividades, que podem ser utilizados no momento da avaliação ao idoso.

Quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa é necessário diferenciar os termos “desempenho” e “capacidade funcional”:

- O “Desempenho” avalia o que o idoso realmente faz no seu dia-a-dia;
- A “Capacidade Funcional” avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, podendo esta ser utilizada ou não.

Um exemplo é quando o idoso tem carro, mas não o dirige, pois a família tem medo que ocorra um acidente. Por conta disto, o idoso não desempenha a função de dirigir por impedimento da família, embora possua capacidade funcional para executá-la.

Portanto, no contexto do envelhecimento, o conceito de “capacidade funcional” é muito importante, sendo definido como o grau de preservação da habilidade em executar, de forma autônoma e independente, as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária. Em vista disto, este conceito está intimamente ligado à manutenção de autonomia e qualidade de vida. (GARRIDO & MENEZES, 2002).

E em se tratando da questão da autonomia, dois outros conceitos estão intimamente relacionados; “independência” e “dependência”.

A “autonomia” pode ser definida como a capacidade de se autogerir, de ter controle sobre si mesmo; ela se expressa na liberdade para agir e tomar decisões; a autonomia significa a condição de relacionar-se com as pessoas de modo igualitário, permitindo o respeito pelas capacidades do outro. (*Cadernos de Atenção Básica*, 2006; MONTEIRO, 2008)

Para Monteiro (2008) independência física é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa. Por fim, “dependência” significa incapacidade de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

Muitas pessoas mantêm sua autonomia (capacidade de decisão) embora sejam dependentes (incapacidade física para executar uma

determinada ação). A título de exemplificação podemos citar um idoso que apresenta, após um infarto, limitação em sua mobilidade, requerendo auxílio para se alimentar (dependência), mas com capacidade de decidir o horário da refeição e a comida que prefere comer (autonomia). As capacidades de tomar decisões e de se autogerir podem ser comprometidas por doenças físicas e/ou mentais ou por restrições econômicas e educacionais. (*Cadernos de Atenção Básica*, 2006).

Com o aumento no número de idosos (absoluto e relativo) que o Brasil tem e espera atingir, envelhecer nos dias de hoje já não constitui um grande desafio. O que realmente importa é conferir e garantir, aos idosos de hoje e aos que o serão no futuro, melhoria na qualidade de vida. No entanto, a manutenção da autonomia e da independência funcional nas atividades da vida diária é tarefa complexa; tarefa que deve representar uma significativa conquista social (KALACHE, 1987; PASCHOAL, 2002; e PETRINI, 2003).

Para Ramos (1987) o pressuposto básico é manter a autonomia do idoso pelo maior tempo possível, pois com a perda da autonomia, a sobrecarga para família e para o sistema de saúde tende a se tornar insuportável, já que o idoso pode entrar em um estado de incapacidade.

Considerando a valorização da autonomia e da independência funcional, o que observamos, na atualidade, é uma mudança de paradigma; começamos a superar o paradigma cartesiano-newtoniano – pautado nos princípios da racionalidade, objetividade e quantificação como únicos meios de se chegar ao conhecimento - e passamos a nos orientar pelo paradigma funcional, que valoriza a funcionalidade do indivíduo a partir de uma perspectiva multidimensional.

A distância que separa os dois paradigmas é grande; o que está em jogo são sistemas médicos antigos e opostos: um ocidental, outro oriental. O primeiro, ocidental Hipocrático, emergiu de uma tradição grega de cura. No âmago da medicina hipocrática, as doenças são consideradas fenômenos naturais que podem ser cientificamente estudadas e influenciadas por procedimentos terapêuticos e pela conduta ou disciplina de vida de cada indivíduo. O segundo - o oriental – em oposição ao pensamento grego, os chineses não estavam muito interessados em relações causais, mas nos

modelos sincrônicos de coisas e eventos, esse pensamento é do tipo correlativo e dinâmico (TEIXEIRA, 1996).

Nesse último, a saúde é estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais; todos interdependentes e não organizados em uma sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas.

É preciso um novo conceito de saúde; um conceito que a considere como equilíbrio dinâmico. Há que se rever o papel do paciente. É preciso mostrar ao indivíduo a possibilidade de sua autocura. Um dos enfoques deste novo modelo é a manutenção da saúde. Os profissionais de saúde deverão redimensionar suas práticas e relações com seus pacientes; a finalidade principal será educar o paciente acerca da natureza e do significado da enfermidade e das possibilidades de mudança no estilo de vida que o levou à doença. (CAPRA apud TEIXEIRA, 1986).

Diante da afirmação acima de (CAPRA apud TEIXEIRA, 1986), menciono a seguinte citação de Freire (2009⁶):

O que realmente importa ao ajudar o homem é ajudá-lo a ajudar-se; é fazê-lo agente de sua própria recuperação, é colocá-lo numa postura consciente diante de seus problemas.

Para melhor compreender esta mudança no paradigma da saúde é fundamental recorrer ao histórico das Classificações Internacionais de Saúde, formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Elas representam modelos consensuais a serem incorporados pelos Sistemas de Saúde, gestores e usuários, visando a utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em Saúde (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

Ao estudar a trajetória da “*Família de Classificações Internacionais*” formuladas pela Organização Mundial de Saúde (WHO; Family of International Classifications - WHO-FIC), é interessante observar o quanto

⁶ Anotação de aula da disciplina “Longevidade e Educação”, ministrada pela profª Dra. Nádia D.R.Silveira; sem indicação de página.

elas estão evoluindo para um modelo de classificação que seja mais abrangente, funcional e que consiga realizar uma avaliação biopsicossocial do paciente.

A “*Família de Classificações Internacionais*” tem o objetivo de promover a seleção apropriada de classificações em vários campos da saúde, em todo o mundo. Estas facilitam o levantamento, consolidação, análise, interpretação de dados e a formação de bases de dados nacionais consistentes, além de permitirem a comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

As condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões são classificadas na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), fornecendo um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões.

Para incorporar mudanças em relação aos avanços médicos, a CID é revisada periodicamente. Até hoje já foram feitas dez revisões, na seguinte ordem cronológica: 1ª revisão: 1900/1909; 2ª revisão: 1910/1920; 3ª revisão: 1921/1929; 4ª revisão: 1930/1938; 5ª revisão: 1939/1948; 6ª 1949/1957; 7ª revisão 1958/1967; 8ª revisão 1968/1978; 9ª revisão 1979/1992; e 10ª revisão 1993⁷.

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) foi aprovada em Genebra no ano de 1989; entrou em vigor quatro anos depois, em primeiro de Janeiro de 1993, após a necessária preparação de material de orientação e formação.⁸

A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi projetada com o intuito de:

- Classificar informações de mortalidade e morbidade para a realização de análises estatísticas;

⁷ In: www.virtual.epm.br/material/tis/currmed/temas/med5/med5t41999/vocabula/cid.htm. Acessado em agosto de 2010

⁸In: www.virtual.epm.br/material/tis/currmed/temas/med5/med5t21999/vocab/cid1.htm. Acessado em agosto de 2010.

- Promover análises internacionais comparativas em relação à coleta, processamento, classificação e apresentação de estatísticas de morbi-mortalidade;
- Permitir a indexação de dados hospitalares em relação a doenças e procedimentos cirúrgicos para que os mesmos sejam armazenados e futuramente analisados.

Consiste em uma lista contendo:

- Códigos numéricos das doenças em forma tabular;
- Um índice alfabético para a procura de doenças;
- Um sistema de classificação para procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

Dessa forma, a CID-10 constitui um instrumento útil para as estatísticas de saúde, tornando possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações. A necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, no decorrer do tempo - principalmente em relação às doenças crônicas e aos acidentes, - torna-se cada vez mais importante para a área da saúde. Conhecer as causas de morte e as doenças mais frequentes, em época que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a medicina a prolongar a vida humana, pode não ser suficiente para o planejamento de ações de saúde (SAMPAIO ET AL, 2005).

Paralelamente ao uso e revisões da CID foram propostos alguns modelos para nortear as discussões e pesquisas sobre o tema “incapacidade”; estes modelos refletem a mudança de uma abordagem baseada na doença para outra que enfatiza a funcionalidade como um componente da saúde. Por “incapacidade” se entende o(s) impacto(s) que as condições agudas e crônicas têm nas funções corporais e na habilidade de o indivíduo atuar de modo esperado e pessoalmente desejável na sociedade. (SAMPAIO ET AL, 2005).

O primeiro modelo de incapacidade foi desenvolvido por Saad Nagi, na década de 1960 (tabela 1). Fundamentado na teoria sociológica, descreve o processo de “incapacidade” tendo como ponto central quatro

conceitos: “patologia ativa”, “disfunção”, “limitação funcional” e “incapacidade”. Nagi estabeleceu uma relação linear entre os componentes presentes desde o início da doença até a instalação da incapacidade (SAMPAIO ET AL, 2005).

Tabela 1. Perspectiva histórica dos principais modelos de função e disfunção humana.

Modelo	Descrição (componentes)			
Nagi (1965)	Patologia ativa → Deficiência → Limitação funcional → Incapacidade			
Terminologia	Interrupção ou interferência nos processos normais e esforços do organismo para retornar aos estados normais.	Anormalidades ou perdas anatômicas, fisiológicas, mentais ou emocionais.	Limitação do desempenho no nível do organismo ou da pessoa.	Limitação no desempenho de papéis e tarefas socialmente definidos em um ambiente sociocultural e físico.
International Classification of Impairment, Disability and Handicap (OMS, 1980)	Doença → Disfunção → Incapacidade → Restrição social			
Terminologia	Patologias intrínsecas ou desordens orgânicas.	Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica no nível orgânico.	Restrição ou perda da habilidade de realizar uma atividade de maneira normal.	Desvantagem decorrente da disfunção ou incapacidade que limita ou impede a realização de uma função normal pelo indivíduo. Depende de idade, sexo e fatores socioculturais.
International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF) (OMS, 2001)	Condição de saúde (distúrbio ou doença) ↔ Estrutura e função do corpo ↔ Atividade ↔ Participação			
Terminologia	Fatores pessoais Termo genérico que denomina doença, distúrbio, lesão ou trauma, inclui também circunstâncias como estresse, envelhecimento, anomalia congênita ou predisposição genética.		Fatores ambientais Execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.	
	Partes anatômicas, como órgãos, membros e seus componentes, bem como funções fisiológicas dos sistemas do corpo, incluindo funções psicológicas.		Envolvimento em situações de vida.	

Fonte: (SAMPAIO ET AL, 2005)

Em 1980, uma versão modificada do modelo de Nagi foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças. A versão - denominada de International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH) – foi traduzida para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

De acordo com esta classificação, a “impairment” (deficiência) é descrita como anormalidades nos órgãos, sistemas e estruturas do corpo; nesta classificação, “disability” (incapacidade) é caracterizada como consequência da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades. Enquanto “handicap” (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade. (FARIAS, e BUCHALLA, 2005)

O modelo da CIDID descreve, como uma seqüência linear, as condições decorrentes da doença: Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem (tabela 1). Ao se analisar esta seqüência observa-se alguns equívocos. Isto porque esta seqüência não pode, na prática, ser linear, ou seja, uma doença pode tornar o indivíduo incapaz, não necessariamente tendo passado pela etapa da deficiência, como é muitas vezes verificado quando o paciente sofre um AVC (acidente vascular cerebral). Outro equívoco neste modelo da CIDID é a desconsideração de aspectos sociais, ambientais e relacionais do indivíduo. Enfim, o que verificamos é um enfoque negativo; enfoque no qual considera o que o indivíduo não está fazendo mais (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

Embora esses modelos tenham contribuído para uma compreensão mais abrangente do processo de incapacidade, diversos autores argumentam sobre suas limitações em explicar os fenômenos de funcionalidade e de incapacidade humana.

Em 2000, após diversas revisões, a ICIDH-2 foi aprovada. A nova versão engloba o chamado modelo biopsicossocial, uma síntese das abordagens médica e social no processo de incapacidade. As três dimensões descritas previamente na ICIDH foram então definidas como:

disfunção, limitação de atividade e restrição de participação. Esses domínios apresentam a mesma significância e são independentes uns dos outros no processo de incapacidade. (SAMPAIO ET AL, 2005).

No ano de 2001, a OMS finalmente aprovou a International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a “Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa” com o título de “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF”.

Na versão final da OMS, o modelo da CIF, substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva em que a funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade (figura 4) (SAMPAIO ET AL, 2005).

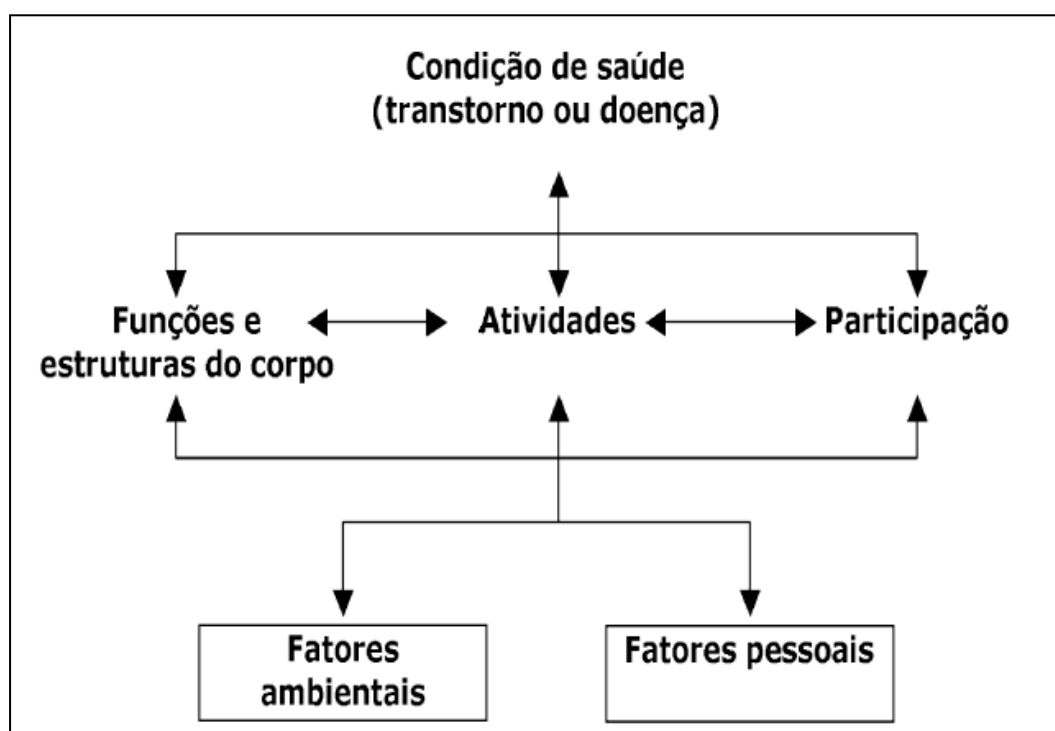


FIGURA 4. Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2003)
Fonte: (SAMPAIO ET AL, 2005)

A CIF representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade (paradigma funcional), como mencionado anteriormente. A funcionalidade é usada no aspecto positivo; a

incapacidade corresponde ao aspecto negativo. A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “*pode ou não pode fazer na sua vida diária*” (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

A CIF é baseada, portanto, numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais.

Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou populações.

Não existe a CIF sem a CID. A CID fala o que o paciente tem, sua doença, mas não como ele vive. Por exemplo: duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, enquanto duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

No modelo da CIF cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais, como já foi mostrado na Figura 4. A CIF possui diversos usos. Pode ser utilizada nos setores da saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas e políticas públicas; pode, também, servir de modelo de atendimento multidisciplinar. Nos dias atuais, a CIF tem sido mais usada no setor de Medicina Física e Reabilitação.

Uma das vantagens do uso do modelo da CIF é a possibilidade de uniformização de conceitos e de uma linguagem padrão que permite a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral.

Por ser um modelo ainda recente encontram-se alguns desafios para sua implantação, tais como: existem poucos estudos sobre a avaliação de seu impacto na atenção à saúde; a classificação é recente, complexa e apresenta certo grau de dificuldade em sua utilização; sua aplicação requer um tempo muitas vezes maior do que a própria consulta (FARIAS, e BUCHALLA, 2005).

Por isso tudo, recomenda-se que mais estudos sejam realizados por profissionais e pesquisadores de diversas disciplinas e setores da saúde, incluindo a participação de membros de organizações da Sociedade Civil.

No que tange à autonomia física e à capacidade funcional – antes mencionadas - relacionada ao modelo da CIF, a atuação do profissional fisioterapeuta é de fundamental importância, principalmente nos dias de hoje, em se tratando do novo paradigma, o paradigma funcional.

A utilização do modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita ao fisioterapeuta, em suas avaliações e de intervenções, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo. Norteados por esse modelo, os profissionais podem identificar as capacidades e as limitações que envolvem a saúde e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente (SAMPALHO ET AL, 2005).

CAPÍTULO II

DA FISIOTERAPIA:

INCURSÕES HISTÓRICAS E REALIDADE ATUAL

Se o tempo é um horizonte de possibilidades, por que não tornar o envelhecimento um processo de desenvolvimento.

Suzana Medeiros

Dentre as áreas da saúde, uma das que mais guarda relação com a funcionalidade e incapacidade é a Fisioterapia.

Segundo Deliberato (2002), a fisioterapia é uma ciência aplicada; tem por objeto o estudo da função e do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas.

Segundo a *World Confederation for Physical Therapy* define-se a Fisioterapia como o tratamento de pacientes por diferentes meios físicos, com o objetivo de restaurar ao máximo sua capacidade funcional e possibilitar a inclusão do indivíduo no seu meio (VIEIRA, 1999).

Portanto, os profissionais que trabalham com recuperação funcional, prevenção de incapacidades e com qualidade de vida, são os que mais tendem a ter contato com a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

O fisioterapeuta é um profissional da Grande Área da Saúde, que tem como objetivos, preservar, manter (forma preventiva), desenvolver ou restaurar (reabilitação) a integridade de órgãos, sistema ou função. Para atingir os objetivos citados o fisioterapeuta pode se utilizar, como forma de intervenção, exercícios e agentes físicos, como o movimento, a água, o calor, o frio e a eletricidade - deve ter uma sólida formação científica.

O processo terapêutico que o fisioterapeuta se utiliza, tem como base os conhecimentos e recursos próprios, utilizando-os uma abordagem biopsicossocial do indivíduo, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptá-lo, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Além dos vários recursos que o fisioterapeuta pode utilizar, ele também pode se especializar em diferentes áreas; áreas como Fisioterapia Respiratória/ Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I); Fisioterapia em Dermatofuncional; Fisioterapia em Ergonomia; Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia; Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia/Gestantes; Fisioterapia em Neurologia; Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia; Fisioterapia em Reumatologia; Fisioterapia em Pediatria; Fisioterapia em Neonatologia; Fisioterapia em Hidroterapia; Fisioterapia em Desporto; entre outras⁹.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (resoluções do COFFITO) define o profissional fisioterapeuta como um profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado na construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais. A ele cabe a prescrição das condutas fisioterapêuticas, sua ordenação e indução no paciente, bem como, o acompanhamento da evolução do quadro funcional e a sua alta.

O fisioterapeuta pode prestar serviços nas áreas da saúde, educação, esporte, empresarial e pesquisa.

O exercício profissional do fisioterapeuta compreende:

- Avaliação físico-funcional do paciente;
- Prescrição do tratamento;
- Indução do processo terapêutico;
- Alta no serviço de Fisioterapia;
- Reavaliação sucessiva do paciente para constatações que justifiquem a necessidade de continuidade das práticas terapêuticas¹⁰.

A Fisioterapia só surgiu no Brasil no século XIX. Os primeiros serviços organizados se desenvolveram após a chegada da família real portuguesa, em 1808. Com os monarcas, vieram os nobres e o que havia de recursos

⁹ In: www.crefito8.org.br. Acessado em fevereiro de 2011.

¹⁰ <http://www.crefito8.org.br>. Acessado em 11 de fevereiro de 2011.

humanos de várias áreas para servir à elite portuguesa. No século XIX, os recursos fisioterapêuticos faziam parte da terapêutica médica, havendo registros da criação, no período compreendido entre 1879 e 1883, do serviço de eletricidade médica e também de hidroterapia no Rio de Janeiro. Estes serviços existem até os dias de hoje, sob a denominação de “Casa das Duchas”. Em 1884, o médico Arthur Silva participou intensamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (ARAUJO, 2008).

Foi no contexto histórico dos anos 40, após a Segunda Guerra Mundial, que a Fisioterapia definiu-se como profissão, respondendo à demanda do grande número de incapacitados e deficientes físicos deixados pela guerra. Assim, caracteriza-se primeiramente como terapia de reabilitação submetida ao profissional médico. Como profissão paramédica, desenvolve-se dentro do modelo médico organicista, das especialidades e do saber científico com enfoque no biológico (BIO, 1999).

Em 1929, o médico Waldo Rolim de Moraes instalou o Serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, para dar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A motivação principal para o serviço foi o grande número de portadores de sequelas da poliomielite - então com elevada incidência - com distúrbios do aparelho locomotor, bem como o crescente aumento de acidentes de trabalho (BISPO JÚNIOR, 2009).

Nesta época também houve uma modernização dos serviços de Fisioterapia no Rio de Janeiro e em São Paulo, além da criação de novos serviços em outras capitais do país (NOVAES, 2000).

Waldo Rolim de Moraes organizou, posteriormente (1951), no Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo (USP), o primeiro curso no Brasil para a formação de técnicos em Fisioterapia. À época, a profissão ainda não estava regulamentada (REBELATTO, 1999).

Foi em agosto de 1969 que o então Presidente da República¹¹ sofreu um acidente vascular cerebral e teve acesso a cuidados fisioterapêuticos. Em outubro de 1969, a Junta militar que assumiu a Presidência do Brasil

¹¹ Arthur da Costa e Silva

assinou o Decreto-lei 938/1969 que regulamentou a profissão no país (DEFINE e FELTRIN, 1986).

Inicialmente, os profissionais de Fisioterapia foram definidos, de acordo com o Parecer nº 388/63, como "*auxiliares médicos*". Neste mesmo parecer surgiu a denominação desses profissionais como "Técnicos em Fisioterapia".

Por outro lado, o mesmo parecer declara, como pretensão do órgão que o emitiu (Conselho Federal de Educação), a "formação de profissionais de nível superior". Tais proposições, efetuadas por esse documento legal, parecem conter aspectos paradoxais que merecem ser, no mínimo, melhores examinados. (DEFINE e FELTRIN, 1986; REBELATTO, 1999).

A definição dos profissionais em fisioterapia como "*auxiliares médicos*", não deixa claro o objeto de trabalho; estes profissionais seriam definidos não "em si", mas pela dependência de outro profissional. Todas as atividades exercidas por eles seriam executadas somente pelo vínculo com o trabalho médico.

Segundo este documento, a responsabilidade das ações do fisioterapeuta seria do médico, o que acentuaria a ausência de autonomia profissional. Que tipo de profissional seria este? Um mero técnico? De nível superior? Ambos? Quais suas características em um ou outro caso? Um profissional que conhece e executa algumas técnicas que devem ser aplicadas (sob a orientação de outro profissional) para recuperar ou reabilitar indivíduos é suficiente para o atendimento das reais necessidades da população do País? (SANCHEZ; 1984).

Em caso afirmativo, qual a necessidade desse profissional ter formação de nível superior? Um profissional de nível universitário possui ou deve possuir características que vão além do simples domínio e execução de algumas técnicas.

Nessa acepção, localizamos um paradoxo: ao mesmo em tempo que é exigida a formação de nível superior, é estabelecido que o fisioterapeuta é apenas um executor de técnicas ou um auxiliar médico.

O Parecer nº 388/63 foi o primeiro documento que criou e regulamentou a profissão no País. O fato de o documento oficial da profissão

abrigar tantas distorções ou limitações fez com que um segundo documento fosse criado, com o objetivo de esclarecer possíveis dúvidas.

Trata-se do DECRETO-LEI 938. Este DECRETO apresentou considerações definindo a profissão, como profissão de nível superior. Foi regulamentado em 13 de outubro de 1969 e, portanto, no auge da ditadura militar no país e quando se agravaram as condições de saúde da população devido à sobrecarga epidemiológica e à deficiência do sistema assistencial brasileiro. (BISPO JÚNIOR, 2009). Nesta data se comemora o Dia do Fisioterapeuta.

Reproduzo, a seguir, alguns dos artigos da Lei mencionada:

- Art.2º: O fisioterapeuta sendo reconhecido como profissional de curso superior;
- Art.3º: Aos profissionais fisioterapeutas reservasse a aplicação de métodos e técnicas que objetivam restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente; e
- Art. 5º: O fisioterapeuta tem a função de dirigir órgãos públicos e privados, exercer magistério e supervisionar alunos e profissionais em trabalhos técnicos e práticos.

Hoje, passados 40 anos, o Brasil conta com mais de 200 mil fisioterapeutas atuando na promoção, prevenção e assistência à saúde em diversos cenários, como escolas, hospitais, clínicas, programas de saúde da família, centros de reabilitação, entre outros. Em essência, a prática do fisioterapeuta está voltada para a reintegração do indivíduo à sociedade. (REBELATTO, 1999)

Com o intuito da reintegração social, a Fisioterapia age na promoção da saúde, na prevenção das deficiências funcionais, bem como na busca de alternativas, adaptando o indivíduo ao exercício da função. Dessa forma, é possível trabalhar, ter acesso ao lazer e à boa convivência em sociedade.

Após recuperar a história e trajetória da profissão e apesar de ela ter como objetivo atuar na promoção da saúde e na prevenção, o que ainda se observa é uma forte tendência da fisioterapia ficar confinada ao tratamento

de uma doença, no caso da reabilitação de uma fratura, traumatismo ou reabilitação de uma deficiência.

Segundo Bispo Júnior (2009), o modelo de formação neoliberal-capitalista encontrou, entre os profissionais de saúde, sólido alicerce no paradigma que privilegiou o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais; fundamentou-se nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura.

Bispo Júnior (2009) também chama a atenção para o fato de que o fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação direcionada para a doença, é ainda visto como “o profissional da reabilitação”; em outros termos, como quem atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida, o que reforça ainda mais a sua tendência a olhar apenas a doença.

Rebelatto (1999), ao estudar o objeto de trabalho e a formação em fisioterapia no Brasil, destaca a limitação da prática fisioterapêutica direcionada para o indivíduo doente.

Isso é observado quando um indivíduo, ao mencionar que está em tratamento fisioterapêutico (ser paciente) é logo questionado sobre o motivo que o levou à fisioterapia; se foi um acidente de trabalho, se está com alguma dor, enfim, algo desta natureza. Dificilmente este indivíduo será questionado se procurou a fisioterapia para se prevenir de algo.

Assim, passados mais de 40 anos da criação da profissão e apesar do que prescreve o Decreto-Lei 938/69, a fisioterapia ainda está pautada no modelo médico, voltada para o tratamento da doença, e não para um modelo biopsicossocial.

Quando recuperamos a história da profissão, a influência médica é recorrente; desde o primeiro documento oficial que instituiu a profissão, o fisioterapeuta tinha como função exercer o papel de “auxiliar do médico” e, se estudarmos o assunto, observamos que as intervenções em reabilitação têm sido guiadas, historicamente, pelo modelo médico. Como é sabido, trata-se de um modelo que define saúde como a ausência de doenças e

focaliza, conseqüentemente, a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico. (SAMPAIO, 2005)

Entretanto, e como antes afirmado, atualmente os modelos de reabilitação estão refletindo uma mudança de paradigma; a saúde é agora definida em termos mais amplos, incluindo fatores sociais, psicológicos e ambientais; âmbitos essenciais para a saúde e a qualidade de vida.

No que diz respeito à influência médica, cabe questionar: mas por que, depois de 40 anos, o fisioterapeuta ainda sofre tão forte influência da medicina?

Em 2002, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Foi um marco importante na orientação e transformação do ensino, pois são definidos princípios, fundamentos e condições para a formação em todas as instituições nacionais de ensino superior (IESs). O profissional egresso deve ser generalista, com formação crítica, humanista e reflexiva; deve ter capacitação para atuar em todos os níveis de atenção. O Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia definiu o movimento humano em todas as suas dimensões como objeto de trabalho da profissão, destacando que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema em âmbito tanto individual como coletivo. (BISPO JÚNIOR, 2009).

Por julgar essenciais alguns dos artigos da Lei mencionada para a discussão feita, os reproduzo a seguir:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 3º O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e

culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

III-Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica;

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesioterapia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Chamo atenção para o fato de que, apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação contemplarem aspectos relacionados à importância do caráter generalista da formação do fisioterapeuta e da importância do estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações¹², este profissional ainda é formado com uma visão voltada para a reabilitação da doença.

Este fato faz com que a questão da formação do fisioterapeuta seja, nos dias de hoje, bastante questionada. Será que de fato ele está preparado para atender os pacientes de forma global, generalista e humanista, como é prescrito nas diretrizes curriculares?

Segundo Bispo Júnior (2009), no início do século XXI delineou-se um despertar para a necessidade de redimensionamento do modelo de formação em fisioterapia e da construção de outro perfil profissional. Diante do paradigma funcional, algumas iniciativas demonstram as preocupações com a inadequação do perfil profissional à realidade atual. Com a criação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio)¹³, aprofundam-se os debates sobre a formação em fisioterapia. A Abenfisio promove, semestralmente, fóruns nacionais de discussão a respeito do ensino da fisioterapia; neles se realizam avaliações e se discutem a qualidade do ensino e o modelo de formação. A *Carta de Vitória* (2004), documento-síntese do 1º Congresso Nacional do Ensino da Fisioterapia, constitui referência para a qualidade da formação na área.

Enfim, todos estes acontecimentos demonstram a existência de grande preocupação com a formação do profissional fisioterapeuta.

A fisioterapia possui diversas áreas de especialização. Dentre elas, há uma voltada para as pessoas idosas e, em se tratando desta área, pode-se encontrar várias denominações tais como: especialização em “fisioterapia aplicada à geriatria e gerontologia”, “fisioterapia geriátrica”, “fisioterapia geriátrica e gerontológica” e até “fisioterapia gerontológica”. O mesmo ocorre quando esta área é estudada no curso de graduação; neste curso, a

¹² Contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos.

¹³ Entidade que congrega docentes, discentes e coordenadores de cursos de graduação.

disciplina pode receber as várias denominações mencionadas, ou seja, ainda não existe um padrão para denominar a disciplina que estuda o idoso, dentro do Curso de Fisioterapia.

Em minha prática docente, exercida desde 2006, nunca observei a denominação “fisioterapia gerontológica” em nenhuma matriz curricular de Cursos de Fisioterapia, mas que conforme as definições de gerontologia, citadas anteriormente, deveriam ser assim intituladas.

Assim sendo, falta entendimento sobre a melhor denominação para a disciplina dentro do próprio curso de graduação. Se esta dúvida ou desconhecimento desta área ocorre com os coordenadores e professores do curso, ela ecoa nos alunos, futuros profissionais que atuarão com esta população idosa? Saberão distinguir a fisioterapia geriátrica da fisioterapia gerontológica? A permanência desta dúvida pode fazer com que eles exerçam, em sua prática, uma fisioterapia muito mais voltada aos princípios da geriatria do que uma fisioterapia mais generalista e humanizadora, utilizando as bases da gerontologia.

Esta reflexão também permeia a discussão sobre a denominação mais adequada para a reabilitação: O que seria mais assertivo? Denominar reabilitação geriátrica ou gerontológica?

Definindo reabilitação como um processo dinâmico e, portanto, que deve sofrer ajustes de acordo com cada paciente e seu contexto familiar, cabe ao profissional realizar avaliações abrangentes que lhe permita identificar os riscos e apurar as mudanças ocorridas na capacidade funcional dos idosos.

Para as autoras Perracini, Najas e Bilton (2002) a maior parte dos textos usam o termo reabilitação geriátrica como uma forma de enfatizar a ação reabilitadora que visa otimizar a capacidade funcional a partir do aparecimento de uma doença. Entretanto, o ideal seria utilizar o termo reabilitação gerontológica, já que este, engloba a geriátrica e exprime uma ação mais abrangente. Trata-se da concepção de que deve haver uma ação preventiva que minimize os riscos de o idoso ter sua funcionalidade comprometida associada à doença, como também a fatores decorrentes do envelhecimento e às condições psicossociais e ambientais.

Conclui-se, portanto, que se estamos pensando em um atendimento abrangente e que implica aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais, assim envolvendo a totalidade do ser, o mais assertivo seria utilizar a denominação fisioterapia e reabilitação gerontológica.

Capítulo III

FISIOTERAPIA E VELHICE

Os critérios da avaliação da idade, da juventude ou da velhice, não podem ser os do calendário. Ninguém é velho só porque nasceu há muito tempo ou jovem porque nasceu há pouco. Somos velhos ou moços muito mais em função de como pensamos o mundo, da disponibilidade com que nos damos curiosos ao saber, cuja procura jamais nos cansa e cujo achado jamais nos deixa imovelmente satisfeitos. Somos moços ou velhos muito mais em função da vivacidade, da esperança com que estamos sempre prontos a começar tudo de novo e se o que fizemos continua a encarnar sonho nosso, sonho eticamente válido e politicamente necessário.

Paulo Freire

3.1 O IDOSO NA GERIATRIA E NA GERONTOLOGIA

O termo Gerontologia foi usado pela primeira vez em 1903 por Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur; é formado pela união das palavras gregas **gero** (que significa velho) e **logia** (que significa estudo). Na época, Metchnikoff previu que esse campo seria de grande importância no século XX, em decorrência do aumento da longevidade, provocado pelos avanços da ciência. (NETTO, 2006).

Em 1909, o médico Ignatz L. Nascher introduziu na literatura o neologismo “Geriatrics” para denotar o estudo clínico da velhice, por analogia à Pediatria, que é o estudo clínico da infância. Fundou a Sociedade de Geriatrics de Nova Iorque em 1912 e publicou o livro *Geriatrics* em 1914. Hoje, o campo da Geriatrics compreende a prevenção e o manejo das doenças do envelhecimento. (BEAUVOIR, 1990; NERI, 2005).

Em 1942, foi criada a American Geriatric Society e, em 1946, a Gerontological Society of America e a Division of Maturity and Old Age da American Psychological Association. Ambas surgidas em decorrência do

aumento no interesse pelo estudo da velhice e pelo crescimento no número de idosos nos Estados Unidos.

De acordo com Netto (2006), em 1961 foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG), que teve como primeiro presidente Roberto Segadas e, posteriormente, em 1968, devido a inclusão de sócios não médicos passou a ser designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Segundo Netto (2006), a gerontologia é a ciência que estuda os idosos, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida e seus determinantes biopsicossociais; estuda também o processo de envelhecimento normal e patológico. Por todas as vertentes envolvidas e por estudar o idoso em todos os seus aspectos – físicos, biológicos, psíquicos e sociais – a Gerontologia deve ser considerada um campo de conhecimento multidisciplinar e interdisciplinar.

De acordo com Neri (2005), embora a gerontologia seja um campo que envolve muitas disciplinas, a pesquisa está em torno do eixo formado pela biologia, pela psicologia e pelas ciências sociais, com seus modelos, métodos e teorias. Outras disciplinas e interdisciplinas, a exemplo da filosofia, da história, da neuropsicologia e da biodemografia, contribuem para a descrição e a explicação da dinâmica da velhice e do envelhecimento.

A Gerontologia também mantém interfaces com outras áreas profissionais e de conhecimento, dentre as quais se destacam a clínica médica, a psiquiatria, a geriatria, a fisioterapia, enfermagem, o serviço social, direito, arquitetura, entre outras, das quais derivam respostas aos problemas individuais e sociais, novas tecnologias, evidências e hipóteses para a pesquisa. Por tudo isto, os achados de Neri (2005) corroboram com os achados de Netto (2006) quando este diz que a Gerontologia é um campo multiprofissional e multidisciplinar.

Quando determinada área recebe esta influência da gerontologia, ou seja, aborda o idoso considerando os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, por exemplo, a fisioterapia gerontológica, isto denota que, sob o olhar dos aspectos fisioterapêuticos, o idoso deve ser abordado em sua totalidade.

De acordo com Beauvoir (1990), Neri (2005) e Netto (2006), diante deste vasto campo de conhecimento, a Gerontologia pode ser dividida em:

- **Gerontologia Social:** esse termo foi usado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954 para descrever a área da gerontologia que se ocupa com os aspectos não orgânicos do envelhecimento, com o impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo do envelhecimento e das consequências sociais. São assuntos importantes nesse campo: atitudes em relação à velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não governamentais, redes de suporte social, entre outros. A Gerontologia Social envolve conhecimentos produzidos na Filosofia, nas Ciências da Saúde e em ciências como a Antropologia, a Sociologia, a Economia, a Psicologia, o Direito, a Demografia, o Urbanismo etc.
- **Geriatría:** tem por objetivo estudar as doenças do envelhecimento/velhice e ao tratamento das mesmas, além dos aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde do idoso. Guarda relação com disciplinas da área médica, como a neurologia, cardiologia, psiquiatria entre outras, além de manter ligação com áreas não médicas como a fisioterapia, enfermagem, nutrição, entre outras.
- Quando determinada área recebe influência da geriatria, ou seja, tem um caráter mais voltado ao tratamento de doenças, por exemplo, a fisioterapia geriátrica, demonstra que o seu foco de estudo concentra-se nas doenças do envelhecimento e nos métodos e técnicas para preveni-las.
- **Gerontologia Biomédica:** estuda o envelhecimento do ponto de vista molecular e celular (biogerontologia), além de pesquisar a prevenção de doenças associadas. Na gerontologia biomédica, as pesquisas estão direcionadas para obter respostas sobre “como” e “por que” envelhecemos.

A gerontologia é, portanto, uma ciência que considera o indivíduo idoso como um ser complexo; ser que demanda uma visão holística, ou seja, uma visão que articula os aspectos bio-fisiológicos, psicológicos, existenciais, econômicos, culturais e sociais.

Segundo Camacho (2002), a equipe multidisciplinar que assiste o idoso pode aliar os resultados de múltiplas especialidades, cada uma com seus esquemas conceituais de análise, instrumentos e técnicas metodológicas de assistência e de pesquisa, com uma integração conveniente em relação ao idoso.

Diante da definição acima, nesta dissertação a utilização da expressão “equipe gerontológica”, subentende uma equipe que congrega profissionais como médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, jornalistas, arquitetos, administradores, entre outros, não só da área da saúde, como da área de exatas e humanas.

3.2 FISIOTERAPIA GERONTOLÓGICA: UMA NOVA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO IDOSO

É inviável para o ser humano viver se ele pára de pensar no amanhã. Não importa que seja um pensamento em torno do amanhã o mais ingênuo possível, o mais imediato, não importa. O que importa é que somos seres de tal maneira constituídos que o presente, o passado e o futuro nos enlaçam.

Paulo Freire

3.2.1 Características da Fisioterapia Gerontológica

Diante do que foi exposto sobre a geriatria e a gerontologia, a seguir vamos detalhar as áreas de especialização da fisioterapia:

- **Fisioterapia Geriátrica:** área que contempla conteúdos voltados ao processo de tratamento das doenças e aos métodos e técnicas para preveni-las, sob a ótica dos conhecimentos da Fisioterapia.

- **Fisioterapia Gerontológica:** área que atua na prevenção e reabilitação do idoso, com o objetivo de minimizar as consequências das alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, tendo como base de conhecimento as técnicas e métodos aprendidos na Fisioterapia.

Assim sendo, o enfoque da fisioterapia gerontológica não é apenas o tratamento das doenças do envelhecimento e o modo de preveni-las; seu grande diferencial é que a abordagem feita ao idoso considera os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Pelo fato desta diferenciação ser muita complexa, serão introduzidos, a seguir, vários autores para discutir o conceito de “fisioterapia gerontológica”; posteriormente, segue-se o estudo de caso que contextualiza esta proposta na prática de um atendimento.

O fisioterapeuta especialista em gerontologia ou que tenha um conhecimento sobre a gerontologia deve incluir, em seu tratamento, uma abordagem diferenciada do paciente; um olhar humanizado e integral pautado pelo princípio de quem tem à frente um sujeito idoso; uma pessoa que possui uma longa história de vida, ou seja, alguém que apresenta – ainda que com grandes variações individuais – particularidades do processo de envelhecimento.

A estas reflexões sobre particularidades do envelhecimento, acrescento Mucida (2004; pg. 16), para quem *“cada um envelhece de seu próprio modo. Como um quadro, a velhice depende das mãos de seu pintor, da escolha das tintas, do desenho a ser delineado por um olhar que escapa [...]”*.

Tratando-se da singularidade, não podemos nos esquecer da definição de Morin,

Cada indivíduo numa sociedade é uma parte de um todo, que é a sociedade, mas esta intervém, desde o nascimento, com sua linguagem, suas normas, suas proibições, sua cultura, seu saber; [...] O todo está na parte. (Mas) o princípio ‘o todo está na parte’ não significa que a parte seja um reflexo puro e simples do todo. Cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas, de algum modo, contém o todo. (1996:275)

De acordo com Netto (2006), há que observar alguns aspectos centrais - histórico clínico, familiar, social e psicológico do idoso - buscando a integração multidisciplinar, além do envolvimento com a família e cuidadores.

Segundo Karsch (2008), o cuidador principal é aquele que mais conhece o idoso; é aquele que sabe das suas resistências, das reações aos medicamentos. É quem conhece o sono e a insônia do idoso, seu humor, as coisas que o alegra e entristece. Sem dúvida, é ele o melhor e mais eficiente informante sobre o paciente, podendo relatar sobre as ocorrências entre uma visita e outra. Ele pode ser um grande parceiro do profissional da saúde, seja ele fisioterapeuta, médico, enfermeiro, entre outros profissionais que prestam assistência a este idoso.

O cuidador deve ser muito bem orientado pelo profissional, já que em caso de emergência será ele que cuidará e prestará assistência ao idoso.

No caso, específico da fisioterapia, a atuação do cuidador é ainda mais importante; se o fisioterapeuta explicar alguns exercícios e orientar algumas técnicas que o cuidador pode utilizar no paciente, este pode ter uma melhora ainda maior. Isto porque o paciente, em alguns casos até necessitaria de atendimento fisioterapêutico 3 a 4 vezes por semana, mas por dificuldades financeiras que a família apresenta, ou questões burocráticas do plano de saúde, não é possível realizar as sessões com esta frequência.

Ainda de acordo com Netto (2006), o fisioterapeuta com especialização em gerontologia deve ter um conhecimento amplo; conhecimento necessário tanto para atender ao paciente, como para interagir com a equipe de profissionais. Mesmo nos casos em que os pacientes não tenham condições de o tratamento ser realizado por diversos profissionais¹⁴, cabe ao fisioterapeuta ter uma abordagem integral do mesmo.

A fisioterapia gerontológica supõe um atendimento global do paciente; como antes mencionado; a seguir, será mais detalhado atendimento que se

¹⁴ Situa-se aqui problemas de ordem financeira, por exemplo.

inicia com uma anamnese minuciosa, uma avaliação detalhada e prossegue com plano de tratamento, podendo o fisioterapeuta utilizar os vários recursos oferecidos pela fisioterapia, incluindo o treino de equilíbrio e marcha, ganho de força muscular, flexibilidade e propriocepção, um programa para prevenção de quedas por meio de orientações e adaptação ambiental, além de outras condutas de acordo com as necessidades de cada idoso.

Entretanto, atualmente o que se observa é uma falta de profissionais qualificados, o que nos faz refletir sobre a necessidade de uma melhor qualificação quando se trata do atendimento ao idoso; contribuindo, igualmente, para que este novo campo do saber - a fisioterapia gerontológica - ganhe cada vez mais espaço, com o intuito de possibilitar respostas interdisciplinares às novas e variadas demandas surgidas com o atual processo de envelhecimento populacional.

De acordo com Sá (2006), apesar dos avanços significativos, a formação dos profissionais que atuam na área da gerontologia carece, até o momento, de um referencial que permita explicitar a real inteligibilidade desse processo de formação profissional.

Para Netto e Yuaso (2007), em se tratando desta qualificação profissional objetivando propiciar atenção abrangente à saúde do idoso o ideal seria incentivar a formação de equipes de profissionais de diferentes disciplinas, que, imbuídos dos mesmos princípios e atuando nas suas áreas de conhecimento e prática, pudessem interagir com os demais, constituindo assim a essência da interdisciplinaridade/ interprofissionalidade.

Para exemplificar, cito um atendimento de um fisioterapeuta não especializado no idoso. Este profissional atenderia o paciente abordando-o da seguinte forma:

- **Caso clínico:** paciente idoso, de 70 anos.
- **Diagnóstico e Sintoma:** artrose e dor nos joelhos.

Neste caso, o profissional estaria levando em conta apenas a patologia do paciente. Se fosse visto através de uma abordagem fisiogerontológica, o mesmo caso clínico seria:

- Paciente idoso, de 70 anos;
- É viúvo e mora sozinho;
- É pai de 4 filhos e aposentado;
- Apresenta dor nos joelhos por causa da artrose “instalada”, possivelmente, após ter trabalhado durante 30 anos como lavrador; hoje tem restrições em suas atividades – incluindo as sociais – devido à dor, pois não consegue mais caminhar longas distâncias.

No segundo caso, o fisioterapeuta, por ser especialista em gerontologia, vai ter uma abordagem mais global do paciente; vai tratar dos joelhos do idoso a partir de sua história de vida e do seu entorno (família, relações sociais, hábitos etc.), o que é muito importante para um bom desenvolvimento das ações fisioterapêuticas e, conseqüentemente, do bem estar do paciente, apreendido como sujeito.

Na epígrafe deste capítulo, Paulo Freire afirma que só há vida quando existem projetos. De acordo com ALMEIDA (2005; p.107) a essa afirmação,

Acrescentaríamos que os projetos dependem, por sua vez, da plena constituição de sujeitos. Isso porque existe uma incompatibilidade radical entre a situação de heteronomia (dependência) e a condição de sujeito; condição que implica a reapropriação, pelo homem, dos meios que lhe permitam *“traçar um caminho pessoal e original na organização de sua vida, meios que não se restringem, apenas, à capacidade de reflexão, mas à possibilidade de ter esperança e potencializar esta esperança em ação”*(apud. Sawaia; 1994:52).

ALMEIDA acrescenta, ainda, que a:

Autonomia e emancipação lastreiam a concepção de sujeito [...] (nesta concepção reside uma nova ambigüidade) [...] assumir a condição de sujeito não é uma “rua de mão única”, não é algo que dependa exclusivamente dos próprios idosos. Por maiores que sejam os esforços, eles serão incrivelmente discretos se permanecerem distante das

representações que habitam o imaginário construído em torno da velhice. Assim, a emancipação depende, fundamentalmente, da desconstrução de um imaginário prenhe de estigmas e preconceitos, e pelo reconhecimento social dos que envelhecem e dos que já se situam na categoria “idosos”. (2005; p. 108)

A esta discussão sobre o imaginário social construído em torno da velhice, vale ressaltar as considerações de Mercadante (2008). Segundo a autora, o conhecimento da existência de um modelo social amplo e geral de velho, presente no imaginário social, que se constrói pela contraposição à identidade de jovem, leva-nos a pensar sobre questões relativas à construção da identidade do idoso e de como esta mesma identidade é sentida e vivida por aqueles indivíduos classificados como velhos.

De acordo com Mercadante (2008), no modelo social de velho, as qualidades a ele atribuídas são estigmatizadoras e contrapostas às atribuídas aos indivíduos jovens. Com isto, qualidades como atividade, produtividade, memória, beleza e força são características presentes no corpo dos jovens e as qualidades opostas estão presentes no corpo dos idosos.

Para expandir um pouco as reflexões acima, ALMEIDA, escreve que:

“[...]nas sociedades modernas, a velhice é sinônimo de recusa e banimento. Recusa vestida com diferentes roupagens: algumas, bastante evidentes, passam pela segregação e pelo isolamento social, pela ruptura dos laços afetivos, familiares e de amizade, pela negação do direito de pensar, propor, decidir e fazer; outras, mais sutis, são encontradas, no tom protetor, muitas vezes cercado de cinismo, com que lidamos com nossos “velhinhos”. (2003; pg. 41)

ALMEIDA (2003; p. 41) comenta que *“o uso, amplamente difundido, da palavra ‘velho’ no modo diminutivo, surge cercado de ambiguidades”*. Um deles é o caráter afetivo e carinhoso, em que algumas vezes pode representar a reciprocidade desejada nas relações inter-relacionais. Outro significado é quando esta denominação expressa à condição de “menoridade”, negando ao velho a possibilidade de ele constituir-se como sujeito.

GOLDFARB (1998) corrobora estas afirmações no momento em que descreve que o fato de ser jovem ou ser velho, aparentemente uma questão simples para o indivíduo, passa a tornar-se incerto quando as noções de juventude e velhice sofrem sérias transformações ao longo dos tempos e acrescenta:

Quando temos 5 anos o velho tem 30, quando atingimos os 40, o velho não pode ter menos de 70. E quando estamos nos 80.....o velho é sempre o outro, como dizia Simone de Beauvoir (1970), que incluía a velhice na categoria dos “irrealizáveis” sartreanos. Irrealizável porque não podemos reconhecer a velhice em nós mesmos, só podemos vê-la nos outros, embora eles tenham a nossa idade. A dificuldade principal para categorizar a velhice consiste em que ela não é unicamente um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Assim podemos dizer que na maior parte do tempo não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo”. (GOLDFARB, 1998, p 10)

E pode ser exatamente por isto; por envelhecermos a cada dia, que acabamos não “percebendo” este envelhecimento; é como se quem envelhecesse fosse sempre o outro, como menciona Messy (1992; p. 10) “*Somos sempre o velho de alguém*”. Para o autor o envelhecimento é um processo que se inscreve na temporalidade do indivíduo, começando com o nascimento até o fim da vida, sendo efeito de uma sucessão de perdas e aquisições. Acrescenta ainda dizendo,

Envelhecemos como vivemos, nem melhor, nem pior. Trata-se de uma questão de equilíbrio entre estas duas noções. (p. 16); Se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção à morte. (1992; p. 17)

Corroborando as afirmações acima, encontramos Beauvoir (1990) mencionando que na velhice, a decadência e a finitude são características percebidas mais pelos outros que convivem com o idoso do que ele próprio. O sujeito, portanto, vê o seu envelhecimento, a sua velhice, pelo olhar do outro ou ele se vê velho pela imagem que o outro lhe devolve.

Na década de 70 Beauvoir já observava que as pessoas tinham dificuldade para aceitar e enfrentar as mudanças que ocorriam com o envelhecimento, tendendo a se fixarem no antigo *eu* visando se sentirem

imutáveis. O passado para os idosos representa o que é conhecido e lhes dá segurança, enquanto o presente e o futuro são uma incógnita, tanto em relação à sua posição na sociedade como à sua identidade.

Mucida (2004) acrescenta que o idoso tende a recordar insistentemente seu passado porque nesse tempo ele era sujeito da sua história e, ao recordar e recontar os passos vividos, ele tenta atualizar o que já foi. Ainda para a autora, esse movimento do idoso no sentido de reconhecer-se como contador de sua história é fundamental para sua vida e para se fortalecer ante uma cultura que tende a despojá-lo de sua posição de sujeito desejante.

Independente da idade cronológica, o sujeito que deixa de desejar, de sonhar, de ter objetivos de vida, envelhece, pois a velhice é um estado de espírito, nada tem a ver com a idade cronológica.

Segundo Mucida (2004), existem velhos de 20 anos e jovens de 90; porém, não se pode desconsiderar que o tempo passa e as incidências da “velhice” aos 20 anos e aos 90 anos são bem diferentes, pois há uma distância entre os projetos que se gostaria de realizar e a possibilidade de realização, quando se está em cada fase da vida. Muitos dos projetos futuros tornam-se inviáveis a partir de determinada idade. No entanto, se os desinvestimentos do sujeito em relação ao mundo externo tornam-se muito significativos na vida dele, a velhice tomaria a forma de morte real ou psíquica.

De acordo com Neri (2001), viver plenamente a maturidade e a velhice depende de ressignificar a finitude, já que a morte faz parte do curso natural da vida. A negação desta realidade reflete-se nas maneiras como indivíduos e sociedades escondem, evitam e rejeitam a velhice.

Para ampliar esta discussão, vale destacar Medeiros que se refere à finitude e à morte quando define o que é envelhecimento e velhice, colocando de forma sintética e brilhante assuntos tão profundos e complexos:

O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas é um processo que se dá durante toda a nossa trajetória. Nascemos envelhecemos, e durante toda a nossa vida sempre somos mais jovens e mais velhos que alguém. O

envelhecimento é um processo e a velhice é uma etapa da vida. Somos finitos, portanto morreremos, fato que pode ocorrer em qualquer momento de nossa existência, e não somente na velhice. (Medeiros; 2008: 189)

ALMEIDA (2003, apud Bosi; 1973), lembra que a velhice é, ao mesmo tempo um destino biológico do indivíduo e uma categoria social, tendo em cada sociedade um estatuto contingente. Assim,

A sociedade industrial é maléfica para a velhice [...]. A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo força de trabalho já não é produtor nem reprodutor. (1973:35)

De acordo com Mucida (2004) a velhice enquanto categoria social não diz nada a respeito de cada sujeito. Dizer que uma pessoa tem 60 anos, 70 ou mais, mesmo que isso nos dê algumas sugestões sobre os aspectos corporais, fisiológicos ou mesmo sociais, não indica como cada sujeito vivencia tais inscrições, de acordo com seus traços e sua história.

Apesar de nossa sociedade inspirar-se nos princípios do respeito e da amizade, para Lasch os idosos são vistos como,

[...] inúteis, força-os a se aposentar antes de ter exaurido sua capacidade para o trabalho e reforça seu senso de superfluidade em todas as oportunidades... Ao desvalorizar a experiência e dar muito valor à força física, destreza, adaptabilidade e à capacidade de surgir novas ideias, a sociedade define a produtividade em modos que automaticamente excluem os cidadãos mais velhos. (apud. ALMEIDA; 2003; p.42)

Diante de toda esta discussão sobre a estigmatização do idoso na sociedade podemos perceber o quanto este assunto é complexo. E quando nos referimos a complexidade não podemos nos esquecer das reflexões de Edgar Morin. Em um de seus textos, intitulado “Epistemologia da Complexidade”, Morin afirma:

Quando dizemos: “É complexo, é muito complexo!, com a palavra “complexo” não estamos dando uma explicação,

mas sim assinalando uma dificuldade para explicar.” Designamos algo que, não podemos realmente explicar, vamos chamar de “complexo”. Por isto é que, se existe um pensamento complexo, este não será um pensamento capaz de abrir todas as portas, mas um pensamento onde estará sempre presente a dificuldade. No fundo, gostaríamos de evitar a complexidade, gostaríamos de ter ideias simples, leis simples, fórmulas simples, para compreender e explicar o que ocorre ao nosso redor e em nós. Mas, como essas fórmulas simples e essas leis simples são cada vez mais insuficientes, estamos confrontando com o desafio da complexidade..... Pode-se dizer que há complexidade onde quer que se produza um emaranhado de ações, de interações, de retroações.(MORIN, 1996, p. 274)

Em se tratando da complexidade na velhice, retomamos Mercadante (2005) quando esta autora afirma que se tentarmos responder a questão sobre o que é a velhice, podemos encontrar respostas simples, que definem a velhice como um fenômeno biológico, como um processo natural que acontece a todos os seres vivos, e encontramos na literatura muitas referências sobre este assunto.

De acordo com Morin (1996) o ser humano aprende muito bem a separar as coisas; afirma que a tendência é separarmos um objeto de seu ambiente, isolar um objeto em relação ao observador que o observa, acrescenta ainda, que o nosso pensamento é disjuntivo e, além disso redutor; enfim, buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes.

Segundo Mercadante (2005), este pensamento redutor e disjuntivo, ao qual Morin (1996) se refere não contribui para analisar de forma ampla e profunda a velhice, que se mostra como um fenômeno multifacetado em que ao lado dos fatores biológicos, temos também as diversas situações socioculturais e históricas deste mesmo fenômeno. Para Mercadante (2005; p. 25), *“a diversidade sociocultural indica a existência de uma pluralidade de formas de viver a vida pelos assim denominados velhos”*.

Em sua pesquisa sobre o assunto, a autora observou que a análise da diversidade evidencia relações desiguais, formas diferenciadas de comportamento que ocorrem no interior dos vários grupos sociais em que há

a presença de idosos. A diversidade investigada e analisada por Mercadante (2005) revela a heterogeneidade da velhice, evidenciando assim uma situação complexa. A complexidade também está presente nos estudos realizados pela antropologia, entre as várias sociedades primitivas, em que se encontra em um primeiro momento a presença da heterogeneidade.

Se o envelhecimento é complexo, nada mais natural do que “*querer eliminar este problema*”; como isto não é possível, recorreremos às reflexões de Simone de Beauvoir, na clássica obra, *A Velhice* (1990), em que a autora escreve algumas palavras bem interessantes que auxiliam na compreensão do “por quê” da velhice ser uma questão tão complexa. Para a autora velhice é:

É um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. Acarreta consequências psicológicas: determinadas condutas, que são consideradas típicas da idade avançada. Tem uma dimensão existencial como todas as situações humanas: modifica a relação do homem no tempo e, portanto, seu relacionamento com o mundo e com sua história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural: seu estatuto lhe é imposto tanto na velhice, como em todas as idades, pela sociedade a que pertence. A complexidade da questão é devida à estreita interdependência desses pontos de vista. Sabe-se, hoje em dia, que considerar isoladamente os dados fisiológicos e os fatos psicológicos constitui uma abstração: eles são interdependentes. O que denominamos vida psíquica de um indivíduo só pode ser compreendida à luz de uma situação existencial: também esta, portanto, tem repercussões no organismo e vice-versa: o relacionamento com o tempo é sentido de maneiras diferentes, segundo esteja o corpo mais ou menos alquebrado. Finalmente, a sociedade determina o lugar e o papel do velho levando em conta suas idiossincrasias individuais: sua importância, sua experiência, reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade a seu respeito. De modo que uma descrição analítica dos diversos aspectos da velhice não pode ser suficiente: cada um deles reage sobre todos os outros e é por ele afetado. É no movimento indefinido desta circularidade que temos de apreendê-la. (BEAUVOIR, 1990, p. 156)

A partir das reflexões de Beauvoir (1990), podemos compreender um pouco mais a respeito da complexidade existente em torno da velhice; temos

que entendê-la na sua totalidade, não olhá-la apenas em uma perspectiva, seja ela biológica ou cultural.

Para Lopes (2000) a velhice vista apenas do ponto de vista biológico significa reduzir a questão e não analisá-la em sua complexidade, o que implica não levar em conta aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Sobre a questão da “totalidade”, as afinidades entre Beauvoir (1990) e Morin (1996) são grandes. Para Morin,

A totalidade é a não verdade. O todo está na parte, que está no todo. Podemos enriquecer o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, em um mesmo movimento produtor de conhecimento. (Morin, 1996, p. 278)

Portanto, de acordo com o que foi discutido pelos autores, Mercadante (2005) destaca que a perspectiva da complexidade faz compreender que não se tem saída, não há como escaparmos da dúvida, da ambiguidade e de que nunca será possível deter todo o conhecimento, independente da área em que se esteja.

3.2.2 Algumas Palavras sobre a “Escuta” Fisiogerontológica

[...] pela grandeza de um momento já se pode medir a grandeza de uma vida.

[...] em absoluto nada existe que capacite tão bem o homem para a superação de dificuldades como ... a consciência de ter uma tarefa a cumprir.

Viktor E. Frankl

Na Fisioterapia Gerontológica, a “escuta” não produz técnicas diferentes; ela consiste no “ouvir” o paciente com a intenção de melhor entender sua história de vida e de ajudá-lo. Ela contribui para a orientação do cuidador ou do próprio paciente sobre as práticas que este pode fazer; práticas que objetivam melhorar a qualidade de vida. Nas conversas, a “escuta” atenta fornece uma ideia dos recursos da fisioterapia que podem ser utilizados, seja um alongamento, um exercício de fortalecimento ou um

exercício respiratório. Na atualidade, a fisioterapia oferece muitos recursos, basta o fisioterapeuta saber aproveitar.

No entanto, esta “escuta” não é comum em todos os profissionais que trabalham com idosos; profissionais para quem “parar para ouvir” o paciente constitui “perda de tempo”. Entre alguns profissionais e nas situações em que o paciente tem uma fala mais detalhada, a sensação de “perda de tempo” após o atendimento é muito presente. Não raras vezes, profissionais que deram lugar para uma escuta cuidadosa concluem seu trabalho com a sensação de que “não fizeram nada” (*“nossa, hoje não fiz nada na terapia, só conversamos!”*).

Porém o que estes profissionais não percebem é que aquela conversa, aparentemente informal, fez toda a diferença no processo terapêutico; foi a partir dela que se estabeleceu um vínculo de confiança entre terapeuta e paciente, favorecendo assim o processo de reabilitação.

Na prática, o que por vezes se observa é que o paciente até precisaria de um tratamento psicológico. Porém, por alguns motivos – entre eles a falta de recursos financeiros e mesmo preconceitos- contribuem para que a busca pelo tratamento psicológico não se efetive. Ao mesmo tempo, apesar não ser tão frequente, é possível encontrar profissionais da saúde mais sensíveis, que dão mais atenção ao paciente, que o escuta e, além de tudo, consegue diminuir sua dor.

Especificamente no contexto da fisioterapia, verificam-se pacientes que encontram no tratamento uma das poucas oportunidades para sair de casa, fazer uma atividade diferente e, portanto, romper com sua rotina.

Outra situação, igualmente comum, é o paciente ver na fisioterapia uma possibilidade de estar com as pessoas e fazer amigos. Trata-se de uma situação recorrente nas clínicas-escolas, os casos de pacientes com anos de tratamento e nas tentativas de “dar alta” resultaram, muitas vezes, em piora de seu estado geral.

Outro aspecto fundamental na fisioterapia gerontológica¹⁵ localiza-se no sentido que o paciente dá ao exercício. Se o fisioterapeuta não explica o “por que” e o “para que” daquele exercício, poderá ter, como “respostas”, a

¹⁵ Na verdade, importante em qualquer área da fisioterapia.

desmotivação e o desinteresse do paciente, que deixa de estabelecer relação entre o que ele faz e sua vida. Um exemplo é a reabilitação da marcha. De um modo geral, os fisioterapeutas gostam muito de reabilitar a marcha, utilizar como recurso terapêutico, a pista de propriocepção, trabalhar o equilíbrio, enfim, usar vários recursos; de fato é muito interessante trabalhar a marcha do paciente, até porque ela é fundamental para a sua locomoção e independência. Mas se pensarmos em um paciente de uma instituição de longa permanência de idosos (ILPI), que não tem para onde ir e que não recebe visitas, qual será sua motivação para melhorar sua marcha? Andar para quê?

Por outro lado, se o fisioterapeuta der um sentido para esta atividade, transformá-la em uma meta a ser atingida, salientando que isto ajudará o paciente a andar sozinho nos espaços da instituição e sem depender das pessoas, além de obter maior facilidade na locomoção, esta abordagem poderá fazer toda a diferença na reabilitação, além de motivar o paciente em realizá-la.

De acordo com Freire (2005), as metas pessoais podem ser definidas como objetivos significativos, elaborados de forma consciente, os quais influenciam tanto os pensamentos quanto as reações emocionais dos indivíduos. As metas representam investimentos pessoais que fornecem um senso de propósito aos indivíduos, o esforço em atingi-las influenciam no surgimento e posterior manutenção do sentido de vida, da saúde mental e do bem-estar psicológico.

Segundo Freire e Resende (2001) sentido da vida pode ser definido como um sistema cognitivo construído e dirigido pelos valores do indivíduo, que os utiliza para interpretar e avaliar suas experiências de vida, conferindo-lhe satisfação.

Ter um sentido na vida significa ter propósitos e esforçar-se para atingir uma ou mais metas, também ajuda a superar as crises e as perdas ao longo da vida, ao passo que a falta de sentido na vida está associada a sintomas de vazio existencial, podendo desencadear problemas como ansiedade, baixa autoestima, sintomas depressivos e até mesmo depressão.

Loche (2007) descreve que apesar dos grandes avanços científicos, tecnológicos e sociais, muitas pessoas são acometidas pelo sentimento de vazio existencial.

Outro fator que deve ser foco de atenção do fisioterapeuta está relacionado aos sintomas depressivos e depressão que o paciente pode vir a desenvolver, caso já não apresente tal diagnóstico.

Entende-se por sintomas depressivos aqueles que fazem parte da síndrome depressiva a exemplo dos sintomas relacionados aos códigos de diagnósticos para depressão ou aqueles que constam em escalas de avaliação para depressão. Os sintomas afetivos mais comuns encontrados em idosos incluem distúrbios de sono, sensação de nervosismo, solidão, humor disfórico e atitude de autodepreciação (NETO & JUNIOR, 1996).

Já a depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. É acompanhada de um acentuado rebaixamento do estado de ânimo e redução da autoestima, com perda de interesse para coisas habituais, apresentando também, diminuição das atividades mental, psicomotora e orgânica, sem necessariamente ter relação com alguma deficiência real (VIEIRA e RAMOS, 1996).

Segundo GORDILHO (2002), entre os pacientes com 60 anos ou mais é muito frequente o diagnóstico médico de sintomas depressivos, sendo de aproximadamente 8% a 15% em idosos na comunidade. Já em idosos institucionalizados as taxas encontradas na literatura costumam ser mais altas, tanto para sintomas depressivos, entre 10% a 30%, quanto para a depressão, entre 5% a 12%. E a maior prevalência de depressão é encontrada em idosos hospitalizados, situada em torno de 25%.

As diversas modificações psicológicas e sociais que acompanham o processo de envelhecimento alteram o modo como o idoso se relaciona com eventos pessoais e sociais, repercutindo no surgimento de sintomas depressivos:

FATORES	REPERCUSSÃO
Mudanças no papel social	Diminuição de interesses, diminuição de autoestima, diminuição de atividades
Perdas, especialmente luto	Ansiedade, isolamento
Eventos estressantes	Ansiedade, sintomas depressivos
Modificação no suporte social	Isolamento, diminuição de suporte emocional, diminuição de renda, preconceito social

Quadro 1: Fatores e repercussões no surgimento de sintomas depressivos
Fonte: NETO & JUNIOR (1996)

Por todos estes fatores, é de extrema importância que o fisioterapeuta tenha o conhecimento sobre eles e seja capaz de perceber o estado em que se encontra o idoso, podendo encaminhar para um médico psiquiatra ou, caso seja necessário, a indicação de um psicólogo.

Aliada à atenção aos aspectos psicológicos do paciente, o fisioterapeuta, dando um sentido ao exercício e atividade proposta, pode ajudá-lo a melhorar a motivação pelo processo de reabilitação e pela realização da fisioterapia, em si, seja pela diminuição de uma dor, pela melhora de um movimento, uma diminuição na rigidez ou uma maior facilidade em realizar uma atividade de vida diária.

Neste sentido, o papel do fisioterapeuta é essencial, pois muitas vezes ele é o profissional que mais tem contato com o paciente, estabelecendo uma relação de confiança, criando assim um ambiente favorável para que venham à tona durante a terapia assuntos sobre a importância de se ter um sentido na vida e a partir daí se elaborar objetivo, metas e projetos de vida.

Pela relação que guarda com as reflexões aqui desenvolvidas, damos novamente a palavra para Almeida:

Na velhice, como em qualquer outra etapa da vida, a elaboração de projetos representa um constante exercício de alteridade. Se é certo que na velhice o passado é mais amplo, não é menos certo que nele residem, frequentemente, virtualidades que

permaneceram adormecidas e que pedem para ser acordadas. Apreendidas a partir da questão dos projetos de vida, importa localizar e atualizar, quando possível, essas virtualidades; importa criar condições para que elas não só se explicitem, como ganhem estatuto de realidade. (2005:108)

Cabe, portanto, ao fisioterapeuta, estar atento às oportunidades e quem sabe não será ele quem vai apresentar ao paciente uma nova forma de se pensar a realidade e o futuro?

Ter expectativas positivas em relação ao amanhã, empenhar-se no alcance de metas significativas de vida e manter um senso de significado pessoal são indicadores de uma boa qualidade de vida na velhice (FREIRE, 2005).

Lopes (2000) lembra que uma velhice bem sucedida é aquela que tem como indicadores: a longevidade, saúde biológica, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, renda, atividade, status social, eficácia cognitiva, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos). Diante das afirmações da autora, vale destacar a satisfação como um dos indicadores de bem estar na velhice.

O conjunto de atitudes acima citadas faz com que o tratamento não se restrinja apenas às questões físicas; ele valoriza os aspectos psicossociais do idoso, sua interação com a família, seus papéis sociais, atividades de lazer e motivação no dia-a-dia. Se estes aspectos forem observados pelo fisioterapeuta, o tratamento terá, certamente, resultados muito satisfatórios.

Mas na prática o que se observa é que esta postura do fisioterapeuta, esse conhecimento amplo e abrangente das questões que envolvem o paciente idoso, o processo do envelhecimento, a velhice, enfim, esses conhecimentos em gerontologia, ainda deixam a desejar; ou seja, faltam profissionais qualificados para atuar nesta área da fisioterapia. Por outro lado, os profissionais existentes consideram que a fisioterapia no idoso é tão somente a fisioterapia realizada em um paciente mais velho (pessoa com 60

anos ou mais de idade) e que possui complicações e comprometimentos em decorrência da idade.

Na bibliografia consultada até a finalização desta dissertação a denominação “fisioterapia gerontológica” é praticamente inexistente; nisto reside uma das razões deste trabalho.

Cabe sublinhar o fato de que a influência do modelo médico na fisioterapia, como afirmado no capítulo anterior, é também observada no momento da realização de pesquisas em relação a achados científicos na área da fisioterapia voltada para a pessoa idosa. É muito mais comum encontrar material na área da “fisioterapia geriátrica” do que na “fisioterapia gerontológica”. Assim, ao se digitar nos sites de busca da Internet as palavras “fisioterapia geriátrica”, localiza-se muito material; resultado oposto é encontrado quando a busca é feita com a expressão “fisioterapia gerontológica”. E quando algum conteúdo é encontrado, observa-se uma confusão de conceitos, pois o que denominam de fisioterapia gerontológica são apenas conteúdos relacionados à fisioterapia geriátrica.

Dentre outras razões, nisso reside à importância da investigação realizada com o objetivo de caracterizar esta nova área do saber, especialmente em tempos de reformulação do paradigma da saúde e passando do modelo médico para o modelo funcional, no qual o fisioterapeuta é de extrema importância. Vemos como de extrema relevância a sistematização desta nova área, para não reforçar ainda mais a dicotomia saúde e doença, nem confundir a fisioterapia geriátrica com a fisioterapia gerontológica.

O caso clínico realizado para esta investigação – apresentado no próximo capítulo – teve o objetivo de demonstrar o que entendemos por atendimento fisiogerontológico.

Capítulo IV

A INVESTIGAÇÃO

"Para o cientista todo o vazio no entendimento oferece um desafio excitante. A existência do vazio é o estímulo para o trabalho. Assume-se a ignorância e se delineia um programa de pesquisa; formular questões é quase tudo e quando as respostas aparecem apenas conduzem a outras questões. O cientista pode se permitir esperar".

Winnicott

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

4.1.1 Considerações iniciais

Considerando os objetivos propostos, a opção metodológica recaiu sobre a abordagem qualitativa de perfil exploratório-descritivo.

Segundo Gaskell & Bauer, diversamente da pesquisa quantitativa (*hard*), *"a pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações das realidades sociais, e é considerada pesquisa soft"* (2002, p. 23).

Como se sabe, a utilização de abordagens quantitativas é bastante recorrente, especialmente nas ciências exatas e da saúde; no entanto, cada vez mais esta última área se abre à abordagem qualitativa, em suas diversas modalidades.

No campo da saúde, uma das precursoras da discussão e utilização de abordagens qualitativas é, sem dúvida, Maria Cecília S. Minayo. Sua obra *O Desafio do Conhecimento* transformou-se, rapidamente, em um "guia" de extrema importância para pesquisadores de saúde e de outros campos do conhecimento. Grande parte da metodologia utilizada teve, nesta autora, sua fonte de inspiração.

A primeira etapa do presente estudo consistiu no levantamento, junto a fontes secundárias, de artigos e publicações e matérias inseridas no campo da fisioterapia gerontológica com o objetivo de pesquisar o que existia sobre o assunto e realizar uma caracterização da área da fisioterapia

gerontológica, por meio de um estudo de caso, utilizando a observação participante.

A pesquisa utilizou o método do estudo de caso, definido por Yin (2001) como investigação empírica de um fenômeno, dentro de contexto real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto é incerta e com múltiplas fontes de evidência.

Severino (2007) define estudo de caso como uma pesquisa que se concentra em um caso particular, selecionado pelo seu caráter representativo, dentro de um conjunto de casos análogos. O caso escolhido para a pesquisa é significativo e bem representativo, sendo apto para fundamentar generalização para situações análogas, autorando inferências.

Em relação à observação participante Minayo (2009) a considera parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A autora acrescenta dizendo que para alguns estudiosos a observação participante não é apenas uma estratégia no conjunto da investigação da pesquisa, mas também pode ser considerada um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade.

Minayo (2009) define observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com os interlocutores no espaço social da pesquisa, participante de alguns momentos da vida social deles, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isto, o observador faz parte do contexto (cenário) sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse cenário, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente.

No caso deste estudo, foram realizados 22 atendimentos fisioterapêuticos e ao final dos mesmos, foram percebidas mudanças, tanto na paciente, nos cuidadores (seus filhos) como na terapeuta, a pesquisadora.

Considerando o caráter exploratório da investigação realizada, Minayo (2000, p. 89) afirma que:

A fase Exploratória da Pesquisa é tão importante que ela em si pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória. Compreende a etapa da escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo.

Paralelamente, o fato de a investigação envolver um estudo de caso, remeteu à utilização da observação participante e ao uso do “diário de campo”. Nele constaram:

todas as informações que não sejam o registro de entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Fala, comportamentos hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro o quadro de Representações Sociais (Minayo; 2000, p. 100).

Segundo Minayo (2009) o diário de campo é o principal instrumento de trabalho de observação; ele não vai além de um caderninho, uma caderneta, ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal, nele vamos registrar nossas impressões sobre o que foi observado. Neste trabalho, as anotações feitas no diário de campo foram denominadas de registro da pesquisadora.

4.1.2 Do sujeito e do local

*Podemos ser velhos, nos vemos velhos, sem nos sentirmos
jamaiz como velhos.*
Jack Messy

Quanto à história de vida do sujeito da investigação, cabe destacar, desde logo, que se trata de um paciente idoso, do sexo feminino, com 94 anos, viúva, mãe de 4 filhos, dona de casa, nascida na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, localizada no sul do Estado do Espírito Santo.

A paciente, Sr^a E. C possui diagnóstico médico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e artrose em joelhos. Mora na casa do filho e no piso superior da casa, mora sua filha. Os dois filhos são casados e têm filhos. Assim, a paciente nunca fica sozinha. Quanto aos cuidados, os filhos se revezam para realizá-los.

Segundo os filhos, Dona E. era comunicativa e lúcida até o falecimento de um cunhado, de quem gostava muito. Desde então, ela pouco fala com a família, só respondendo aos comandos verbais através de sinais com a cabeça.

O estudo de caso realizado consistiu no atendimento fisioterapêutico domiciliar, realizado pela pesquisadora, no período de 3 meses; foram realizados 22 atendimentos: em média 2 atendimentos por semana, com a duração aproximada de uma hora cada um. Posteriormente, foi realizada uma entrevista com a cuidadora para “escutá-la” a respeito dos atendimentos realizados na paciente e os resultados obtidos. As perguntas formuladas à cuidadora estão presentes, como anexo (página 115), no final desta dissertação. Outro anexo é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reproduzido na página 117.

4.2 ESTUDO DE CASO

*Nada é tão insuportável ao homem como uma situação
sem tarefas, sem objetivos.*

Pascal

4.2.1 Avaliação fisiogerontológica

Este estudo de caso foi construído tendo como base a realização de uma proposta de avaliação e tratamento fisiogerontológicos. A avaliação fisiogerontológica proposta nesta dissertação surgiu da necessidade de criar um instrumento que pudesse avaliar o idoso de forma abrangente e sem perder a sua subjetividade. Este instrumento consiste em uma avaliação realizada pelo profissional fisioterapeuta especialista em gerontologia ou que

seja estudioso da área de gerontologia, tendo em sua prática o entendimento do idoso em sua totalidade.

Para realizar a avaliação com qualidade, o fisioterapeuta deve estar muito atento e dedicar um tempo para este “fazer”.

Segundo Driusso e Chiarello (2007), geralmente a avaliação funcional e social do idoso não é realizada de forma cuidadosa e, em alguns casos, é negligenciada. Isto pode impedir que os idosos sejam tratados segundo o que necessitam, resultando em um aumento da incapacidade.

De acordo com Driusso e Chiarello (2007), geralmente é durante a avaliação fisioterapêutica que se dá o primeiro contato entre o fisioterapeuta e o idoso; por isto é imprescindível que o profissional estabeleça uma comunicação adequada. Para tanto, é importante atentar para algumas recomendações, tais como:

- Utilizar frases simples, claras e com um vocabulário que o idoso entenda;
- Falar sem gritar, de maneira calma e pausada;
- Ouvir o idoso com paciência, respeitando seu ritmo de resposta;
- Falar de frente, de forma que o idoso possa ler os lábios do terapeuta;
- Evitar comunicar-se em ambientes barulhentos;
- Evitar expressões do tipo “deve”, “não deve”, porque reflete um relacionamento autoritário, o que muitas vezes não é bem visto pelo paciente;
- Evitar expressões como “vô”, “vó”, “vozinha” etc, que podem despersonalizar e inferiorizar o idoso, procurando sempre chamá-lo pelo nome;
- Não infantilizar o idoso, usando expressões no diminutivo, tais como: “perninha”, “bracinho”, entre outros;
- Orientar os familiares para que o idoso participe do diálogo e das decisões tomadas em casa.

Na avaliação fisiogerontológica são observados vários aspectos do paciente, tais como: sua história de vida; seus hábitos; informações sobre sua procedência; seus sinais vitais; avaliação dos sistemas; verificação dos aspectos psicológicos e cognitivos; as impressões do terapeuta sobre a relação estabelecida entre o paciente e o cuidador, entre outros itens, sempre tendo em vista o que a fisioterapia poderá melhorar no cotidiano do paciente.

Todos os itens avaliados são observados com o objetivo de verificar quais alterações fazem do envelhecimento natural (senescência) ou se enquadram nas alterações patológicas (senilidade). Ao final, é traçado um diagnóstico fisioterapêutico ou fisio-funcional; diagnóstico que leva em consideração o prognóstico funcional do paciente e seu potencial de reabilitação. É a partir desta avaliação que são traçados os objetivos e condutas realizadas para melhorar a realização das AVDs (atividades de vida diária) e AIVDs (atividades instrumentais de vida diária), melhorando assim a qualidade de vida do paciente.

Para melhor compreender a avaliação proposta neste trabalho, apresenta-se no final desta dissertação, como anexo C (pg.118), os itens da avaliação fisiogerontológica; itens que foram utilizados neste estudo de caso.

Todas as informações sobre a paciente foram colhidas no primeiro dia de atendimento; neste dia foi feita uma avaliação, dividida da seguinte forma:

Item I: identificação do paciente;

Item II: dados clínicos;

Item III: avaliação dos sistemas;

Item IV: cuidador;

Item V: impressões do terapeuta;

Item VI: diagnóstico fisioterapêutico;

Item VII: prognóstico funcional;

Item VIII: potencial de reabilitação;

Item IX: objetivos do tratamento;

Item X: condutas a serem realizadas e

Item XI: encaminhamento a outros profissionais.

A avaliação ocorreu no quarto da paciente; cômodo da casa em que ela se encontrava. Teve a duração aproximada de uma hora e 30 minutos e contou com a ajuda da filha, a Sr^a A.

No item I – referente à identificação da paciente e que contém o diagnóstico médico, segundo as informações colhidas junto ao médico da paciente, esta apresentava ICC (insuficiência cardíaca congestiva), artrose em joelhos, fazia uso de um marca-passo e apresentava dores no joelho. Conversando com a filha (Sr^a A.), esta relatou que a paciente ficou internada, durante uma semana, por fortes dores no joelho e inchaço no membro inferior esquerdo (região da coxa, perna e pé esquerdo).

Segundo os filhos, a Sr^a E. era comunicativa e lúcida até quando faleceu um cunhado, de quem gostava muito. Desde então ela pouco falava com a família, só respondia aos comandos verbais através de sinais com a cabeça.

O item I possui informações como: nome, sexo, data de nascimento, Idade, estado conjugal, escolaridade, diagnóstico médico e se a paciente já realizou tratamento fisioterapêutico. Cidade de origem, profissão/situação atual, hábitos, participação na sociedade, lazer e relações familiares são outras informações coletadas.

O segundo item da avaliação refere-se aos dados clínicos, entre eles a questão sobre a queixa principal da paciente. Foi relatada a presença de dor e edema nos joelhos, o que era demonstrado pela paciente por meio de expressão facial de dor quando foram realizados movimentos nas articulações dos joelhos.

Este item II da avaliação é contemplado com as seguintes informações: queixa principal (uma das prioridades do tratamento); presença ou não de dor (local e intensidade-nota de 0 a 10); histórico clínico e funcional (neste item deve conter as informações que relacionam o histórico clínico do paciente com o histórico funcional¹⁶; exame(s)

¹⁶ Ex: paciente deambula com um dispositivo de auxílio (muletas) devido um AVC (acidente vascular cerebral) ocorrido há 5 anos.

complementar(s); medicamentos; enfermidades associadas - diabetes, hipertensão, etc. - e verificação dos sinais vitais - PA, FR, FC).

O item III refere-se à avaliação dos sistemas; é composto com dados sobre alimentação/deglutição; sistema urinário; sistema tegumentar; sistema visual; sistema vestibular (equilíbrio e marcha); sistema nervoso (cognição/memória/atenção); sistema osteomioarticular (Ossos/Musculatura/Articulações, Mobilidade/ Funcionalidade); e Sistema cardiorrespiratório.

Do que foi avaliado na Sr^a E. observou-se¹⁷ que a paciente se alimentava por via oral.

Quanto ao sistema urinário, a paciente, por ser acamada há muitos anos, desenvolveu uma incontinência urinária e fazia uso de fraldas.

No sistema tegumentar verificou-se a presença, na pele, de edema em membros inferiores, na região dos joelhos e pés, uma pele pouco hidratada e a presença de uma úlcera de decúbito (também denominada escara), em região sacral, já em processo de cicatrização. Isto dificultava sua saída do leito (ao ficar sentada na cadeira de rodas sentia dores na região do sacro). Este era mais um motivo que a fazia permanecer por um longo tempo no leito e, segundo o filho, o Sr. G., a paciente permanecia por um longo período na mesma posição.

Quanto ao sistema visual, a paciente não apresentava nenhum déficit.

Na avaliação da paciente foi observado, ainda no item III: no sistema osteomioarticular, o tônus muscular apresentou-se normal; o trofismo da paciente apresentou uma diminuição generalizada tanto nos membros superiores, quanto nos membros inferiores; não sendo possível empregar as provas de função/força muscular por procedimentos manuais (Kendall, 1995); em relação às articulações, foi observada amplitude de movimento (ADM) normal nas articulações dos membros superiores e diminuição da ADM nos membros inferiores, principalmente joelhos, devido crepitação, o que gerava dor. Em relação ao seu estado funcional, a paciente era acamada, não conseguindo passar para a postura sentada de forma

¹⁷ Como até o momento não tinha observado pessoalmente qualquer ingestão de alimentos, esta informação foi fornecida pela filha (Sra. A.).

independente, ou seja, sem o auxílio dos filhos; só realizava as mudanças de decúbito (decúbito dorsal para lateral esquerdo e direito e para decúbito ventral) com auxílio dos filhos. Na avaliação respiratória observou-se diminuição do murmúrio vesicular principalmente em ápices de ambos hemitórax, sem a presença de ruídos adventícios. Uma avaliação respiratória considerada boa para a paciente, já que estava acamada e estava com 94 anos.

O próximo item foi a avaliação do equilíbrio. A Sr^a E. não possui controle de tronco na posição sentada, ou seja, não conseguia se manter na posição sem o auxílio de um cuidador ou sem um encosto da cadeira.

Segundo Driusso e Chiarello (2007) quanto maior a idade do paciente, mais importante se revela a utilização de métodos quantitativos e/ou qualitativos para se verificar o equilíbrio do paciente e o risco que ele apresenta de sofrer uma queda. Para isto existem vários testes, cientificamente validados, que apresentam certo grau de eficácia, tais como: Tinetti (King & Tinetti, 1995); Escala de Berg (Berg *et al.*, 1992); Teste Timed Get Up & Go (Podsiadlo & Richardson, 1991) e Teste de Romberg (Ropper, 1985). Entretanto, como a paciente estava acamada não foi possível aplicar nenhum dos testes citados.

Quanto ao estado cognitivo da paciente, observou-se que ela compreendia o que era falado e conseguia responder a alguns comandos verbais através de movimentos com a cabeça, e aos sinais de dor fazia expressão facial, mas não conseguia falar verbalmente e nem escrevia.

Na avaliação fisiogerontológica, o estado cognitivo do paciente pode ser avaliado por meio de vários testes. Nesta dissertação, são destacados dois testes, validados cientificamente e detalhados a seguir:

- O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁸: foi desenvolvido por Folstein *et al.* (1975) e validado no Brasil por Bertollucci *et al.* (1994). Este teste avalia os aspectos cognitivos das funções: orientação espaço-temporal, registro (memória imediata), cálculo, memória recente e linguagem (agnosia, afasia e apraxia). O

¹⁸ Mini-Mental State Examination-MMES.

MEEM tem um total de 30 pontos, sendo que o escore maior de 28 pontos indica ausência de alterações no estado mental e escores menores de 24 pontos indicam estado mental normal. Mas para se ter alguma conclusão a respeito do estado mental do paciente deve ser questionado qual é o seu grau de escolaridade, podendo variar do analfabetismo até dedicação aos estudos superior a 11 anos.

- Escala de Depressão Geriátrica ou GDS (Geriatric Depression Scale): foi desenvolvido por Yesavage em 1983 e tem sido usado extensamente com a população idosa. É uma síntese de questões em que os participantes respondem 30 perguntas, tendo como resposta sim ou não, sobre o seu atual momento de vida. Pontuação de 0 a 9 é considerada normal, 10 a 19 é indicativo de depressão moderada e 20 a 30 indica depressão severa. Em estudos o GDS verificou ser sensível a 92% dos casos. (KURLOWICZ, 1999) e (FREEMAN & WHITE; 2003).

O GDS é um teste de extrema relevância para ser aplicado na população idosa, já que é muito frequente a presença de sintomas depressivos e mesmo depressão entre os idosos.

Lembrando que, segundo Silva (2004) entende-se por sintomas depressivos aqueles que fazem parte da síndrome depressiva e depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, como já foi (SUBSTITUIRIA como já foi POR: conforme...) citado anteriormente.

Em estudo epidemiológico realizado em indivíduos acima de 65 anos, NETO & JUNIOR (1996) mostraram que sintomas depressivos estavam diretamente relacionados ao aumento da idade, sexo feminino, baixa renda, limitações físicas, distúrbios cognitivos e pouco suporte social.

Silva (2004) descreve ainda que os sintomas depressivos em idosos são observados, muitas vezes, em combinação com múltiplos distúrbios crônicos, mais frequentes nessa fase da vida, como distúrbios da tireóide,

carcinoma, deficiências nutricionais ou de vitaminas e doenças crônicas. Ademais, a presença de dor crônica, queixas somáticas ou demência podem complicar a avaliação do diagnóstico.

De acordo com os autores Neto & Júnior (1996) e Silva (2004) podemos deduzir que a Sr^a E apresentava sintomas depressivos pela idade avançada (94 anos), por ser do sexo feminino, ter baixa renda, limitações físicas e apresentar dor crônica (nos joelhos); entretanto não estava recebendo medicação para os possíveis sintomas depressivos.

Mesmo sem este diagnóstico médico, o fato de o fisioterapeuta ter uma visão gerontológica - caso venha a atender um paciente com características similares a da Sr^a. E - faz com que ele tenha uma abordagem mais sensível, adotando a hipótese do paciente apresentar sintomas depressivos e, se for possível à aplicação do GDS, a utilização deste instrumento auxiliará o terapeuta a levantar uma hipótese diagnóstica que, em alguns casos, não foi percebida pelo médico, já que este instrumento serve para rastrear possíveis sintomas depressivos. O fato de o fisioterapeuta ter um maior contato com o paciente possibilita que alguns diagnósticos sejam melhores percebidos, o que, em determinadas situações pode não ocorrer nas consultas médicas, nas quais o contato entre o médico e o paciente se estabelece de forma mais pontual e com uma menor frequência.

No caso da Sr^a E, tanto o MEEM quanto ao GDS não foram aplicados, pois a paciente não respondia verbalmente às perguntas. Nos casos de pacientes capazes de responder questões, sugere-se a aplicação dos mesmos para uma melhor avaliação fisiogerontológica quanto ao aspecto do estado cognitivo.

Outro item analisado (IV) foi em relação ao cuidador. Verificou-se que a paciente era cuidada pelos três filhos que moravam próximos a ela, a filha da casa da frente, o filho da casa em que se encontrava o quarto da Sr^a E e a filha da casa de cima. Estes se revezavam nos cuidados da mãe, sendo que cada um tinha uma determinada função a desempenhar e a fazia com muito apreço e carinho. Como neste mesmo espaço moravam as três famílias, a Sr^a E. nunca ficava sozinha. Os familiares foram orientados para

que, sempre que possível, dessem uma olhada na paciente para ver se ela precisava de alguma coisa e para estimulá-la, o máximo que pudessem, por meio de conversas, falando sobre a data do dia, ano, acontecimentos familiares, entre outros assuntos. Todos da casa eram muito atenciosos com a Sr^a E; os filhos eram muito empenhados em aprender o que era ensinado pela fisioterapeuta.

O item V – refere-se às impressões do terapeuta, trata-se dos registros feitos durante e após os atendimentos, baseando-se no uso do diário de campo, instrumento muito utilizado em pesquisas de campo.

No primeiro contato da terapeuta com a paciente, a Sr^a E. foi encontrada em decúbito lateral na cama, virada para parede, olhando para baixo, com o quarto todo fechado e com a luz apagada. Ao questionar os filhos sobre esta posição, eles disseram que ela permanecia a maior parte do tempo assim e o fato deles deixarem o quarto todo escuro era para ela descansar melhor e a claridade não incomodar.

Imediatamente foi orientado aos filhos que aquela não era a posição ideal, já que diminuía a interação da Sr. E. com as pessoas da casa e não estimulava a sua cognição, deixando-a cada vez mais triste e sozinha.

Naquela casa, o que não faltava eram pessoas para interagir com a Sr^a E. Como afirmado anteriormente, no mesmo sobrado moravam 3 famílias (1 filha na casa da frente, 1 filho na casa em que a paciente residia, a casa dos fundos e em cima outra filha).

Foi orientado que a paciente fosse colocada em decúbito lateral voltada para a porta, ou seja, ao passar algum neto, filho ou genro perto de seu quarto poderia cumprimentar a paciente e falar um pouco com ela, atitudes que poderiam aumentar sua interação ou pelo menos estimular sua atenção.

Após a realização da avaliação de todos os acima itens citados, foi traçado o diagnóstico fisioterapêutico; diagnóstico que se refere ao estado funcional da paciente. É uma síntese dos pontos mais importantes observados na avaliação, que consistiu em: diminuição da amplitude de movimento (ADM) nas articulações dos membros inferiores, principalmente em joelhos; reduzida capacidade funcional em relação às transferências de

decúbito de forma independente e em relação à alimentação; déficit de equilíbrio de tronco sentada e trofismo diminuído em membros superiores e inferiores.

Após o diagnóstico fisioterapêutico passou-se ao prognóstico funcional da paciente; prognóstico elaborado de acordo com os seguintes fatores: tempo de instação da doença, neste caso a artrose em joelhos e a ICC (insuficiência cardíaca congestiva), doenças crônicas de aproximadamente 30 anos e comprometimentos causados por elas. Neste caso observou-se a perda de força muscular generalizada, tanto na musculatura de membros inferiores quanto superiores. Pode-se supor, também, que isto levou a paciente a ficar cada vez mais dependente, até se tornar acamada, não sendo capaz de se movimentar sozinha, dependendo sempre da ajuda de uma pessoa. A idade da paciente (94 anos), foi outro fator para traçar o prognóstico funcional; uma idade avançada que favorece vários comprometimentos relacionados ao envelhecimento normal (senescência) e patológico (senilidade).

Por tudo isto, conclui-se que pela idade da paciente, seu estado geral e a presença de um quadro algico crônico, seu prognóstico não era favorável, para realizar as atividades de vida diária de forma independente e para realizar a marcha com segurança. Entretanto, existia uma expectativa por parte dos filhos, em ocorrer uma diminuição no quadro algico e uma melhora nos estímulos cognitivos, objetivos estes conseguidos por meio do tratamento fisioterapêutico.

Quanto ao potencial de reabilitação – que envolve motivação para a melhora do quadro clínico, empenho para a realização da fisioterapia, situação financeira e apoio familiar – concluiu-se que a paciente não se apresentava motivada para a terapia, pouco se comunicava e respondia apenas a alguns comandos verbais. Entretanto, os filhos estavam muito empenhados em realizar as orientações dadas, fato que contribuiu para o processo de reabilitação da paciente. Podendo-se concluir com isto que o potencial de reabilitação da paciente era bom.

Interessante observar que na prática fisioterapêutica é muito comum encontrar casos em que o prognóstico funcional do paciente é ruim, ou seja,

com poucas chances de melhora, pelos muitos comprometimentos relacionados à doença, mas com bom potencial de reabilitação pela motivação em melhorar, ora pelo empenho da família, fator que contribui e muito para a melhora do paciente, ora pelo empenho dele mesmo. É possível encontrar, também, o inverso: paciente com um prognóstico ótimo, que tem tudo para melhorar suas condições por meio do tratamento fisioterapêutico, mas que se apresenta deprimido e que não tem o apoio da família ou de cuidadores, dificultando (ou comprometendo) a evolução do tratamento.

Após a anamnese detalhada, avaliação funcional, a conclusão do diagnóstico fisioterapêutico, o prognóstico e o potencial de reabilitação, segue-se a definição dos objetivos e condutas a serem realizados nos atendimentos.

Para uma melhor visualização do que foi feito durante as vinte e duas sessões de fisioterapia será apresentado um quadro com cada objetivo e sua respectiva conduta.

Objetivos	Condutas
1- diminuir as dores nos joelhos;	1.1.orientar o uso de bolsa de gelo, durante 15 minutos; 1.2.verificar se a paciente está tomando os remédios indicados pelo médico e nos horários corretos;
2-diminuir os edemas em membros inferiores, na região dos joelhos e nos pés;	2.1.utilizar a técnica da drenagem linfática manual; 2.2.posicionar adequadamente os MMII para favorecer a drenagem e o retorno venoso; 2.3.orientar aos cuidadores sobre este posicionamento;

3-aumentar a força muscular em MMSS e MMII ¹⁹ ;	3.1 realizar exercícios resistidos em MMSS e MMII, utilizando resistência manual;
4-melhorar as transferências da paciente no leito;	4.1.realizar mobilizações ativa-assistidas em MMSS e MMII; 4.2.orientar os filhos quanto à mudança de decúbito, de 2 em 2 horas;
5-melhorar a hidratação da pele; uma pele pouco hidratada	5.1.utilizar hidratante na pele, logo no início do atendimento; 5.2. orientar a família quanto a ingestão de líquido pela paciente, estando atentos para observar se a Srª E. não apresenta episódios de engasgo;
6-ajudar na melhora da úlcera de decúbito (escara) na região sacral;	6.1.orientar que os familiares procurem o auxílio de uma enfermeira; 6.2. acompanhar o uso de pomada específica e higiene adequada;
7-melhorar a amplitude de movimento (ADM) nas articulações e a flexibilidade muscular em MMSS e principalmente em MMII;	7. realizar alongamento passivo nos principais músculos dos MMSS e MMII;
8-aumentar a expansão pulmonar;	8.orientar aos cuidadores a elevação da cabeceira do leito, a

¹⁹ Entende-se membros superiores (MMSS) pelo conjunto do braço, antebraço, punho e mão. Já os membros inferiores (MMII) são maiores e mais compactos, adaptados para sustentar o peso do corpo e para locomoção, composto pela coxa, perna, tornozelo e pé. Quando nos referimos a aumentar a força muscular em MMII e nos MMSS, quer dizer que foram realizados exercícios de fortalecimento nos principais músculos do braço, antebraço, punho e mão (MMSS) e nos principais músculos da coxa, perna, tornozelo e pé (MMII).

	maior parte do tempo, abaixando apenas quando a paciente dormir á noite;
9-evitar episódios de engasgo; (prevenir a bronco aspiração)	9.1.melhorar o posicionamento da coluna cervical; 9.2.acompanhar uma refeição da paciente para observar a presença ou não de engasgos; avaliar a tosse (eficaz ou não);
10-pesquisar alternativas para melhorar a satisfação alimentar; pedir orientações para o profissional fonoaudiólogo e nutricionista;	10.orientar mudanças no cardápio, opções: -não bater a comida com caldo de feijão para não parecer sempre a mesma comida; -amornar a refeição e dar na colher; -perguntar para a paciente o que ela quer comer, o que tem vontade;
11-melhorar o controle de tronco sentado;	11.1.treinar o equilíbrio de tronco na posição sentado; 11.2 ter atenção na escara em região sacral: utilizar a bóia para o acento na cadeira de rodas; 11.3.orientações aos familiares quanto o posicionamento correto da paciente sentada;
12-estimulação verbal e cognitiva; -inserir a paciente no convívio social, junto a família;	12-estimular a paciente informando sobre o dia do mês, ano, estação do ano, como estão às pessoas da família, o que estão fazendo, enfim notícias em geral (melhorar a noção de espaço e tempo da paciente);

	-abrir a janela durante o dia e acender as luzes do quarto; -ligar a televisão e o rádio (colocar as músicas que a paciente gosta); -colocar fotos e calendário no quarto; -levá-la para tomar sol no quintal; -fazer algumas perguntas para a paciente, estimulando a sua fala e orientar a família a conversar sobre assuntos que ela goste;
--	--

Quadro 2: Objetivos e condutas realizadas nos atendimentos
Fonte: (AUTOR, 2011)

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

*"É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença que
conhecer a doença que a pessoa tem".
(Hipócrates, 460 A.C.)*

A análise dos dados realizada nesta dissertação foi feita da seguinte maneira: no item 3.1 apresenta-se a descrição de cada atendimento; no item 3.2 discutiu-se os atendimentos sob a ótica da fisioterapia gerontológica, ou seja, foram enumeradas as principais considerações fisiogerontológicas e, em cada uma delas, foram discutidos os aspectos encontrados nos atendimentos.

4.3.1 Descrição dos atendimentos

Atendimentos e Condutas:

1º Atendimento:

Dia 30-junho-2010 (quarta-feira)

Paciente em REG (regular estado geral), com queixas de dores nos MMII, principalmente nos joelhos, durante a mobilização passiva.

PA (pressão arterial): 130 x 70 mmHg

AP (ausculta pulmonar): MV (murmúrio vesicular) diminuído principalmente em ápices de AHT (ambos hemitórax) sem RA (ruídos adventícios)

Condutas:

1. Avaliação fisiogerontológica;
2. Orientações aos filhos (cuidadores) quanto ao posicionamento da paciente no leito e sobre a importância de deixar o quarto iluminado e bem ventilado durante o dia;
3. Orientação aos cuidadores sobre a importância da hidratação da pele da paciente, já que se trata de uma pessoa idosa, em que a pele se encontra mais frágil e desidratada (seca);
4. Verificação dos horários e tipos de medicamentos que a paciente está tomando.

Registro da Pesquisadora:

As orientações dadas aos cuidadores foram feitas após a realização das mesmas pela terapeuta, por exemplo, o posicionamento correto da paciente no leito e a hidratação da pele, pois assim os cuidadores tiveram a oportunidade de aprender à maneira correta de executar tais condutas.

2º Atendimento

Dia 02-julho-2010 (sexta-feira)

Paciente em melhor estado geral em relação à terapia anterior, pois o filho a transferiu com mais frequência, ou seja, realizou mudanças de decúbito que facilitaram a sua condição cardiorrespiratória e diminuíram as dores nos joelhos.

PA: 120 x 80 mmHG

AP: MV ↓ principalmente em ápices de AHT sem RA

Condutas:

1. Hidratação da pele na região dos braços, antebraços, coxas, pernas e pés, por meio de massagem, utilizando creme hidratante misturado com pequena quantidade de óleo de girassol, com objetivo de hidratar a pele e prevenir possíveis feridas. Esta utilização do creme

hidratante era feita logo no início do atendimento, pois com os movimentos realizados na paciente, se a pele não estivesse bem hidratante poderia gerar microtraumas na pele, em contato com a terapeuta.

2. Alongamento passivo global (alongamento realizado nos principais músculos, tanto em MMSS quanto em MMII, sendo realizados 3 repetições de 30 segundos em cada um deles);
3. Mobilização passiva em MMII e MMSS;
4. Uso de bolsa de gelo na região medial do joelho durante 15 min, conduta realizada pela terapeuta com o objetivo de demonstrar aos cuidadores como eles devem fazer, caso observem a presença de edema;
5. Orientação quanto ao uso de bolsa de gelo, durante 15 minutos, para diminuir a dor nos joelhos;
6. Orientações aos filhos quanto à mudança de decúbito, de no mínimo 2 em 2 horas;
7. Orientações quanto à estimulação temporal da paciente: informações como “dia do mês”, “ano”, “estação do ano”, “como estão as pessoas da família”, “o que estão fazendo”, “notícias em geral”.

3º Atendimento

Dia 05-julho-2010 (segunda-feira)

Paciente em BEG (bom estado geral), com diminuição da dor nos joelhos, porém com presença do edema em MMII (região das coxas, pernas e pés)

PA: 130 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA

Condutas:

1. Mantidas as condutas 1, 2, 3, verificação da ocorrência das condutas 4, 5, 6 e 7, acrescentando;
2. Utilização da técnica da drenagem linfática manual com uso de hidratante;
3. Orientações aos filhos quanto ao posicionamento adequado dos MMII para favorecer a drenagem e o retorno venoso;

4. Orientações aos cuidadores para deixar a janela aberta durante o dia e acender as luzes do quarto para ajudar a paciente ficar mais atenta;
5. E quando fosse possível, ligar a televisão ou rádio, sempre perguntando à paciente que música ou canal na televisão gostaria de assistir.

Registro da Pesquisadora:

Mesmo que no início a Sr^a E não estivesse atenta à televisão ou ao rádio, estes recursos de alguma forma poderiam ajudar na orientação temporal da paciente, ou seja, ouvindo música e noticiários pelo rádio ou pela televisão ela estaria mais atualizada sobre os acontecimentos do dia-a-dia, podendo assim ser mais estimulada cognitivamente.

4º Atendimento

Dia 07-julho-2010 (quarta-feira)

Paciente em BEG (bom estado geral) e mais atenta durante a realização dos exercícios.

PA: 120 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA

Conduta:

1. Mantidas as condutas da sessão anterior, acrescentando;
2. Orientações aos cuidadores que procurassem o auxílio de uma enfermeira, para tratar a úlcera de decúbito na região sacral;
3. Orientações para que colocassem no quarto, algumas fotos da paciente em diferentes fases da vida e um calendário, na forma de folhinha fixada na parede, em que os filhos pudessem assinalar o dia e dizer a data em que se encontravam, a fim de facilitar a orientação temporal da paciente.

5º Atendimento

Dia 09-julho-2010 (sexta-feira)

Paciente em BEG, atenta aos comandos verbais e aos exercícios realizados.

PA: 120 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Mantidas as condutas 1, 2 e 3, ou seja, em todas as sessões foram realizados, hidratação na pele (como citado anteriormente), alongamento passivo global e mobilização passiva em MMII e MMSS;
2. Exercícios respiratórios para melhorar a expansão pulmonar;
3. Orientações aos filhos quanto ao posicionamento da paciente no leito, com o objetivo de facilitar a expansão pulmonar, prevenindo possíveis complicações, ou seja, deixar a cabeceira da cama elevada a aproximadamente 45°;
4. Foi verificado se os cuidadores haviam procurado o auxílio de uma enfermeira.

6º Atendimento

Dia 12-julho-2010 (segunda-feira)

Paciente em BEG, com melhora na sua comunicação verbal com os familiares.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo global em MMSS e MMII;
3. Mobilização passiva em MMII e MMSS;
4. Orientações aos filhos para levarem a Sr^a.E. para tomar sol no quintal.
5. Orientações aos cuidadores para estimular a memória da Sr^a. E., para que ela conte alguns acontecimentos do passado, o que gostava de fazer, a fase da vida que mais gostou, enfim, contar um pouco sobre a sua história.

Registro da Pesquisadora:

Além dos benefícios do sol, o fato da paciente sair do quarto e ir ao quintal, onde pudesse ver os vizinhos e amigos, isto poderia ajudar na

estimulação da atenção, concentração, memória, entre outros aspectos cognitivos, favorecendo assim que a paciente ficasse mais atenta e resgatasse sua vontade de interagir com as pessoas e com a própria vida.

7º Atendimento

Dia 14-julho-2010 (quarta-feira)

Paciente em BEG, apresentando diminuição do edema em MMII.

PA: 120 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Mantidas condutas 1, 2, 3, 4 e 5, ressaltando aos familiares a importância quanto à mudança de decúbito a cada 2 horas;
2. Orientações quanto à realização do banho fora do leito, pelo fato da paciente estar mais disposta, já é possível fazer sua higienização matinal no próprio banheiro;
3. Orientações aos filhos que fizessem algumas perguntas à paciente, sobre o que ela gostaria de fazer, o que ele tinha vontade de fazer;

8º Atendimento

Dia 16-julho-2010 (sexta-feira)

Paciente em BEG, motivada para a realização dos exercícios.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

- Mantidas do atendimento anterior, ressaltando a importância quanto à estimulação cognitiva;

Registro da Pesquisadora:

Segundo informações obtidas junto aos filhos da Senhora E, este foi o primeiro dia em que eles conseguiram dar banho nela fora do leito, no banheiro; e disseram que ela respondeu muito bem durante a atividade.

9º Atendimento

Dia 19-julho-2010 (segunda-feira)

Paciente em BEG e com diminuição das queixas de dor durante a mobilização em MMII.

PA: 120 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo global (alongamento realizado nos principais músculos, tanto em MMSS quanto em MMII, sendo realizados 3 repetições de 30 segundos em cada um deles);
3. Mobilização passiva em MMII e MMSS;
4. Exercícios respiratórios para melhorar a expansão pulmonar;

Registro da Pesquisadora:

Ao chegar para o atendimento os filhos disseram que a Sr^a E. recebeu visitas no final de semana e que ela conseguiu interagir com os familiares durante um longo tempo. Geralmente, os filhos levariam as visitas para sala, mas como sempre tem sido incentivado que eles conversem mais com a paciente, preferiram levar os familiares para o quarto dela e lá permaneceram algumas horas. Relataram também que a experiência foi bem positiva, pois perceberam que a Sr^a E gostou desta atitude deles, ou seja, gostou que eles a incluíssem naquele momento familiar.

10º Atendimento

Dia 21-julho-2010 (quarta-feira)

Paciente em BEG, com discreto edema nos pés e atenta durante a fisioterapia.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Hidratação da pele, nas regiões citadas anteriormente;

2. Alongamento passivo nos músculos dos MMII (coxa, perna e pés) e dos MMSS (braços, antebraços e mãos);
3. Mobilização ativa-assistida em MMII e MMSS;
4. Utilização da técnica da drenagem linfática manual com uso de hidratante para diminuir o edema nos pés;

Registro da Pesquisadora:

Neste atendimento foi feita uma breve reavaliação da paciente e foi observada a melhora na mobilidade em MMII e MMSS e diminuição da dor nos joelhos. Com isto, foi possível avançar na realização das mobilizações, passando de passiva para ativa-assistida, ou seja, antes os movimentos do quadril, joelhos e pés eram realizados na paciente pela terapeuta e a partir desta 10ª sessão, passaram a ser realizados pela paciente com a ajuda da terapeuta.

11º Atendimento

Dia 23-julho-2010 (sexta-feira)

Paciente em BEG, apresentando evolução do quadro clínico, se mostrou disposta e comunicativa; devido à melhora da escara em região sacral, foi possível colocar a paciente sentada no leito, se apoiando no filho e na terapeuta. Neste dia um dos filhos relatou que a Srª E. apresentou constipação intestinal²⁰.

PA: 120 x 80 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Mantidas as condutas 1, 2 e 3, realizadas no atendimento anterior;
2. Massagem abdominal para facilitar a evacuação da paciente;
3. Orientação aos cuidadores sobre como realizar a massagem e verificação de eles realmente compreenderam como é feita, para isto

²⁰ Segundo Marrochi & Gorzoni & Júnior (2002, pg.399) constipação intestinal é o termo usado pelos pacientes quando se referem à diminuição da frequência das evacuações, bem como à dificuldade e ao esforço da evacuação ou à eliminação de fezes ressecadas e duras. “A constipação intestinal também pode ser denominada de prisão de ventre” ou “intestino preso” ou ainda obstipação intestinal. Tendo como tratamento algumas medidas gerais: exercício físico; aumentar a ingestão de água, sendo o ideal (1,5 a 2l); medicamentos (laxantes); massagens, entre outras.

após a finalização da conduta, um dos filhos fez a massagem na Sr^a.
E para saber se havia entendido corretamente;

Registro da Pesquisadora:

Uma das condutas para a melhora da constipação intestinal, facilitando a evacuação, é o aumento da ingestão hídrica, mas para isto foi necessário perguntar aos filhos se a Sr^a. E. conseguia ingerir líquido sem dificuldade. Eles disseram que sim, mas para não ter o risco da paciente engasgar e posteriormente desenvolver uma pneumonia por broncoaspiração, foi orientado que eles procurassem a ajuda de um profissional da fonoaudiologia, entretanto eles responderam que pelo fato do plano de saúde não contemplar este profissional, eles não teriam condições financeiras de arcar com este custo. Não havendo a possibilidade dos familiares levarem a paciente para fazer uma avaliação fonoaudiológica, mesmo eles relatando que a Sr^a. E não engasgava durante a ingestão de água, resolveu-se verificar.

Com a ajuda da terapeuta e do cuidador, a paciente foi transferida da cama para a cadeira de rodas. Na cadeira, com auxílio da filha, a paciente foi alimentada. Ao perguntar aos filhos sobre o modo do preparo da refeição, eles que disseram que faziam a comida de forma bem diversificada, com arroz, feijão, uma carne, verdura, portanto rica do ponto de vista nutricional, entretanto antes de dar à Sr^a. E, eles batiam todos os itens no liquidificador com um caldinho de feijão, ficando como se fosse um mingau, para depois colocar em uma seringa, pois segundo eles, este procedimento foi orientado meses atrás para prevenir que a Sr^a. E não engasgasse. Portanto mesmo que eles colocavam uma variedade de misturas, por exemplo, pedacinhos de carne, outro dia de frango e até de peixe, por eles levarem tudo para bater junto com o caldo de feijão, é como se ficasse sempre com o mesmo gosto. Os filhos deram a sopa à paciente na seringa e depois água e felizmente ela não engasgou.

De acordo com que eles disseram que foram orientados a aproximadamente 1 ano, a bater a comida e colocar no liquidificador, para depois dar por meio da seringa, o ideal é que esta orientação fosse revista,

pois talvez nem fosse mais necessário este tipo de procedimento, devido a paciente ter uma melhor aceitação em determinada consistência do alimento, mas por desconhecimento os filhos ainda o faziam.

De acordo com FURKIM (1999) no caso de uma avaliação fonoaudiológica para verificar em que consistência o paciente tem maior e menor aceitação, o ideal é começar pela consistência mais facilmente aceita pelo paciente, durante as avaliações, e ir aumentando a dificuldade com o decorrer da terapia. Padronizando, podemos estabelecer quatro consistências básicas: líquido (água, suco), pastoso fino (iogurte, mingau), pastoso-grosso (geleias, sopas engrossadas) e sólido (bolacha).

No caso da Sr^a. E, o que parecia era que ela não apresentava dificuldade em deglutir a água. Mas como a família não tinha como custear a avaliação de um profissional da fonoaudiologia e a terapeuta não tendo a capacitação para tal fazer, foi sugerido que os cuidadores dessem a sopa na colher ao invés da seringa; já que ela conseguia comer pela seringa, se fosse com o mesmo volume e de forma cuidadosa, se alimentando com a colher, a paciente poderia retomar aos poucos o prazer em se alimentar, o ritual da refeição e com isto melhorar sua qualidade de vida.

Diante disto orientou-se que no próximo atendimento ao invés de colocarem a sopa na seringa, deixassem com uma temperatura morna e colocassem em um prato, assim a refeição seria dada na colher.

Os filhos gostaram da ideia e foi combinada esta atividade para a próxima sessão, assim a terapeuta poderia acompanhar o procedimento.

12º Atendimento

Dia 26-julho-2010 (segunda-feira)

Paciente mantendo quadro motor e cognitivo como na terapia passada.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Mantidas as condutas anteriores;

2. Orientações aos cuidadores para que todos os dias a paciente fosse colocada na cadeira de rodas, fora do quarto e vestida com uma roupa que não fosse pijama ou camisola;

Registro da Pesquisadora:

Como foi combinado com os cuidadores, no atendimento de hoje, seria feito o teste da alimentação. Após passar a comida para o prato, ao invés, da seringa, a paciente se alimentou melhor. Neste dia, sugeri que passassem a alimentar a Sr^a E sem o auxílio da seringa, colocando no prato e dando na boca com uma colher. Ela comeu e não engasgou. A partir de então, eles passaram a fazer isto: faziam a comida, batiam no liquidificador, sem o caldo de feijão e depois davam de colher.

13º Atendimento

Dia 28-julho-2010 (quarta-feira)

Paciente em BEG, evoluindo bem no quadro motor e cognitivo.

Hoje quando cheguei á casa da paciente, ela estava sentada na cadeira de rodas, no quintal, local onde estavam os filhos e netos. Foi a primeira vez que a colocaram na cadeira de rodas e, portanto, fora do leito e ainda com um vestido, não sendo nem o pijama, nem a camisola.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo nos músculos dos MMII (coxa, perna e pés) e dos MMSS (braços, antebraços e mãos);
3. Mobilização ativa-assistida em MMII e MMSS;
4. Alongamento e massagem em região da coluna cervical; Orientação aos cuidadores que incentivassem a paciente, a questionando sobre o que gostaria de comer, o que tinha vontade, afinal ela estava, a partir de agora se alimentando com a comida no prato e o desejo e prazer por algum prato específico poderia surgir.

Registro da Pesquisadora:

Esta questão da paciente depois do banho, vestir uma roupa que não seja um pijama ou camisola, pode parecer simples, mas faz toda a diferença pois ela se vê não mais como um “doente” ou pessoa fragilizada, que precisa de cuidados e que a qualquer momento necessite voltar para a cama. Segundo as filhas, esta ação fez com que aos poucos a Sr^a. E. fosse até escolhendo o que gostaria de vestir.

14º Atendimento**Dia 30-julho-2010 (sexta-feira)**

Paciente em BEG, com melhora da comunicação e da disposição para as atividades.

PA: 120 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Mantidas as condutas 1, 2, 3 e 4;
2. Exercícios resistidos manuais em MMSS e MMII com o objetivo de melhorar a força muscular.

Registro da Pesquisadora:

Devido a paciente apresentar melhora no seu estado geral e cognitivo iniciou-se uma série de exercícios resistidos manuais, ou seja, exercícios para fortalecimento muscular, já que a paciente estava se alimentando melhor, estava mais disposta e como uma próxima etapa da terapia, seria iniciada um treino para fazer com que a paciente, aos poucos, se alimentasse sozinha.

15º Atendimento**Dia 02-agosto-2010 (segunda-feira)**

Paciente em BEG, disposta, atenta aos comandos verbais da terapeuta, sem queixas de dor nos joelhos, porém com discreto edema nos pés.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo nos músculos dos MMII e dos MMSS;
3. Mobilização ativa-assistida em MMII e MMSS;
4. Exercícios resistidos manuais em MMSS e MMII com o objetivo de melhorar a força muscular;
5. Utilização da técnica da drenagem linfática manual com uso de hidratante para diminuição do edema nos pés;
6. Orientações aos filhos que fizessem algumas perguntas à paciente, sobre o que ela gostaria de fazer, o que ele tinha vontade de fazer;

Registro da Pesquisadora:

Os exercícios para melhora da força muscular foram iniciados neste 15º atendimento e para que a paciente compreendesse o porquê determinada conduta estava sendo realizada, mesmo sem saber o quanto compreendia das explicações, foi esclarecido que tratava-se de um exercício visando possibilitar sua autonomia durante a alimentação e para facilitar a realização das transferências da cama para a cadeira de rodas.

16º Atendimento**Dia 04-agosto-2010 (quarta-feira)**

A terapia foi muito produtiva; ao final da sessão a paciente ficou muito motivada.

PA: 110 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Mantidas as condutas 1, 2, 3, 4, acrescentando;
2. Orientações aos filhos que fizessem algumas perguntas à paciente, sobre o que gostaria e realmente tinha vontade de fazer.

Registro da Pesquisadora:

Depois que a Srª E passou a comer com a colher (não mais por meio da seringa), começou a ganhar peso e aumentar sua reserva energética.

Após orientar e incentivar os filhos para que perguntassem à mãe o que ela gostaria de comer, qual era a sua vontade, a paciente disse que queria comer Torta Capixaba, um prato típico do ES na época da Páscoa. Essa ação, fez com que os filhos se reunissem com o motivo de fazer o prato desejado pela Sr^a E, possibilitando uma maior união entre eles.

17º Atendimento

Dia 06-agosto-2010 (sexta-feira)

Paciente em BEG, apresentando grande evolução no quadro motor e cognitivo, com diminuição do edema nos pés.

PA: 120 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo nos músculos dos MMII e dos MMSS;
3. Mobilização ativa-assistida em MMII e MMSS;
4. Exercícios resistidos manuais em MMSS e MMII com o objetivo de melhorar a força muscular;
5. Orientações aos filhos que fizessem algumas perguntas à paciente, sobre o que ela gostaria de fazer, o que ele tinha vontade de fazer;

Registro da Pesquisadora:

Ao chegar para atendê-la, a paciente já reconheceu a terapeuta, expressando um sorriso e demonstrando entender o motivo da “visita”. Nesta data, a empresa contratante da fisioterapeuta, informou que, por questões burocráticas e financeiras os atendimentos à Sr^a. E. teriam que ser encerrados. Por este motivo, a fisioterapeuta informou a família sobre o fato, enfatizando que restariam mais 5 atendimentos e que daquele momento até o seu término, teria como objetivo reforçar as orientações dadas até então, deixando-as registradas por escrito

18º Atendimento

Dia 09-agosto-2010 (segunda-feira)

Paciente em BEG, motivada, receptiva à realização dos exercícios e com melhora da força muscular.

PA: 110 x 70 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Condutas:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo nos músculos dos MMII e nos MMSS;
3. Mobilização ativa-assistida em MMII e MMSS;
4. Exercícios resistidos manuais em MMSS e MMII com o objetivo de melhorar a força muscular;

Registro da Pesquisadora:

Uma das filhas da paciente, disse que depois de vários questionamentos à Srª E., sobre o que ela gostaria de fazer, a paciente expressou interesse em passear de carro pela cidade, “dar uma volta”. Tal desejo pôde ser incluído nos atendimentos, no sentido de motivar a paciente na realização das condutas fisioterapêuticas, uma vez que conseguindo realizar os exercícios, teria maiores chances de ter seu desejo concretizado, pois ela melhorando, os filhos teriam mais segurança em levá-la para passear.

19º Atendimento

Dia 11-agosto-2010 (quarta-feira)

Conforme as orientações dadas na última terapia, a paciente não estava no quarto, e sim sentada na cadeira de rodas na sala da casa.

PA: 120 x 80 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Hidratação da pele;
2. Alongamento passivo nos músculos dos MMII e dos MMSS;
3. Mobilização ativa-assistida em MMII e MMSS;

4. Exercícios resistidos manuais em MMSS e MMII com o objetivo de melhorar a força muscular;
5. Exercícios respiratórios para melhorar a expansão pulmonar;
6. Orientações aos filhos quanto ao posicionamento adequado dos MMII para favorecer a drenagem e o retorno venoso, evitando assim que os joelhos e pés edemaciem;
7. Orientações aos cuidadores quanto ao posicionamento da paciente no leito, ou seja, deixar a cabeceira da cama elevada a aproximadamente 45°, com o objetivo de facilitar a expansão pulmonar, prevenindo possíveis complicações,

20º Atendimento

Dia 13-agosto-2010 (sexta-feira)

Paciente em BEG e comunicando-se com a terapeuta.

PA: 120 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

- Mantidas todas as condutas dos atendimentos anteriores, sendo que as condutas 1, 3, 5, 6 e 7 foram realizadas com a presença dos cuidadores, com o objetivo de aprenderem a maneira de fazê-las, já que poderão ser feitas na ausência da terapeuta, além de serem registrados todos os procedimentos necessários durante a execução das mesmas.

21º Atendimento

Dia 16-agosto-2010 (segunda-feira)

Com a supervisão da filha, a paciente conseguiu se alimentar sozinha e permaneceu sentada na cadeira de rodas durante o período da refeição.

PA: 110 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Mantidas conforme atendimento anterior, entretanto desta vez os próprios cuidadores realizaram os procedimentos sob orientação da

fisioterapeuta, a fim de verificar se eles entenderam corretamente o que foi orientado.

22º Atendimento

Dia 18-agosto-2010 (quarta-feira)

Como avisado anteriormente à família, este seria o último dia de atendimento fisioterapêutico à Srª E.

PA: 120 x 60 mmHG

AP: MV ↓ em AHT sem RA.

Conduta:

1. Foram dadas as últimas explicações sobre a realização dos exercícios, das transferências, e esclarecidas as possíveis questões.
2. A terapeuta se colocou à disposição para futuros contatos, caso apareça alguma dúvida.

A seguir no quadro 3 foram descritos os objetivos propostos no tratamento fisioterapêutico e os seus respectivos resultados, ao final dos 22 atendimentos.

Objetivos	Resultados
1-diminuir as dores nos joelhos;	-as dores no joelho tiveram uma melhora significativa, sendo que ao final dos 22 atendimentos a paciente não referia mais dor;
2-diminuir os edemas em membros inferiores, na região dos joelhos e nos pés;	-houve uma pequena melhora, entretanto este fato estava muito condicionado a mudança de posição que os cuidadores proporcionavam a paciente, então se eles conseguissem transferi-la de posição a cada 2 horas, isto fazia com que os joelhos e pés não edemaciassem,

	pois não permaneciam por muito tempo sem movimento;
3-aumentar a força muscular em MMSS e MMII;	-pelo fato da Srª E estar se alimentando melhor possibilitou-se a inserção de exercícios para ganho de força muscular, mas como foram poucos atendimentos em que esta conduta foi realizada, a melhora no fortalecimento não foi tão significativa, entretanto por menor que tenha sido o ganho na terapia, a paciente foi capaz de ajudar nas transferências, não se cansando tanto durante estas atividades.
4-melhorar as transferências da paciente no leito;	-a motivação e o empenho da Srª E foi crescendo ao longo dos atendimentos, um dos possíveis motivos, foi o fato da paciente ter maior confiança na terapeuta, o que fez com que ela respondesse melhor aos comandos verbais e solicitações, tanto dos cuidadores quanto da terapeuta. Isso ajudou muito nas transferências, ou seja, passar a paciente da cama para cadeira de rodas, nos momentos do banho, na volta para cadeira e até a permanência na mesma posição.
5-melhorar a hidratação da pele; uma pele pouco hidratada	-como as hidratações da pele foram feitas em todos atendimentos e os filhos realizavam esta conduta diariamente, a pele da paciente apresentou melhora considerável.

6-ajudar na melhoria da úlcera de decúbito (escara) na região sacral;	-os cuidadores eram muito atenciosos, então após receberem as orientações da enfermeira sobre os cuidados com a úlcera de decúbito na região sacral, fizeram exatamente como foi orientado e a ferida foi tratada.
7-melhorar a amplitude de movimento (ADM) nas articulações e a flexibilidade muscular em MMSS e principalmente em MMII;	-devido ao fato da paciente ter 93 anos e apresentar muito encurtamento muscular e rigidez articular, comprometimentos crônicos, pouco se conseguiu melhorar a amplitude de movimento e a flexibilidade muscular.
8-aumentar a expansão pulmonar;	-com os exercícios respiratórios e o melhor posicionamento da paciente no leito (cabeceira elevada a 45°) conseguiu-se melhorar a expansão pulmonar.
9-evitar episódios de engasgo; (prevenir a bronco aspiração)	-durante as refeições nunca ocorreu nenhum episódio de engasgo.
10-pesquisar alternativas para melhorar a satisfação alimentar; pedir orientações para o profissional fonoaudiólogo e nutricionista;	-a satisfação alimentar da paciente foi resgatada, o que é comprovado pelo fato da paciente ter resgatado seus desejos quanto a alimentação.
11-melhorar o controle de tronco sentado;	-não houve alteração neste item.
12-estimulação verbal e cognitiva; -inserir a paciente no convívio social, junto a família;	-Este foi um dos aspectos que mais obtivemos sucesso, a paciente ao final dos 22 atendimentos voltou a fazer parte do convívio familiar, pelo

	fato de estar mais atenta e interagir com os familiares, participava das reuniões e os filhos faziam questão de incluí-la nas reuniões com a família pois tinham compreendido a importância disto para incentivar e fortalecer cada vez mais a sua condição de sujeito desejante.
--	---

Quadro 3: Objetivos e resultados atingidos nos atendimentos
Fonte: (AUTOR, 2011)

4.3.2 Discussão dos atendimentos sob a ótica da fisioterapia gerontológica.

NÃO SEI...

Não sei ... se a vida é curta...

Não sei...

Não sei...

*se a vida é curta
ou longa demais para nós.*

*Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.*

Cora Coralina

Seguem algumas considerações importantes sobre a Fisioterapia Gerontológica:

1. A fisioterapia gerontológica não é, simplesmente, a fisioterapia realizada em um paciente mais velho (pessoa acima de 60 anos) e que apresenta algumas complicações e comprometimentos em decorrência da idade;
2. No olhar da fisioterapia gerontológica, o envelhecimento populacional pode ser definido como o aumento do número de pessoas que inspiram cuidados de saúde e não apenas de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, estão doentes ou são mais frágeis (conceito de velhice = doença/fragilidade); pessoas que necessitam de uma atenção maior na manutenção da capacidade funcional, tarefa complexa que está vinculada com conquistas sociais;
3. A fisioterapia gerontológica tem uma abordagem integral e humanizada do idoso, enfocando as particularidades do processo do envelhecimento, mas valorizando sua singularidade. Esta abordagem integral é feita por meio de uma anamnese minuciosa e de uma avaliação detalhada em que o fisioterapeuta inspeciona e avalia os sistemas do paciente de uma forma integral, não se esquecendo de que se trata de uma pessoa idosa que apresenta particularidades do processo de envelhecimento.

Estas considerações foram observadas logo no 1º atendimento, quando utilizou-se a avaliação fisiogerontológica (anexo C, página 118), ou seja, uma avaliação contendo uma anamnese detalhada, questionando sobre a história de vida, as relações sociais, familiares e com os cuidadores, verificação do acesso à rede de suporte social, atividades de lazer, hábitos, entre outros fatores. Após a anamnese inicial foi realizada uma avaliação que perpassou por todos os sistemas.

A proposta da avaliação fisiogerontológica vai ao encontro de Netto (2006) para quem a gerontologia envolve o estudo do idoso em todos os seus aspectos – físicos, biológicos, psíquicos e sociais.

A abordagem integral consiste em ver o paciente como um ser bio-psico-social, ou seja, é um ser biológico, psíquico e que interage socialmente. Só que no contexto da gerontologia trata-se de pessoas idosas, que apresentam alterações normais e patológicas decorrentes do processo de envelhecimento, não esquecendo que este envelhecimento é subjetivo e singular.

Estes fatores foram considerados em todos os atendimentos no momento de realizar os exercícios, observando os comprometimentos da paciente: uma pessoa idosa, de 94 anos, do sexo feminino, com uma rigidez articular, encurtamentos musculares, dores nos joelhos, além de toda sua história de vida, já foi mencionada anteriormente. Enfim, a abordagem precisou ser cuidadosa e sensível, pois considerou os aspectos subjetivos da paciente. Vale retomar as reflexões de Mucida (2004; p.16), quando lembra que *“cada um envelhece de seu próprio modo. Como um quadro, a velhice depende das mãos de seu pintor, da escolha das tintas, do desenho a ser delineado por um olhar que escapa [...]”*.

Esta postura é antagônica quando um profissional chega para atender um paciente apenas considerando que ele é do sexo feminino, tem artrose em joelhos e possui 93 anos.

Outro aspecto a ser lembrado foi quando em determinados atendimentos foi necessária, uma visão generalista, ou seja, olhar o paciente além dos comprometimentos fisiofuncionais (considerando a questão da alimentação, por exemplo). Especificamente no atendimento de número 11, foram dadas orientações que não faziam, aparentemente, parte do arsenal de conhecimentos relacionados à fisioterapia, mas faziam parte dos conhecimentos da ciência gerontologia. Tais orientações foram fundamentais para a evolução do paciente, as quais contribuíram de alguma forma para um melhor aproveitamento durante os atendimentos.

Esta orientação quanto à alimentação foi relatada pela filha da Sr^a E, uma das cuidadoras da paciente, quando perguntado a ela sobre quais

mudanças percebeu na vida da Sr^a. E., por conta dos atendimentos fisiogerontológicos, ela relatou: *“agora, ela come melhor e se alimenta bem”*.

Essa abordagem do todo, considerando todos os sistemas, corrobora com os achados de Netto (2006), quando afirma que o profissional com especialização em gerontologia deve ter um conhecimento amplo; conhecimento necessário tanto para atender ao paciente, como para interagir com a equipe de profissionais. Mesmo nos casos em que os pacientes não tenham condições de o tratamento ser realizado por diversos profissionais²¹, cabe ao fisioterapeuta ter uma abordagem integral do mesmo.

4. Sob a ótica da fisioterapia gerontológica o paciente é visto como sujeito de uma história de vida e não apenas como um “objeto” portador de doenças próprias do envelhecimento;

O fato de a fisioterapia gerontológica abordar o paciente como sujeito foi verificado em vários momentos durante os 22 atendimentos.

Um deles foi quando os cuidadores eram orientados a incentivar a Sr^a E, tentando resgatar o que ela gostava, o que tinha vontade de comer, de fazer, enfim tentando resgatar sua vontade.

Importante destacar o atendimento 16; nele, depois que a Sr^a E passou a comer com a colher e os filhos sempre perguntando sobre o que ela sentia vontade de comer, felizmente a paciente explicitou o desejo de saborear uma torta muito tradicional no estado do Espírito Santo, a Torta Capixaba, comida típica da época da Páscoa. Os filhos se juntaram para preparar e relataram que ela saboreou como há meses não viam.

Esse “resgate da vontade” também foi demonstrado em outro atendimento, o de número 18, em que a filha relatou que a Sr^a E expressou vontade em “dar uma volta”, ou seja, sair com os filhos. Sabendo disto, esta vontade se tornou um objetivo/ meta/ projeto a ser alcançado, sendo lembrado a cada atendimento, pois assim a Sr^a. E passou a ver um sentido maior nas condutas realizadas na fisioterapia.

²¹ Situa-se aqui problemas de ordem financeira, por exemplo.

O fato de a Sr^a E ter conseguido de alguma forma expressar sua vontade nos remete tanto a Paulo Freire, quando afirma que só há vida quando existem projetos, como às afirmações de Almeida (2005) quando escreve que os projetos dependem da plena constituição de sujeitos. Ou seja, quando a paciente passou a ter um objetivo, um sentido em sua vida, foi nítida a percepção do aumento da sua motivação, foi como se ela estivesse renascendo.

Por readquirir um sentido de vida, o aumento da motivação da Sr^a E é corroborado com as colocações de Freire e Resende (2001), que definem sentido da vida como um sistema cognitivo construído e dirigido pelos valores do indivíduo, que os utiliza para interpretar e avaliar suas experiências de vida, conferindo-lhe satisfação. Ter um sentido na vida significa ter propósitos e esforçar-se para atingir uma ou mais metas, também ajuda a superar as crises e as perdas ao longo da vida, ao passo que a falta de sentido na vida está associada a sintomas de vazio existencial, podendo desencadear problemas como sintomas depressivos, depressão, alcoolismo, ansiedade e baixa autoestima.

Outra conduta que também favorece o resgate do paciente enquanto sujeito, e que foi orientada aos cuidadores, foi incentivar a Sr^a E a contar suas histórias e lembrar de fatos do passado. Isto porque, segundo Mucida (2004), ao recordar e recontar os passos vividos o idoso tenta atualizar o que já foi, um passado em que ele foi sujeito de sua história, protagonista da sua vida, ou seja, foi o principal personagem, no teatro da vida.

Ainda para a autora acima citada, esse movimento do idoso no sentido de reconhecer-se como contador de sua história é fundamental para sua vida e para se fortalecer ante uma cultura que tende a despojá-lo de sua posição de sujeito desejante.

Isso foi percebido na Sr^a E; ao contar alguns fatos do seu passado, ela era a protagonista da sua história, relembrou como foi ativa, como conseguiu fazer muitas coisas e de certa forma isto a ajudou a melhorar sua autoestima.

Independente da idade cronológica, mesmo a pessoa tendo 94 anos, como foi o caso da Sr^a E., o sujeito que deixa de desejar, de sonhar, de ter

objetivos de vida, envelhece, pois vale lembrar que a velhice é um estado de espírito, nada tem a ver com a idade cronológica.

Outra consideração importante em relação a ver o paciente como sujeito, é o fato de não olhá-lo como objeto de doenças e nem como um doente. Destaca-se portanto, o filme *O Escafandro e a Borboleta* que relata o caso real de Jean-Dominique Bauby, 43 anos, ex-editor da revista Elle. Em decorrência de um acidente de carro, o ator teve um acidente vascular encefálico muito grave, o qual resultou em sequelas irreversíveis, como a tetraplegia e a afasia. Por conta disto, ficou em coma durante vinte dias e ao acordar, lúcido, foi diagnosticada a síndrome de lock-in ou do encarceramento. Este estado de encarceramento se caracteriza pela consciência preservada, com todas as faculdades mentais (memória, raciocínio e os sentidos íntegros); entretanto, todo corpo está paralisado, sendo que a única forma de comunicação se dá por meio de movimentos palpebrais ou oculares²². Daí a metáfora que dá nome ao livro *O Escafandro e a Borboleta*.

Sendo esta a sua única forma de comunicação, o paciente aprende a se comunicar piscando as letras do alfabeto para formar palavras, frases e parágrafos. Desta forma consegue ditar um livro inteiro²³.

Este filme, originado do livro, é um grande exemplo de superação em que mesmo aprisionado dentro do próprio corpo (aos moldes de um escafandro), Jean consegue superar-se.

Além deste exemplo dado por Jean (paciente), o filme retrata passagens da sua vida; mostra a sua relação com os profissionais da saúde, ora tratando-o como sujeito, ou seja, perguntando como ele está e se está precisando de alguma coisa, ora tratando-o como se fosse um doente, inválido, incapaz, como se não estivesse ali: apenas um corpo paralisado!

O interessante deste caso, é que o filme é contado por Jean. Ao longo de sua trajetória, vai relatando o que sentia quando as pessoas não o “enxergavam” ou ignoravam sua presença. Em uma das cenas, o paciente estava no quarto acordado e com a televisão ligada, quando chega uma das

²² Movimentos utilizados, no caso relatado, para a comunicação do paciente com o mundo.

²³ Ed. Martins Fontes, 142 páginas, tradução de Ivone Castilho Benedetti.

enfermeiras e desliga a televisão sem ao menos perguntar se ele gostaria ou não de continuar assistindo.

Ressalta-se, neste exemplo, que às vezes não é porque o paciente não tem uma comunicação oral, clara, que ele não está ali, percebendo tudo que acontece em sua volta, sentindo em alguns casos um menosprezo e preconceito. Pelo contrário, ele está muito presente e atento; basta à pessoa, independente do papel desempenhado - seja um familiar, cuidador, um profissional da saúde, entre outros - ter tolerância, respeito, calma e estar disponível para ajudar.

Foi o que ocorria nos primeiros atendimentos com a Sr^a. E. Mesmo sem saber o quanto ela compreendia o que era falado, a terapeuta, sempre orientava para que os cuidadores falassem com a paciente. Não era possível saber exatamente o que havia ocorrido, mas desde o falecimento de um cunhado muito querido, a Sr^a E deixou de falar e, com o tempo, a família foi se desestimulando de incentivá-la. Pouco dirigiam a palavra à ela, a qual passava a maior parte do tempo sozinha em um quarto escuro e fechado.

Para melhorar a interação da paciente com os filhos e sua orientação espaço-temporal, orientou-se que eles falassem: “*Bom dia...., Hoje é dia XX, do mês de XX, uma (dia da semana). São (tantas horas), do (tal)*”, “*estamos na cidade de Cachoeiro de Itapemirim*”, “*Estado do Espírito Santo*”, entre outras informações, bem como atualizá-la sobre outros familiares, sobre o cotidiano, etc. Tudo isto com o objetivo de melhorar sua atenção, estimular sua memória e, enfim, estimular para que retomasse o interesse pela vida.

Na entrevista realizada com uma das cuidadoras da Sr^a E foi interessante observar as considerações feitas por ela referentes à pergunta 2 (A senhora consegue identificar se ocorreram mudanças na vida da paciente após o início do tratamento? Em caso afirmativo, quais foram essas mudanças?)

A entrevistada), filha da paciente, relatou que conseguiu identificar mudanças na vida da mãe, e disse: “*Ela ficou mais esperta, alegre, sorridente. A gente chegava e ela sorria, não estava tão neutra, tão apática*”.

Estas falas testemunham que de fato ocorreram mudanças no comportamento da paciente; ela se tornou mais ativa, interagindo com os familiares, amigos e vizinhos.

Ainda no aspecto da fisioterapia gerontológica ver o sujeito e não apenas um “objeto” portador de doenças do envelhecimento, importante destacar o atendimento de número 13, em que o fato da Sr^a. E estar mais disposta e saindo do quarto, fez com que os cuidadores fossem orientados a vestir a paciente com uma roupa que não fosse o pijama. Isto porque ficar um dia inteiro de pijama ou camisola pode denotar um estado de doença ou fragilidade, como se a qualquer momento a pessoa pudesse voltar para cama, o que não era o caso da paciente.

Segundo as filhas, esta experiência foi bem interessante pois fez com que aos poucos a Sr^a. E passasse a escolher o que gostaria de vestir. Reforçando assim, mais uma vez, a questão do resgate do sujeito desejante.

5. A abordagem fisiogerontológica considera o paciente como protagonista de uma história de vida e não vítima dela;

Este aspecto pode ser verificado, por exemplo, conforme citado anteriormente, no momento em que o idoso se descobre como contador das suas histórias, pois é um momento em que ele tem a oportunidade de revelar suas conquistas e realizações, de mostrar quem foi e os diferentes papéis sociais que assumiu no passado.

Entretanto, em alguns casos, não é nos primeiros momentos que o paciente se sente a vontade para falar de si e da sua história, pois ainda não foi estabelecido o vínculo de confiança entre ele e o terapeuta e caberá ao profissional ter a sensibilidade de olhar para o paciente com as seguintes indagações:

- Quem será que foi esta pessoa?
- O que fez durante a vida?
- Por que está nesta situação hoje?

- Refletir: o paciente é mais do que aquele corpo, ele tem vontades, desejos.
- Nem sempre foi assim, passivo, “paciente”, em algum momento já foi ativo.
- O que eu, enquanto fisioterapeuta posso fazer para ajudá-lo?
- Como posso contribuir para que ele resgate seus objetivos de vida?

Mesmo estabelecendo uma relação de confiança entre o paciente e o terapeuta, características intrínsecas como a timidez, acanhamento, introspecção ou até mesmo dificuldade em se comunicar (como foi o caso da Sr^a E), podem fazer com que o paciente não consiga falar. Neste caso, o profissional terá que obter mais informações com o cuidador ou familiar mais próximo. O que confirma afirmações de Karsch (2008) quando escreve que o cuidador principal é aquele que mais conhece o idoso; é aquele que sabe sobre sua história de vida, quem conhece as coisas que o alegra e entristece e sem dúvida, é ele o melhor e mais eficiente informante sobre o paciente.

6. O profissional fisioterapeuta deve ter uma escuta atenta e interessada; não simplesmente ouvir o paciente, como um item a ser preenchido na avaliação inicial, mas escutá-lo interessadamente, objetivando buscar informações para melhor entender o paciente de forma global e, com isto, pesquisar os recursos fisioterapêuticos mais adequados ao momento.

Tanto no caso da Sr^a E, quanto no do rapaz do filme *O Escafandro e a Borboleta*, os pacientes não falavam, o que pode dificultar a escuta do fisioterapeuta, que neste caso precisa fazer uma leitura corporal, ou seja, mais uma vez, ter a sensibilidade para perceber, quais sinais o paciente está demonstrando, o que ele quer “dizer”?

Foi o caso da Sr^a E., que apesar de não falar, “dizia” pelo seu olhar. Era possível perceber se a paciente estava prestando atenção no que a terapeuta fazia, se a Sr^a E sentia dor, se estava gostando ou não do

tratamento. Foi visível a mudança na interação paciente e terapeuta, com a evolução dos atendimentos, a paciente começou a demonstrar sua satisfação na chegada da terapeuta, expressando um sorriso, ao recebê-la.

Outro exemplo é quando os fisioterapeutas se deparam com um paciente com pouca mobilidade, um corpo mais restrito ao leito, que mesmo que o paciente queira, ele não consegue se movimentar.

De acordo com Bio (1999), o corpo sem movimento, ou em alguns casos paralisado, é um corpo com limitações, não é um corpo sem possibilidades, mas com opções diminuídas.

Mas nem sempre o fisioterapeuta conseguirá restabelecer o movimento do paciente. No caso da Sr^a E, uma paciente idosa, com 94 anos e que, de acordo com a filha, nunca tinha realizado um tratamento fisioterapêutico, não foi possível restabelecer por completo seus movimentos; ou seja, ao final dos 22 atendimentos ainda não tinha sido possível fazer com que ela sentasse sozinha, sem apoio de tronco e nem que ela estendesse os MMII, pois possuía encurtamentos musculares e rigidez articular, cronicificados.

Em muitos casos, esta será a realidade do fisioterapeuta que trabalha com idosos incluídos, por vezes, na quarta idade, e que chegam à fisioterapia com muitos comprometimentos. Mas nem por isto o fisioterapeuta deve desistir ou desanimar; a família, o cuidador e até o paciente em determinado momento podem ter fases de recaída e desânimo, mas o fisioterapeuta, não. Se ele tiver como foco o resgate do sujeito, mesmo que não consiga uma grande evolução em alongar ou fortalecer um músculo, o que importa é o fisioterapeuta tentar ver na sua frente uma pessoa, que consiga interagir melhor com as outras, que consiga sorrir, como foi o caso da Sr^a E, e até ter a possibilidade de sonhar, de ter novas metas e objetivos de vida.

Interessante observar as respostas que a cuidadora, Sr^a A, deu na entrevista feita ao final dos 22 atendimentos realizados, ao ser indagada se “A paciente já tinha realizado tratamento fisioterapêutico antes? Em caso afirmativo, o senhor (a) consegue identificar alguma(s) diferença(s) deste tratamento para o(s) tratamento(s) anterior(s)?”.

A filha respondeu que a sua mãe, a Sr^a. E, não tinha feito nenhum tratamento fisioterapêutico antes, mas quando questionada se ela tinha observado alguma melhora, a Sr^a. A respondeu que o tratamento foi muito bom, que ela recomendaria e que ela passou a acreditar no trabalho da fisioterapia. Mesmo sabendo que a paciente foi atendida estando em uma idade avançada e com muitos comprometimentos ela disse que ficou surpresa, pois não esperava que a fisioterapia pudesse proporcionar tantos benefícios.

Estas considerações da cuidadora vêm ao encontro da discussão anterior, confirmando que mesmo atendendo um paciente idoso, em idade avançada e com muitos comprometimentos, sempre é possível fazer alguma coisa para melhorar sua qualidade de vida.

7. Por meio da escuta fisiogerontológica, deve ser um profissional que busca ajudar o paciente a estabelecer um sentido entre os exercícios propostos na fisioterapia e as suas atividades cotidianas, além de ajudar no resgate dos objetivos de vida e na construção de novos projetos de vida.

O objetivo central é que o sujeito idoso se sinta motivado para realizar o que é proposto, ou seja, o paciente precisa ver um sentido no que ele está fazendo na fisioterapia, caso contrário, pode se sentir desmotivado e não se empenhar na evolução de seu tratamento, tendo como consequência importante um declínio funcional maior. A presença da motivação na realização das atividades contribui para que o sujeito se sinta melhor e mais disposto em pensar em novos projetos de vida.

Em se tratando dos atendimentos da Sr^a E, em todos os momentos antes de realizar os exercícios lhe era explicado o “por que” dos mesmos e qual a sua relação com o objetivo de diminuir sua dor nos joelhos e aumentar sua flexibilidade nos MMII e MMSS. Portanto, todo exercício realizado na fisioterapia era relacionado com alguma atividade prática e funcional que a paciente realizava com dificuldade, como por exemplo, fazendo tais exercícios seria facilitada a transferência da paciente da cama

para a cadeira de rodas. Usando o gelo como recurso terapêutico, minimizaria a dor nos joelhos e assim por diante. Mesmo que o paciente demonstre não entender o que esta sendo falado, é de extrema importância que o terapeuta explique os procedimentos e dirija a palavra ao paciente. No caso da Sr^a E fora explicado não só o porque da realização dos exercícios como também a importância em sair da cama, tomar um sol no quintal, entre outras atividades propostas durante os 22 atendimentos.

Como mencionado anteriormente (item d), quando no atendimento 18 a Sr^a E relatou querer “dar uma volta”, o fato de esta vontade assumir a condição de um objetivo a ser atingido na fisioterapia fez com que, de alguma forma, fosse priorizado auxiliar a paciente a resgatar sua motivação e quem sabe até pensar em novos projetos na vida, melhorando assim sua qualidade de vida.

Isso confirma as reflexões de Freire (2005) sobre o fato de que empenhar-se no alcance de objetivos na vida significa um bom indicador de qualidade de vida na velhice.

8. Através da abordagem gerontológica, o fisioterapeuta assume, muitas vezes, o papel de educador; deve ter paciência e calma para ensinar ao paciente e cuidadores os novos exercícios e orientar sempre que possível.

A importância do cuidador como um parceiro do fisioterapeuta é fundamental para a melhora do paciente. Nos atendimentos realizados na Sr^a E, os cuidadores estiveram muito presentes; e a todos foram dadas orientações.

Estas observações corroboram Karsch (2008) quando relata que o cuidador principal pode ser um grande parceiro do profissional da saúde. Por tudo isto, ele deve ser muito bem orientado, já que em caso de emergência será ele que cuidará e prestará assistência ao idoso.

É possível considerar que o sucesso dos atendimentos se deve à parceria entre a fisioterapia e os cuidadores; eles sempre estavam prontos para ajudar, disponíveis, empenhados em aprender o que era ensinado. Foi

muito gratificante quando, ao perguntar à filha (Sr^a A), sobre “Qual a importância que o tratamento fisioterapêutico apresentou na vida da paciente?” a filha respondeu: “a grande importância foram as orientações dadas aos familiares e cuidadores, o papel do cuidador é levantar a autoestima do doente; isto é que vai melhorando o paciente. A presença, carinho, cuidados vão resultando em dias mais felizes. É muito importante a presença de carinho”.

No caso, específico da fisioterapia, a atuação do cuidador é ainda mais importante; se o fisioterapeuta explicar alguns exercícios e orientar algumas técnicas que o cuidador pode utilizar no paciente, este pode ter uma melhora ainda maior.

A título de exemplificação, em um dos atendimentos à Sr^a E os cuidadores foram orientados para que, caso ela viesse a apresentar tosse, eles realizassem uma técnica da fisioterapia respiratória chamada de tapotagem. Trata-se de uma técnica que, quando bem executada, ajuda o paciente a eliminar a secreção pulmonar e respirar melhor. Foi exatamente o que ocorreu, depois de várias sessões explicando sobre a técnica e os próprios cuidadores treinando para que a terapeuta verifica-se se estavam realizando da forma correta, eles conseguiram aprender e em algumas noites, quando a paciente não sentia bem, eles mesmos aplicavam a tapotagem.

Mas para que este aprendizado seja efetivo, cabe lembrar que “*ensinar não é transferir conhecimento...* (Freire; 2009:47)”. A prática de uma pessoa é teoria para aquela que a ouve; assim, para que haja um aprendizado - neste caso, do cuidador - o profissional deve estar muito atento para ver se ele realmente entendeu o que foi explicado. Para confirmar a aprendizagem, o cuidador deve demonstrar ao profissional que ele compreendeu; só assim ele terá a certeza se o que ele aprendeu está correto e vai contribuir para a melhora do paciente.

Outro exemplo, ainda sobre os atendimentos da Sr^a E foi quando os cuidadores aprenderam sobre o modo de transferir a paciente da cama para a cadeira de rodas e vice-versa; aos poucos, salientou-se a importância da realização de transferências corretas, tanto para o benefício da paciente,

como dos próprios cuidadores que, no início, queixaram-se de dores na região lombar e nos ombros. Após algumas tentativas, eles conseguiram realizar da maneira correta, minorando as dores nas “costas” e nos ombros.

Segundo Freire (2009), no que tange à aprendizagem das pessoas, *“mudar é difícil, mas é possível”* (p. 79). Faço minhas as palavras dele, pois vejo que a aquisição de determinado hábito, seja ele bom ou ruim, faz com que a pessoa incorpore em seu cotidiano algumas atitudes que acabam replicando o que aprenderam até mesmo sem refletir “como”. No caso dos cuidadores da Sr^a E não foi diferente. Tinham alguns hábitos que julgavam certos até saberem que nem todos faziam bem para a paciente. Um hábito que tinham era, após a rotina matinal (banho e o café da manhã), escureciam todo quarto. Fechavam a janela, impedindo que qualquer claridade do dia entrasse, pois acreditavam que assim a Sr.^a E poderia descansar melhor. Apesar das boas intenções foi explicado, já no primeiro contato, no dia da avaliação, que se eles mantivessem o quarto sempre escuro iria prejudicar cada vez mais a orientação temporal da paciente. Ou seja, ela não receberia informações sobre o dia da semana, o mês vigente e o ano em que estava. Soma-se a isto o fato de ter sempre a percepção da noite, pois o quarto permanecia escuro a maior parte do tempo. Agravando ainda mais sua noção temporal e prejudicando igualmente sua cognição e memória. Não se sentindo estimulada, ia ficando cada vez mais distante da realidade.

Atuando como educador, o fisioterapeuta, além de saber que no momento em que ele orienta o cuidador ele não está transferindo seu conhecimento, deve lembrar que mudar determinados hábitos pode não ser tão simples; não deve se esquecer de “escutar” o cuidador, de saber sua opinião sobre que está sendo falado. Enfim, de saber um pouco sobre sua realidade, se as orientações fazem sentido para suas rotinas diárias e para com o paciente. Para tanto, precisa-se de muita calma, benevolência e tolerância com as dificuldades do cuidador; tentar ser o mais assistencial possível, procurando ajudar da melhor forma e estando disponível para fazer o que for possível no momento.

Ao escrever estas palavras reafirmo as reflexões de Cora Coralina, na epígrafe deste subitem, quando escreve:

[...] muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo: é o que dá sentido à vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na prática da fisioterapia gerontológica foram significativos, apesar de pontuais. Foram obtidos: diminuição da dor no joelho, aumento na mobilidade da paciente, o que facilitou aos cuidadores transferi-la para fora da cama, além dos mesmos estarem melhor orientados ao final dos 22 atendimentos, dentre outros objetivos atingidos, os quais já foram descritos ao final da análise dos atendimentos.

Antes de iniciar o tratamento, a paciente só se expressava para denunciar a dor que sentia nos joelhos; ao final, após os atendimentos fisiogerontológicos, que tinham como objetivo tratar as queixas físicas da paciente, mas sempre utilizando uma abordagem humanizada e buscando resgatar o sujeito, a paciente foi, aos poucos, expressando suas vontades, mesmo sem uma comunicação verbal eficiente, mas o suficientemente clara, a ponto de os filhos entenderem o que ela gostaria de fazer nos mais variados momentos, como por exemplo, o que ela gostaria de comer, se queria ficar no quintal ou no quarto.

Apesar de os resultados não terem sido muitos, até porque a paciente tinha 94 anos e possuía comprometimentos crônicos, ocorreu o que poderíamos “intitular” de “renascimento do sujeito”. Assim, a paciente tornou-se “senhora dos seus desejos”, se re-apropriando da condição de ser “desejante”; condição tantas vezes negada aos idosos, mas que independe da idade cronológica, ou seja, o sujeito que deixa de desejar, de sonhar, de ter objetivos de vida, envelhece, pois a velhice é um estado de espírito, e nada tem a ver com a idade cronológica. A falta de vontade ou desejo não pode ser considerada normal em nenhum paciente, mesmo ele estando com uma idade avançada.

Com o resgate das suas vontades, a Sr^a E foi se tornando mais ativa e atenta, por meio do olhar, o que fez com que os filhos e netos criassem o hábito de todos os dias passarem no quarto da paciente e a incluí-la no convívio junto à família.

Apesar da literatura de estudo de caso impossibilitar generalizações, verifica-se, segundo Yin (2001), que as contribuições teóricas são passíveis de se generalizar; assim sendo, conforme salientado, destaca-se que, quando o fisioterapeuta se pauta pelos princípios da fisioterapia gerontológica, os resultados são muito satisfatórios, tanto nos aspectos físicos, como nos âmbitos social, psicológico e existencial.

Considero um grande desafio ter feito o embasamento da proposta da fisioterapia gerontológica por meio de um estudo de caso, tendo por sujeito uma paciente que possuía uma comunicação não verbal ou uma comunicação verbal pouco elaborada, além de ser acamada e dependente dos filhos.

Penso que seria menos complexo contextualizar a teoria fisiogerontológica em uma paciente mais ativa, que pudesse se comunicar melhor e que aos poucos, resgatando sua condição de sujeito, pudesse retomar seus objetivos de vida e as atividades que tinha se proposto a fazer no passado, porém, como os atendimentos da Sr^a E foram muito ricos em termos da aplicabilidade da gerontologia, aceitei o desafio de utilizá-los nesta dissertação.

Não foi fácil localizar, na literatura, autores sensíveis a uma proposta inovadora; entretanto, foi muito gratificante e compensador conseguir colocar no papel todas as ideias, ou pelo menos uma boa parte delas, as quais indagava e refletia sobre o que seria um atendimento fisiogerontológico e como demonstrar isto as pessoas e principalmente aos meus colegas fisioterapeutas?

Espero que através desta pesquisa tenha conseguido esclarecer as pessoas que tinham dúvidas sobre o assunto e para aquelas que não o conheciam, espero que tenha despertado a curiosidade em saber mais sobre a gerontologia. A partir de agora, cabe ao leitor, caso tenha interesse, fazer o mesmo com os atendimentos de seus pacientes, ou seja, a partir do entendimento da teoria proposta nesta dissertação sobre a fisioterapia gerontológica, aplicá-la na sua prática fisioterapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, V.L.V. Velhice e Projeto de Vida: possibilidades e desafios. In: **Velhice, Envelhecimento e Complexidade**. São Paulo: Vetor. 2005. p. 35-82

_____. Modernidade e Velhice. **Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIV, n. 75. São Paulo: Cortez, p 35-54, mar., 2003.

ARAÚJO, E.S.A. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica**. 2008. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo (USP).

BERG, K.O. *et al.* Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. **Can J Public Health**, v.83, n.2, 1992. p.7-11.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, v.52, n.1, 1994. p.1-7.

BEAUVOIR, S. A. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BIO, R.E.. Fisioterapia Psicossomática. **Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática**, São Paulo, ano 3, n. ½, 19-25p, 1999.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Revista História Ciência Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, jul.-set. 2009

CAMACHO, F. L. C. A. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, mar./abril 2002.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1986.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 31 (2), p. 184-200, 1997.

CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Disponível em <<http://www.virtual.epm.br/material/tis/currmed/temas/med5/med5t41999/vocabula/cid.htm>>. Acesso em: 2010

CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Disponível em

<<http://www.virtual.epm.br/material/tis/currmed/temas/med5/med5t21999/vocab/cid1.htm>> Acesso em: 2010

COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-Regional). Disponível em <<http://www.coffito.org.br/>> Acesso em: 2010.

CREFITO-8 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-Regional Paraná). Disponível em <<http://www.crefito8.org.br/>> Acesso em: 2010.

DEFINE, Danilo Vicente e FELTRIN, Maria Ignez Zanetti. **A Fisioterapia no Brasil. Atualização Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo: Pancast, Ano III, v.III, n. 4, Jul/Ago., 1986.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia Preventiva Fundamentos e Aplicações**. 1º ed.; São Paulo; Editora Manole, 2002.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M.. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2005; 8(2): 187-93

FOLSTEIN, M.F. *et al*. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, n.3, p.189-98, 1975.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 39ª Ed. (Coleção Leitura). São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, S. A. Metas Pessoais. In: NERI, A.L., org. **Palavras-chave em Gerontologia**. 2ª Ed. (Revisada e Ampliada). Campinas: Alínea, 2005.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. Sentido da Vida e Envelhecimento. In: NERI, A.L., org. **Maturidade e Velhice: Trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 2001.

FURKIM, A. M. . A Fonoterapia nas Disfagias Orofaríngeas Neurogênicas. In: Furkim, A M; Santini, C S;. (Org.). **Disfagias Orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, 1999, p. 229-258.

FREEMAN, A. S.; WHITE, J. R. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. Rio de Janeiro: Roca, 2003, p.03-296.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24 (Supl I), p. 3-6, 2002.

GASKELL, M. W. & BAUER, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis: Vozes, RJ. 2002.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap. 25, p. 204, 2002.

GOLDFARB, C. M. D. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21 (3), p. 200-210, 1987.

KARSCH, U.M. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. **Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIV, n. 75. São Paulo: Cortez Ed, p 103-113, mar., 2008.

KENDALL, F. P. **Músculos: provas e funções**. São Paulo: Manole, 1995.

KING, M.B.; TINETTI, M. E. Falls in community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 43, p. 1146-54 1995.

KURLOWICZ, L. The Geriatric Depression Scale (GDS). In: **Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing**; Number 4, may 1999. Series Editor: Meredith Wallace, PhD, RN, MSN, CN

LOCHE, L. Determinantes do Conteúdo da Proéxis: A Abordagem Sistêmica da Evolução. **Revista Conscientia**. Foz do Iguaçu, v. 11 (s 1), p. 3-17, fev, 2007.

LOPES, R.G.C. Saúde na Velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: Educ FAPESP, 2000.

MARROCHI, L.C.R.; GORZONI, M. L.; JÚNIOR, V. P. Constipação e Diarréia no Idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap. 47, p. 399-405, 2002.

MEC (Ministério da Educação e Cultura). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso em: 2010.

MERCADANTE, F. E. Velhice: a identidade estigmatizada. **Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIV, n. 75. São Paulo: Cortez, p 55-73, mar., 2008.

MERCADANTE, F. E. Velhice: uma questão complexa. In: CORTE, B., MERCADANTE, D. F. ARCURI, I. G. (Orgs). **Velhice Envelhecimento Complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 23-34.

MESSY, J. A Pessoa Idosa Não Existe. São Paulo: Editora Aleph, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

Ministério da Saúde - **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa - Saúde da Família** - Cadernos de Atenção Básica n. 19. Brasília,DF, 2006. Disponível em: http://www.unitau.br/scripts/2009/arquivos_medicina/envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf Acesso em: 2010

MIRANDA VENTURA e CAMPOS BOTTINO: Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: **Gerontologia**. Matheus Pappaléo Neto (org) São Paulo: Atheneu, 1996.

MONTEIRO, P. P. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. **Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIV, n. 75. São Paulo: Cortez, p. 143-152, mar., 2008.

MORIN, E. "Epistemologia da Complexidade". In: SCHNITMAN, D. F. (org.). **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

NERI, A.L., org. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. 6.ed. Campinas: Papirus, 2002.

NERI, A.L., org. **Maturidade e Velhice**. Campinas: Papirus, 2001.

NERI, A.L., org. **Palavras-chave em Gerontologia**. 2ª Ed. (Revisada e Ampliada). Campinas: Alínea, 2005.

NETO, M. R. L.; JUNIOR, A. S. **Depressão na Terceira Idade – Apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica**. São Paulo: Lemos, 1996.

NETTO, M.P.; YUASO, D.R. Interdisciplinaridade em Gerontologia: Aspectos Conceituais e Objetivos. In: NETTO, MP.. **Tratado de Gerontologia**. 2ª Ed. (Revisada e Ampliada). São Paulo: Atheneu, 2007.

NETTO, M.P. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

_____. Gerontologia como Disciplina e a Ciência do Envelhecimento. In: FREITAS, V. E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed., Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio- ano base 2008).Disponível em< <http://www.ibge.gov.br>> Acesso em:2009

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap. 8, p.80-84, 2002.

PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R.F.N.; FRANCO, R.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: NETTO, M.P. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, cap. 2, p. 19-34, 2006.

PERRACINI, M.; NAJAS, M.; BILTON, T. Conceitos e Princípios em Reabilitação Gerontológica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap. 98, p.814-819, 2002.

PETRINI, M. A. **O significado da aposentadoria e do programa de demissão voluntária para trabalhadores de uma empresa de grande porte da Cidade de Taubaté**. 2003. Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

PODSIADLO,D.;RICHARDSON,S. The Timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons”. **J Am Geriatr Soc**, v.39, n.2, p.142-8, 1991.

RAMOS, L. R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 21 (3), p. 211-24, 1987.

REBELATTO, J.R. e BOTOMÉ, S. P.. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2º ed., São Paulo: Manole, 1999.

ROPPER, A. H. Refined Romberg test. **Can J Neurol Sci**, 1985, v. 12, n.3, p.282.

SÁ, J.L.M.; A Formação de Recursos Humanos em Gerontologia: Fundamentos Epistemológicos e Conceituais. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap. 137, p. 1119-1124.

SAMPAIO et al. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**.v. 9, n. 2, 129-136, 2005.

SANCHEZ, Eugênio Lopez. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo. **Atualização Brasileira de Fisioterapia**. Ano II., v.I., N.º 03. Revista da R.S. Distribuidores, São Paulo, mai/jun., 1984.

SAWAIA, B. B. "Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos". In: **Novas Veredas da Psicologia Social**. SAWAIA, B. B. & LANE, S. T. M (orgs). São Paulo: Educ e Brasiliense, 1994.

SCHWARZ, L.R. **EnvelheSer- A busca do sentido da vida na terceira idade: um processo psicoterápico grupal breve de orientação junguiana**. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2009.

SILVA, C.C.R. **Efeitos de uma proposta de terapia em grupo sobre a qualidade de vida de idosos com sintomas depressivos em serviço de reabilitação gerontológica**. 2004. Monografia- Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de São Paulo.

PETRINI, M. A. **O significado da aposentadoria e do programa de demissão voluntária para trabalhadores de uma empresa de grande porte da Cidade de Taubaté**. 2003. Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol. 30, no.2, São Paulo, ag. 1996

VERAS, R. P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21 (3), p. 225-33, 1987.

_____. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIV, n. 75. São Paulo: Cortez, mar., 2008. p 5-17.

VIEIRA, E. B.; RAMOS, L. R. **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro:Revinter. 1996, p. 46-48.

VIEIRA, F.M.M.. História da Fisioterapia (notas de aula)- Faculdade de Fisioterapia, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO A – Roteiro de Entrevista com a Cuidadora

Título da Pesquisa: Fisioterapia Gerontológica: Uma Nova Perspectiva de Atuação da Fisioterapia no Idoso

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Cidade e Data: _____, _____/_____/_____

Início: _____/_____/_____ horas Término: _____/_____/_____ horas

Duração total em minutos: _____

Entrevistador: _____

Assinatura: _____

Parte I- Dados Pessoais de identificação do entrevistado

Nome completo: _____

Endereço: _____

Cidade/ Estado: _____

Sexo: _____

DN: _____/_____/_____ Idade em anos completos: _____

Naturalidade: _____

Grau de
escolaridade: _____

Estado civil/ situação conjugal atual (há quanto tempo?): _____

Com quem mora? _____

Profissão/ Ocupação/ (há quanto tempo?): _____

Atividades de lazer: _____

Religião/ religiosidade: _____

Prática de atividade física:

Parte II- Dados da entrevista aberta

Perguntas:

1- Qual a importância que o tratamento fisioterapêutico apresentou na vida da paciente?

2- O senhor(a) consegue identificar se ocorreram mudanças na vida da paciente após o início do tratamento? Em caso afirmativo, quais foram essas mudanças?

3- A paciente já tinha realizado tratamento fisioterapêutico antes? Em caso afirmativo, o senhor (a) consegue identificar alguma(s) diferença(s) deste tratamento para o(s) tratamento(s) anterior(s)?

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a)

Sr(a),

solicito o seu consentimento para participar de minha pesquisa pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), cujo tema é: **Uma Nova Perspectiva de Atuação da Fisioterapia no Idoso: a Fisioterapia Gerontológica ou Fisiogerontologia.**

Declaro que, todas as informações colhidas através dos atendimentos realizados na paciente, são absolutamente sigilosas e sua identificação será preservada na divulgação dos resultados da pesquisa. Sua participação é absolutamente voluntária.

Agradeço-lhe atenção e colaboração.

Pesquisadora: Cristina Cristovão Ribeiro da Silva

Cachoeiro de Itapemirim, ____/____/____.

Consentimento do

Entrevistado: _____

Anexo C – Avaliação Fisiogerontológica

Data da avaliação: _____

Terapeuta: Ft. Cristina Ribeiro

1) Identificação do Paciente

Nome: _____

Sexo: _ DN: _____ Idade: __ Estado conjugal: _____ Escolaridade: _____

-Diagnóstico

Médico: _____

-O paciente já realizou tratamento fisioterapêutico? Se sim, qual foi(s) o(s) motivo(s)? _____

Procedência (qual é a cidade de origem? Caso não esteja na cidade, o que o motivou a morar aqui? Está feliz com esta escolha?): _____

-Profissão/ situação atual: _____

Hábitos (desde o momento em que acorda até a noite): _____

-Participação na sociedade/ lazer: _____

-Relações familiares (com os pais, irmãos, filhos e netos): _____

2) Dados Clínicos

-Queixa Principal (uma das prioridades do tratamento): _____

-Dor (local e intensidade-nota de 0 a 10): _____

-Histórico clínico e funcional (neste item deve conter as informações que relacionam o histórico clínico do paciente com o histórico funcional. Ex: paciente deambula com um dispositivo de auxílio-muletas devido um AVC (acidente vascular cerebral) ocorrido há 5 anos.

-Exame(s)
complementar(s): _____

Medicamentos: _____

-Enfermidades associadas (diabetes, hipertensão, etc): _____

-Sinais vitais: PA _____ FR _____ FC _____

3) Avaliação dos sistemas

-Alimentação/deglutição

- () Há presença de carne, leite, verduras e legumes em sua dieta?
- () Sua dieta tem valor nutricional ideal?
- () Usa a quantidade ideal de sal e açúcar nos alimentos?
- () Tem queixas de engasgos e/ou tosse frequentes?

-Alimentação (hábitos alimentares, consistência do alimento) _____

-Sistema urinário

- () Elimina a quantidade de urina proporcional a que ingere de líquidos?
- () Vai logo ao banheiro quando tem vontade de urinar ou fica segurando?
- () Só lembra de tomar água quando está com sede?
- () Qual a frequência de evacuações?
- () Tem queixa de constipação intestinal (intestino preso)?
- () Necessita de auxílio de laxantes?

Obs: _____

-Sistema tegumentar

- () Costuma hidratar a pele, principalmente rosto, pescoço, colo e mãos?
- () Costuma ter edemas?
- () Faz uso de protetor solar?
- () Usa chapéu e óculos para se proteger da radiação solar?

Aspectos da pele (hidratação, edemas, hematomas, feridas, úlceras de decúbito): _____

-Sistema Visual

() Apresenta alguma dificuldade visual? Faz uso de lentes corretivas (óculos)?

-Sistema Vestibular

() Tem queixas de coceira, zumbido no ouvido, tonturas?
() Fica exposto a som alto?

-Equilíbrio

() Já sofreu queda ou quase queda?
() Percebe instabilidade postural?

-Equilíbrio (observar o equilíbrio sentado; alcance funcional- látero-lateral e antero-posterior e em pé-estratégias de equilíbrio): _____

-Aplicação de testes: Tinetti, Escala de Berg, Timed Get Up & Go e Teste de Romberg _____

-Marcha (observar a postura, comprimento do passo, estabilidade, deambula sozinho, com auxílio de bengala ou muleta, ou em cadeira de rodas): _____

-E serão necessárias adaptações ambientais?

-Sistema nervoso

Estado cognitivo

Dê uma nota de 0 a 10 para sua

() Memória;
() Atenção;
() Concentração.

-Aplicação do MEEM-Mini Exame do Estado Mental (escore-0 a 30): _____

-Aplicação do GDS (escore-0 a 30): _____

-Avaliação de sensibilidade da pele (avaliação exteroceptiva): _____

-Avaliação proprioceptiva _____

-Avaliação do tônus (normotonia, hipo ou hipertonia?) _____

-Sistema Osteomioarticular

Ossos/ Musculatura

- () Já fez o exame de densitometria óssea? Quando? _____
- () Já sofreu alguma luxação ou fratura?
- () Dê nota de 1 a 5 para sua força muscular.
- () Há presença de encurtamentos musculares?
- () Realiza alguma atividade física regular?

-Avaliação do trofismo e força muscular (grau de força muscular em MMSS e MMII, nota de 0 a 5-(Kendall, 1995): _____

Articulações

- () Há presença de dor, rigidez, crepitações?
- () Tem sensação de instabilidade articular?

-Avaliação da amplitude de movimento-ADM/ rigidez/ encurtamentos/ contratura: _____

Mobilidade/ Funcionalidade

-Estado funcional (dependência total, parcial ou independência nas AVDs e AIVDs), quais atividades estão preservadas?: _____

-Transferências (DD para DLD e DLE; DL para sentado; sentado para em pé): _____

Sistema cardiovascular / respiratório

- () Sente-se cansado ao realizar alguma atividade diária?
- () E no momento da relação sexual?
- () Fuma ou já fumou?

-Avaliação respiratória (padrão respiratório predominante, ausculta pulmonar e observar musculatura respiratória): _____

-Fatores de risco (queda, aspiração, úlcera de pressão, desidratação, desnutrição, imobilidade): _____

4-Cuidador (formal ou informal): _____

5-Impressões do terapeuta

-Em que condições o paciente foi encontrado na avaliação, quanto à higiene corporal e oral (pele, unhas e boca); e posicionamento no

leito? _____

-Quais foram às impressões quanto ao ambiente familiar, a relação paciente/cuidador, aspectos psicológicos do paciente?

6-Diagnóstico Fisioterapêutico (distúrbio da marcha, equilíbrio, AVDs, transferências, alteração postural, respiratória, quedas, etc): _____

7-Prognóstico Funcional (tempo da doença, gravidade, comprometimentos causados por ela, idade do paciente):

8-Potencial de Reabilitação (motivação do paciente para a melhora do quadro clínico, empenho em realizar a fisioterapia, situação financeira e apoio familiar):

9-Objetivos do Tratamento: _____

10-Conduas a serem realizadas: _____

11-Encaminhamento do paciente a outros profissionais?
Quais? _____
