

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Mário César da Silva Pereira

A RE(A)PRESENTAÇÃO DA VELHICE E CORPO NA UNIVERSIDADE

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SÃO PAULO

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Mário César da Silva Pereira

A RE(A)PRESENTAÇÃO DA VELHICE E CORPO NA UNIVERSIDADE

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais sob a orientação da Professora. Doutora Maria Helena Villas Boas Concone

SÃO PAULO

2015

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Ivone, pessoa batalhadora que possibilitou a execução não apenas desta tese, mas de todo um projeto de vida.

A minha esposa e sempre amada Regiane razão desta e de outras vidas.

A Orientadora Professora Dra. Maria Helena Villas Boas Concone pelo apoio nos momentos mais cruciais.

A CAPES pela possibilidade em alargar os horizontes não apenas do pesquisador, mas do sujeito.

A UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro Oeste pela possibilidade da realização profissional e deste trabalho.

A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e o Curso de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Ciências Sociais não apenas pela oferta, mas pelo compartilhamento do conhecimento

Aos sujeitos da pesquisa que determinaram sem o saber um questionamento sobre não apenas o momento, mas sobre as perspectivas.

Aos colegas de curso e de profissão facilitadores na busca do conhecimento.

Ao Envelhecer pois nele não reconheço ao outro me reconheço.

O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza,
porém nós extraviamos.

A cobiça envenenou a alma dos homens,
levantou no mundo as muralhas do ódio e
tem-nos feito marchar a passo de ganso para a miséria e os morticínios.

Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela.

A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria.

Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos;
nossa inteligência empedemidos e cruéis.

Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.

Mais do que máquinas, precisamos de humanidade,
mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura,
sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo estará perdido.

Charles Chaplin

PEREIRA, Mário César da Silva Pereira. **A Re(a)presentação da velhice e corpo na universidade**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RESUMO

A Antropologia através do reconhecimento do homem sobre si mesmo possibilita um ponto de ligação entre as ciências humanas, sociais e biológicas. Nesse contexto, ocupa-se do questionamento sobre a forma que a sociedade lida com o corpo e suas transformações no âmbito simbólico, físico, individual e coletivo. O envelhecer e o reconhecimento desse fenômeno, ultrapassa as fronteiras do biológico, pois, sustenta-se a partir de referências pessoais, culturais, e sociais. O envelhecimento populacional mundial é uma realidade irreversível. A educação é um agente transformador da sociedade ao desenvolver valores como a consciência crítica, coerência e ética. Os investimentos nesse setor no Brasil ainda continuam abaixo das suas necessidades. A Fisioterapia ocupa no campo das ciências da saúde o papel de tratamento curativo, preventivo e paliativo das incapacidades funcionais. O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre a velhice e o corpo reproduzida por professor e alunos na disciplina de Gerontologia do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino superior Pública no Estado do Paraná. A amostra constituiu-se de 11 sujeitos, 1 docente e 10 acadêmicos. As considerações sobre a velhice elaboradas pelo docente estão fundamentadas fortemente pelo contexto biológico e tecnicista, porém já se percebe uma tentativa em ultrapassar esse referencial, pois, a análise dos questionários revela que a velhice na sociedade para o docente apresenta uma relação direta com o aumento da população idosa mundial e acredita que grande parte da sociedade não está preparada para a convivência intergeracional. Tal fato, constata-se na dualidade de valorização do velho, que ao apresentar boa qualidade de vida, saúde e disposição é tomado como exemplo de boa velhice, entretanto, quando doentes ou necessitam de cuidados, são excluídos por um grande número de pessoas. Apesar dessa contradição contribuem para o desenvolvimento da sociedade e o envelhecimento é inevitável, mas a condição corporal física é importante em definir a velhice como saudável, mesmo com a presença de morbidades. Para tal, a adoção de programas preventivos é fundamental. Os alunos compreendem a velhice como resultante da transição demográfica na pirâmide etária e desvinculam a percepção de associação com doença ao considerá-la como uma etapa da vida. Portanto, os idosos representam uma categoria de sujeitos que influi e sofre influência de grupos econômicos, financeiros e políticos. Corpo e velhice sofrem transformações inevitáveis, a saber, fragilidade, o declínio funcional e a aparência são indicadores de tal condição, portanto, corpos saudáveis são referenciais de uma velhice saudável e programas preventivos são imprescindíveis.

Palavras-chave: velhice, corpo, fisioterapia

PEREIRA, Mário César da Silva Pereira. The Re(a)presentation of old age and body at the university. Thesis (Social Sciences Doctor). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ABSTRACT

Anthropology through man's recognition about yourself enables a connection point between the human, social and biological sciences. In this context, deals with the question of how society deals with the body and its transformations in the symbolic level, physical, individual and collective. The age and the recognition of this phenomenon goes beyond the frontiers of biological, because, it is argued from personal, cultural, and social references. The global population aging is an irreversible reality. Education is a transforming agent of society to develop values such as critical awareness, consistency and ethics. Investments in this sector in Brazil are still below their needs. Physical therapy occupies in the field of health sciences the role of curative, preventive and palliative functional disabilities. This study aims to analyze the relationship between age and the body played by teacher and students in the discipline of course Gerontology Physiotherapy a public higher education institution in the state of Paraná. The sample consisted of 11 subjects, one teacher and 10 students. Considerations about aging prepared by the teacher are based heavily by the biological and technical activities context, however already see an attempt to overcome this framework, therefore, the analysis of the questionnaires shows that old age in society for teachers has a direct relationship with the increase the world's elderly population and believes that much of society is not prepared for intergenerational families. This fact, there has been in the old valuation duality that to have good quality of life, health and provision is taken as an example of good old age, however, when sick or need care, are excluded by a large number of people. Despite this contradiction contribute to the development of society and aging is inevitable, but the physical body condition is important to define old age as healthy, even with the presence of morbidity. To this end, the adoption of preventive programs is essential. Students understand old age as a result of demographic transition in the age structure and detach the perception of association with disease to consider it as a life stage. Therefore, the elderly represent a subject category that influences and is influenced by economic groups, financial and political. Body and old age suffer inevitable transformations, namely frailty, functional decline and appearance are indicators of such a condition, so healthy bodies are benchmarks of a healthy old age and prevention programs are essential.

Keys word: elderly, body, physiotherapy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz	31
Figura 2 – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Lawton	31
Figura 3 - População Brasileira de 80 ou mais anos no período 1980 à 2050	36
Figura 4 - População Brasileira no ano de 1980	37
Figura 5 - População Brasileira no ano de 1990	38
Figura 6 - População Brasileira no ano de 2000	38
Figura 7 - População Brasileira no ano de 2010	39
Figura 8 - População Brasileira no ano de 2020	39
Figura 9 - População Brasileira no ano de 2050	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de Universidades com cursos de Fisioterapia no Brasil	73
Tabela 2 – Dados relacionados ao ensino da disciplina sobre o envelhecimento nas IES brasileiras	74
Tabela 3 – Dados específicos relacionados ao ensino da disciplina sobre o envelhecimento nas IES	75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I : O ENVELHECIMENTO	17
1.1. O Envelhecimento e a sociedade	17
1.1.1 O Envelhecimento na Antiguidade	21
1.1.2. O Envelhecimento na Idade Média	24
1.1.3. O Envelhecimento na Idade Moderna	26
1.1.4. O Envelhecimento na Atualidade	27
1.1.4.1. A discriminação pela Idade	28
1.1.4.2. A Pobreza e a Solidão	29
1.1.4.3. As Perdas e as Mudanças	30
1.2. O Envelhecimento Biológico	32
1.3. O Envelhecimento Populacional	34
CAPÍTULO II : O CORPO	42
2.1. O Corpo e as suas perspectivas	42
2.2. A História do Corpo	44
2.2.1. O Corpo na Antiguidade Primitiva e Clássica	44
2.2.2. O Corpo na Idade Média	47
2.2.3. O Corpo e o Renascimento	49
2.4.4. O Corpo no mundo contemporâneo	50
2.4.5. O Corpo na Atualidade	51
CAPÍTULO III : MATERIAIS E MÉTODOS	53
3.1. Delineamento do estudo	53
3.2. Amostra Investigada	55
3.3. Critérios de Inclusão	56
3.4. Critérios de Exclusão	56
3.5. Protocolo de Avaliação	56
3.6. Resultados	57
3.7. Discussão	63
3.7.1. As Ciências da Saúde	63
3.7.2. Saúde, Doença e Envelhecimento	66
3.7.3. A Fisioterapia: definição e campo de atuação	69
3.7.4. A Fisioterapia no Brasil	70
3.7.5. A Fisioterapia e a docência no ensino superior	71
3.7.6. A Graduação de Fisioterapia na UNICENTRO	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	88

INTRODUÇÃO

A antropologia no contexto da saúde pretende estudar a forma como a sociedade lida com o corpo, de forma simbólica ou física, no campo individual ou coletivo, e a influência interrelacionada de fatores individuais como idade, sexo, tamanho, aparência, personalidade, inteligência, estado físico e mental; da educação formal ou informal, incluindo um determinado estilo de vida ou religião, étnica ou profissional; culturais; socioeconômicos como classe social, posição econômica, desemprego e redes de apoio social; ambientais como clima, densidade populacional, transportes, meios de comunicação e disponibilidade de recursos na área da saúde, pois, assim poderá interpretar os cuidados sociais das desordens biológicas (HELMAN,1996;RAYNAUT,2006).

O cruzamento dos caminhos entre a Antropologia e a Saúde ocorre na medida em que encontra o ser humano como objeto de estudo. Tal relação é fundamentada através da reflexão filosófica de que a natureza humana é historicamente sustentada em virtude de que o homem constitui-se de um ser cultural, ou seja, através da criação de certos elementos ou signos traduzidos como cultura buscam explicar a sua relação com o meio que o circunda. O termo *kultur* no final do século XVIII era utilizado para simbolizar os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto que a palavra *civilization* era associada às realizações materiais de um grupo social. O responsável pela associação desses conceitos vistos anteriormente foi Edward Taylor, 1832-1917, elegendo a palavra *culture* com este fim, ou seja, “complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis,

costumes, ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”. Nesse sentido, na atualidade a relação da vida humana é observada nos paradoxos coletivo/indivíduo; vida/morte; ciências médicas/ciências sociais; objetividade/subjetividade é ancorada sobre postulados antropológicos expandem-se além dos conceitos biológicos disponibilizados pelas ciências médicas. Entretanto, quando identificados os fatores culturais, estes não são de fácil qualificação e quantificação para o campo de atuação da área médica. Os fatores culturais listados a seguir podem atuar como causa, contribuição ou proteção em relação aos problemas de saúde, a saber, situação econômica, estrutura familiar, papéis de gênero, padrões matrimoniais, comportamento sexual, padrões contraceptivos, política demográfica, práticas relacionadas à gravidez e ao nascimento, hábitos na educação infantil, alterações na imagem do corpo, alimentação, vestuário, higiene corporal, condições de moradia e saneamento, profissões, religião, costumes funerários, estresse culturogênico, situação do imigrante, uso de confortos químicos, atividades de lazer, animais domésticos e pássaros, estratégias de automedicação e terapias leigas (HELMAN,2003;LARAIA,1986; SOARES DA COSTA, 2009).

Os médicos antropólogos utilizam os termos *disease* e *illness* para descrever as diferentes visões dos problemas que afetam o paciente. Essa dualidade de sinônimos constitui o processo saúde-doença. A adoção desses critérios encontra referência inicialmente na obra de Fox (1968) e posteriormente em Fábrega (1973,1975); Eisenberg (1977); Cassel (1978); Kleinman *et al.* (1978) e Kleinman (1980). *Disease* refere-se às alterações patológicas dos órgãos e sistemas biológicos e assumem a personificação de entidade, pois, as alterações observadas

tem identidade própria, descrita e catalogada de uma forma universal em qualquer cultura ao adotar-se valores de normalidade comum. Tais valores referenciais de normalidade estão presentes na determinação que o indivíduo desvia-se do que é encontrado na maioria e pode ser exemplificado como os valores, de peso, altura, índice de massa corporal, pressão arterial, níveis de hemoglobina, glicose e triglicérides. *Illness* caracteriza-se pela perspectiva do paciente sobre os seus problemas de saúde, ou seja, a resposta subjetiva ao mal estar e o efeito o comportamento e relação entre as pessoas (HELMAN, 1981).

Tal situação no Brasil deu-se com maior efeito a partir da década de 90 quando amplia-se a concepção de saúde através da reforma na prestação dos serviços na área da saúde pública com a implantação do Sistema Único de Saúde, SUS. Ainda neste momento é que a população idosa apresentou um indicador de aumento na pirâmide demográfica quando comparado às décadas anteriores. Neste sentido, as ciências sociais desempenham o papel de questionamento e investigação quanto aos fenômenos que determinam a velhice e a sua interligação com o meio circundante (MINAYO e COIMBRA JUNIOR, 2002).

As contribuições da antropologia refletem-se na abordagem de questões relativas á saúde do idoso, ou seja, o questionamento da visão universalista de que o fenômeno do envelhecimento além de declinante é comum a todos os indivíduos e o estudo do envelhecimento como um fenômeno biológico que reage a partir das suas referências pessoais e culturais (UCHOA, 2003).

A tentativa em estabelecer qual o papel que o sujeito desempenha na sociedade acompanha o homem desde o início do seu convívio enquanto grupo socialmente arranjado, encontra na dualidade da relação interesse coletivo e pessoal a

causa e consequência das transformações sociais observadas nas mais diversas culturas. Nesse contexto na atualidade, torna-se cada vez mais evidente a valorização do individual em detrimento ao coletivo, do poder econômico frente às necessidades básicas de educação e saúde, da massificação de uma cultura fundamentada em modismos passageiros e supérfluos, da supervalorização das características físicas do corpo em relação a espiritualidade, e da idealização de uma juventude eterna em oposição a velhice que carrega consigo um forte apelo de negatividade, dependência e etapa final da vida.

O interesse nos acontecimentos relacionados a velhice tem ocupado um papel de destaque na cena do cotidiano e da academia. Essa afirmação toma como fundamento o denominador demográfico, pois, estatisticamente a maior presença de pessoas com ou mais de 60 anos de idade, conceito de velhice adotado pela Organização das Nações Unidas, independente da condição sócio-econômica, é irreversível.

O reconhecimento do ser humano na categoria social de velho tem relação direta em como este sujeito é identificado. Portanto, ao buscar uma classificação para o processo biológico e social do envelhecer que este sofre e produz, encontram-se os seguintes termos, terceira idade, adulto maduro, idoso, velho, meia idade, maturidade, idade maior, idade madura, melhor idade, sênior, dentre muitos que se apresentam dia a dia. No intuito de classificar de um modo hegemônico uma etapa do ciclo vital que é heterogêneo e individual, o termo idade assume estreita relação com a velhice. Tanto que, a idade pode ser percebida sob a ótica cronológica, biológica, social e psicológica. A idade cronológica tem forte ligação com o tempo transcorrido do nascimento à morte, utiliza-se da apropriação de marcadores como dias, meses,

anos, exemplificada na seguinte categorização da velhice, idosos jovens de 65 a 74 anos, idosos velhos de 75 a 84 anos e idosos mais velhos de 85 ou mais anos. A idade biológica é determinada através da identificação de mudanças no corpo perceptíveis a partir dos 40 anos de idade, tem como característica um declínio funcional que pode assumir uma progressão rápida ou gradual em função da capacidade de adaptação orgânica às necessidades cotidianas. A idade social relaciona-se com a posição do sujeito no grupo, pois, estabelece parâmetros que associam a classe social, condições de vida e trabalho, cultura, gênero, idade cronológica, como determinantes de um papel de maior ou menor influência nos integrantes de um grupo. A velhice, sob ao ponto de vista das ciências sociais, constitui-se de uma etapa desafiadora na medida em que a sociedade adota um comportamento específico para esse grupo etário. A aposentadoria, um mecanismo que numa sociedade de consumo é a possibilidade da retirada do idoso do mercado de trabalho pode proporcionar o início de uma nova etapa na vida através da mudança de perspectivas ou preconizar o avançar de um desapego ao convívio social. A idade psicológica baseia-se no conceito de que comportamentos adotados durante a vida sob as mais variadas situações, agradáveis ou não, são determinantes em superar ou adaptar-se às mudanças da enfrentadas na velhice. Em resposta ao que já foi vivenciado, mas de aparecimento particular a cada indivíduo, observa-se com frequência alteração das capacidades cognitivas de percepção, aprendizagem, memória e controle emocional, traduzidas por lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem, falhas de atenção, orientação e concentração. Esses indicadores, podem sinalizar para a instalação de uma série de complicações temporárias ou permanentes, um fato que pode ser controlado desde que o próprio indivíduo ou equipe

estejam atentos aos sinais descritos. Enfim, é comum a todos os idosos, porém ressaltando que em níveis de comprometimento variáveis, uma diminuição na velocidade de aprendizagem e memória provocadas pelo desuso, doenças - principalmente a depressão, fatores comportamentais resultantes no uso contínuo e irresponsável de medicamentos e álcool, fatores psicológicos - falta de motivação, confiança e baixas expectativas e sociais - solidão e isolamento (SCHNEIRER e IRIGARAY.2008).

O presente tem como objetivo geral analisar a relação entre a velhice e o corpo reproduzida por professor e alunos na disciplina de Gerontologia do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino superior Pública no Estado do Paraná. A amostra constituiu-se de 11 sujeitos, 1 docente e 10 acadêmicos.

Finalmente encontra-se descrito em três capítulos, a saber, a Introdução, o Capítulo I, O Envelhecimento, o qual compreende a sua correlação na sociedade, na Antiguidade, na Idade Média, na Idade Moderna, na Atualidade, os aspectos biológicos e populacionais, o Capítulo II, O Corpo, no qual apresentam-se o Corpo e as suas perspectivas, e a História do Corpo, o Capítulo III, Materiais e Métodos, com o detalhamento da metodologia da pesquisa, análise e discussão de resultados, as Considerações Finais, as Referências Bibliográficas e Anexos.

CAPÍTULO I

O ENVELHECIMENTO

1.1. O Envelhecimento e a Sociedade

Os Velhos

Todos nasceram velhos - desconfio.
Em casas mais velhas que a velhice,
em ruas que existiram sempre - sempre
assim como estão hoje
e não deixarão nunca de estar:
soturnas e paradas e indeléveis
mesmo no desmoronar do Juízo Final.
Os mais velhos têm 100, 200 anos
e lá se perde a conta.
Os mais novos dos novos,
não menos de 50 - enorm'idade.
Nenhum olha para mim.
A velhice o proíbe. Quem autorizou
existirem meninos neste largo municipal?
Quem infringiu a lei da eternidade
que não permite recomeçar a vida?
Ignoram-me. Não sou. Tenho vontade
de ser também um velho desde sempre.
Assim conversarão
comigo sobre coisas
seladas em cofre de subentendidos
a conversa infundável de monossílabos, resmungos,
tosse conclusiva.
Nem me vêem passar. Não me dão confiança.
Confiança! Confiança!
Dádiva impensável
nos semblantes fechados,
nos felpudos redingotes,
nos chapéus autoritários,
nas barbas de milénios.
Sigo, seco e só, atravessando
a floresta de velhos.

Carlos Drummond de Andrade, in 'Boitempo'

O reconhecimento do envelhecer pela sociedade envolve não apenas o entendimento das características biológicas ou de instrumentos sociais como por exemplo a certidão de nascimento, mas, dos fenômenos de interação entre os grupos sociais. Neste sentido, cabe destaque ao olhar do jovem em relação ao idoso, do próprio velho e de todos com a finitude (HAYFLICK, 1996; NERI, 2001).

A Temporalidade e finitude para Martins (1998) relacionam-se através do entendimento que o homem não está ligado apenas ao passar dos anos, mas permite-se transcender a este paradigma. Segundo este autor, a questão existencial integra a estrutura essencial do ser humano, portanto tempo vivido deve ser compreendido como existência. Para o homem estabelece-se uma relação obrigatória entre ele mesmo e o tempo vivido. Neste sentido, enfatiza que o conceito de tempo vivido não deve estar restrito apenas a uma série de acontecimentos segmentados que constituem o ciclo de vida, a saber, a infância, a adolescência, a fase adulta e a velhice e ao senso comum mensurado especificamente por marcadores cronológicos e traduzidos em dias, meses ou anos. Deve assumir como características interligadas a subjetividade, a particularidade e a mutabilidade. As parcelas da subjetividade e particularidade são definidas em função da influência de fatores externos, ciclo de vida, e internos, psicológico e mental. Apesar de possuir posições bem definidas, como passado, presente e futuro, quando interagem com o indivíduo as marcas de sua passagem não sofrem necessariamente a obediência desta seqüência lógica. Tal fato, caracteriza-se na observação de indivíduos de uma mesma faixa etária ao apresentarem características ou referenciais distintos. Sendo assim, a possibilidade em atenuar ou acentuar a influencia de fatores externos e

internos, demonstra que o tempo é mutável e que o homem não está no tempo, é o tempo que está no homem.

A relação entre o ciclo vital, sobretudo a velhice e o tempo é uma constante em todas as culturas. Nas sociedades orientais, fundamentalmente agrárias, a relação que o sujeito percebe é que o tempo apresenta um fluxo de proximidade com a natureza, ou seja, a partir do nascimento à morte e reencarnação, manifesta-se de um modo cíclico. Este modelo é reforçado através de preceitos religiosos encontrados no budismo e hinduísmo. Nas ocidentais, o entender da vida para o indivíduo relaciona o tempo de uma forma linear tanto sob a ótica religiosa quanto na econômica-política e tem como principal característica que o tempo além de não se repetir apresenta um avançar contínuo. Na construção dos modelos de tempo cultural observa-se que o sujeito em algum momento da sua vida de uma forma consciente ou não gera ou sofre conflitos entre o tempo objetivo e o subjetivo. A dualidade vivenciada por alguns entre o tempo *kairós*, a passagem interna e pessoal da vida, e o *chronos*, as medidas ou eventos que a sociedade impõe para normatizar a passagem dos anos, surgem os conflitos que podem afetar negativamente a saúde física e mental do indivíduo (HELMAN, 2005).

Na atualidade segundo Elias (2001) os grupos sociais “de idade normal encontram dificuldades em colocar-se no lugar dos mais velhos”, pois evita-se a discussão do tema envelhecer e morrer. Para o autor, tal situação fundamenta-se na ocorrência do fenômeno demográfico da longevidade, pois como vive-se mais tempo a visualização da morte encontra-se cada vez mais distante dos jovens, o que provoca o perigo do isolamento dos que envelhecem e dos “moribundos”, portanto “o velho precisa ser isolado, escondido, para que os mais jovens não tenham que ver

nele o seu próprio futuro de carência de recursos, de saúde, de força e poder” (Goldfarb,1997). Neste panorama, os idosos não estão isentos de responsabilidade, pois, através da “negação da denominação velho pelo próprio segmento idoso aponta as classificações negativas velho não sou eu mais é o outro” (LOPES, 1999).

É do olhar do outro que nasce o sentimento abstrato de envelhecer. Na mesma ordem de fato, são sequências ao mesmo tempo sociais e individuais que o reformulam em nossa consciência: aniversários, uma separação, ver crescer os filhos, vê-los partir; por sua vez chegarem aos seus primeiros netos, a aposentadoria, a desapareição súbita mais frequente dos seus amigos etc. O sentido atribuído a esses eventos, seu valor, remetem a uma axiologia social e à maneira pessoal como sujeito se acomoda a ela. O sentimento de envelhecer vem sempre de alhures, ele é a marca em si da interiorização do olhar do outro. Reencontrar antigas fotos, que remetem a um rosto que não é já mais completamente o seu, ver o rosto transformado dos outros após uma longa ausência, é conhecer uma confrontação íntima do tempo metabolizado. No rosto do outro e em seu próprio rosto, nos movimentos, a maneira de ser, o tempo fez sua obra à sua maneira de formiga. A velhice é uma semente que leva muito tempo para eclodir, é um sentimento vindo de fora que, por vezes, lança raízes precoces: por vezes, ao contrário, tarda infinitamente, porque é uma medida do gosto de viver do sujeito. Não se trata somente de uma cifra cronológica, não começa em uma idade precisa, ela é uma soma de índices que só o sujeito conhece. A velhice é um sentimento (LE BRETON, 2011, p. 236-237)

A necessidade do entendimento não fragmentado sobre o envelhecer, tanto das questões atuais , quanto das suas perspectivas, são ineficazes caso não sejam resgatadas as perspectivas temporal e histórica. Nesse sentido, a obra de Simone de Beauvoir, “A Velhice,1990” e “A Velhice: realidade incômoda,1976”, tornam-se referência ao contextualizar a velhice na história da humanidade. Portanto, ao correlacionar o idoso na Antiguidade, na Idade Média e Moderna, os textos acima citados serão na sequência discutidos.

O conceito de relação entre longevidade e idosos até o século XIX estava ligada às classes sociais dominantes. A figura do velho, até então era percebida nas características dos homens, provedor e responsável pela família, visto que, as mulheres na sociedade eram inferiorizadas e submissas.

1.1.1. O Envelhecimento na Antiguidade

A autora Simone de Beauvoir dedica-se ao estudo dos velhos no Ocidente, porém, evidencia uma perspectiva de valorização no âmbito social da figura do homem como autoridade máxima na China. O modelo adotado é o patriarcal rígido, o inquestionável respeito pelos mais velhos, porém, aos 70 anos de idade ocorria uma renúncia ao seu papel social com o intuito de preparar-se para a morte. A mulher submissa cabia a responsabilidade pelo cuidado com a casa, filhos, familiares e principalmente orientar as noras para que esse comportamento social de continuidade da submissão.

A relação entre o declínio do estado orgânico, a posição na sociedade e o avançar da idade tem no Egito na data de 2.500 a.C. o primeiro texto conhecido. A temática da decrepitude física é recorrente a vários povos na história do ser humano. Cabe uma ressalva ao identificar que para o povo judeu, segundo relatos bíblicos, a velhice era retratada como uma benção e a esses sujeitos era devido o respeito.

O ancião na sociedade grega antiga, detentor de poder riqueza, era muito respeitado no campo político. Entretanto, vários poetas propagavam o conceito de que a velhice é a época da vida que os prazeres acabam e se torna pior do que a

morte. Platão enaltece a imagem do velho como o ser humano que atingiu o degrau máximo da sabedoria, digno do respeito dos mais jovens, pois o declínio físico não o desqualificava comando da *polis*.

Aos 80 anos, Platão volta longamente à questão em *As leis*: ele insiste muitas vezes nas obrigações dos filhos para com os seus velhos pais, com quem devem falar respeitosamente, colocando suas riquezas e a própria pessoa a serviço deles. Presta-se um culto aos antepassados mortos; o futuro ancestral já é sagrado: Não podemos possuir nenhum objeto de culto mais digno de respeito do que um pai ou um avô, uma mãe ou uma avó oprimidos pela velhice. BEAUVOIR, 1970 p.136.

A união de corpo e alma defendida por Aristóteles é prejudicada pela degradação do corpo, pois, o espírito também é afetado. Então, aos velhos já não cabe um lugar frente a *polis*, pois, em oposição aos ideais de Platão as debilidades, orgânica e espiritual, eram tão evidentes e negativas que tornariam o homem amargo e vil.

Em *A retórica*, Aristóteles pinta a juventude com as cores mais risonha: calorosa, apaixonada, magnânima – e a velhice apresenta-se, para ele, em todos esses pontos, como o oposto: Porque viveram inúmeros anos, porque muitas vezes foram enganados, porque cometeram erros, porque as coisas humanas são, quase sempre, más, os velhos não tem segurança em nada, e seu desempenho em tudo está manifestamente aquém do que seria necessário. BEAUVOIR, 1970 p.136-137.

A sociedade romana para Beauvoir (1970) fundamenta-se nos valores ligados às posses materiais, portanto, idosos com propriedades e escravos eram respeitados. O poder político era centralizado pelo senado, constituído por homens velhos e abastados. O *paterfamilias*, direito sobre todos os bens materiais e as

peessoas da família incluindo-se a decisão de vida ou morte sobre os seus afetos, constituía o fundamento da organização social romana. A mulher romana mais velha possuía um diferencial em relação às mais jovens, pois, era admirada, respeitada e responsável pela administração da casa, dos escravos e educação dos filhos. Entretanto, com raras exceções, nas peças teatrais tanto homens e mulheres velhas são retratados com desprezo, desdém e zombaria. A partir de Gracos ocorre a queda da oligarquia romana e perda de poderes do senado e o idoso é rebaixado socialmente.

As informações sobre o tratamento dos bárbaros, povos de origem germânica que invadiram o Império Romano do ocidente, aos velhos são escassas. A mitologia desses povos é rica na descrição de batalhas em que jovens deuses através de sua força sobrepujavam os seus antecessores e assumiam os seus lugares. Os gauleses e os hérulos eliminavam os doentes e velhos. Os visigodos taxavam a morte dos homens livres, com uma diminuição no seu valor após os 50 anos e mais depois dos 65 anos.

O colapso econômico político e social do mundo antigo favoreceu a expansão do cristianismo pelo ocidente. Inicialmente baseado numa essência solidária de cuidado ao próximo e aos mais humildes, com o passar dos séculos incorporou valores desfavoráveis aos idosos. Embora a Igreja seja creditada pela criação dos asilos no século IV as ações específicas fora desse âmbito eram escassas.

1.1.2. O Envelhecimento na Idade Média

A sociedade feudal, baseava-se na relação entre senhor e vassalo, através da cessão temporária de uma área cultivável pelo primeiro ao último, que além do cultivo e colheita, tinha a obrigação de entregar parte da sua produção. Evidentemente o vassalo realiza a sua atividade agrícola com poucos recursos financeiros e técnicos, o que o levava a uma sobrecarga física acentuada e declínio orgânico precoce e frequentemente essa relação era estendida para os seus filhos. A situação dos velhos, em todos os setores da sociedade, aparece como extremamente desfavorecida. Fora do campo a situação do idoso e dos camponeses era extremamente desfavorável, resultando na mendicância nas cidades como opção de subsistência. A condição física encontrada na juventude e estimulada pelo surgimento do culto ao cavaleiro jovem, nobre, bravo e heróico no século X prevalecia entre os demais, ou seja, os fracos não tinham lugar. Enfim, tanto para os nobres velhos, quanto para os camponeses e idosos o desprezo era comum.

O rejuvenescimento foi um tema recorrente nas Idades Antiga e Média. Tal condição, percebe-se na constante presença nos campos da poesia e mitologia na exaltação pela busca da vida eterna, desde que, o corpo permanecesse jovem. Interessante observar que a velhice foi constantemente associada ao Inverno da vida, estação da natureza caracterizada pela degradação e infertilidade.

O final da Idade Média é caracterizado pelo renascimento do comércio e a prosperidade da burguesia modificando as relações entre o velho e a sociedade, antes improdutivo e desprovido de força física, torna-se valorizado pelo poder do

capital, pois, nas classes abastadas surge o papel do velho que acumula riquezas e estereótipo de poder e sucesso. Portanto, o capital financeiro, torna-se o principal elemento que determina as disputas entre as classes sociais. Nesse âmbito, a relação de coexistência e conflito entre o materialismo e a religiosidade torna-se evidente quando a ideologia religiosa doutrina que a velhice é um declínio natural, a última parte do caminho vida, sendo necessária uma preparação serena para a morte. Os bens materiais poderiam impedir a ascensão ao paraíso, porém, o obstáculo das riquezas mundanas seria atenuado ao doar-se esses bens à Igreja facilitando a conquista da salvação e redenção dos excessos cometidos em vida. A ideologia materialista idealiza o velho caricatamente ao explorar as características de avareza e das incapacidades físicas.

Do antigo Egito ao Renascimento, vê-se que o tema da velhice foi quase sempre tratado de maneira estereotipada; mesmas comparações mesmos adjetivos. A brancura dos cabelos e da barba evoca a neve, o gelo: há uma frieza do branco à qual se opõem o vermelho - o fogo e o ardor – e o verde, cor das plantas, da primavera, da juventude. Os clichês se perpetuam, em parte porque o velho sofre um imutável destino biológico. Mas também, não sendo um agente da História, o velho não interessa, não nos damos trabalho de estudá-lo e sua verdade. (BEAUVOIR, 1970 p. 200).

Segundo Beauvoir 1970, as precárias condições de higiene e miséria afetaram a população de crianças e idosos na Europa do século XVII em relação a baixa expectativa média de vida, em torno de 40 anos e mesmo para os nobres e burgueses não chegava aos 70 anos.

No século XVIII motivado pela melhora das condições de vida o número de octagenários aumentou. Entretanto, tal condição aconteceu não aconteceu de forma

igualitária e os mais pobres encontravam-se na miséria e abandono. Cabe destacar que no final do século XVIII através do aumento de ações e a criação de instituições assistenciais, principalmente de caráter estatal, ocorreu uma melhora na qualidade de vida.

O estado parecia reconhecer que todo o homem tem direito à existência. Foi o que afirmaram, em 1785, os magistrados reunidos em Speehamland: se um homem não pode ganhar a vida trabalhando, a sociedade deve assegurar a sua subsistência. A assistência pública foi reformada nesse sentido: a miséria dos deficientes e dos velhos foi um pouco atenuada. Por outro lado, as coalizões operárias multiplicaram-se para lutar contra o patronato, mas também para assegurar-se mutuamente contra o desemprego e a doença (BEAUVOIR, 1970. p.222)

1.1.3. O Envelhecimento na Idade Moderna

O século XIX na Europa foi extremamente significativo para os idosos, pois, constatou-se um aumento demográfico expressivo e visibilidade ao grupo, isto é, nos primeiros setenta anos do século a população passou de 187 milhões para 300 milhões de pessoas. Esse momento foi o primeiro na história em que o crescimento da população idosa foi observado, o que atraiu a atenção da sociedade e destacou a presença de velhos na sociedade, contudo, infelizmente os idosos pobres eram a maioria. A justificativa para o acontecido fundamenta-se na concentração populacional nas cidades resultante do êxodo rural provocado pela Revolução Industrial. O trabalho dos operários era árduo, pois, além da jornada de trabalho chegar a até inacreditáveis 16 horas, não existia a qualificação e valorização da mão de obra humana. Como resultado das precárias condições de alimentação, de higiene, econômica e de moradia o descarte do trabalhador era precoce e

responsável pelo aumento do contingente proletariado, pois, mesmo integrante dessa classe era discriminado. Aos idosos ricos coube a valorização dos anos vividos, o papel de prestígio e influências nas decisões econômicas e políticas. Com o passar dos anos, embora os ideais capitalistas valorizassem a figura do jovem empreendedor e inventivo, a burguesia de velhos se fortaleceu em razão a estabilidade econômica, confiança e da sabedoria suplantando a aristocracia. Na família, os filhos adquirem maior autonomia em relação aos pais, e os avós estabelecem uma ligação afetiva com seus netos.

O século XX é marcado por importantes e intensas mudanças sociais. No segmento da velhice os avanços foram inegáveis. Beauvoir (1990) destaca que as melhorias disponibilizadas pela medicina e farmacologia dentre tantas áreas suavizam muitos desconfortos do organismo, porém, apesar das representações sociais da velhice modificaram-se frequentemente ainda persiste a concepção de que apesar da experiência adquirida no acúmulo dos anos a figura do homem mais velho é sinônimo de obsolescência e portanto responsável pela sua exclusão da sociedade de consumo.

1.1.4. O Envelhecimento na atualidade

a sociedade industrial em que vivemos rompeu com esse liame, o elo entre as gerações, desvalorizou o saber da experiência, corroe a memória coletiva, desvalorizou a lembrança, portanto desapossou a velhice de seu dom à sociedade e à cultura. O homem idoso, porque improdutivo, passa acobertado pela etiqueta clínica da terceira idade, ao anonimato dos excluídos sem voz (NUNES,2003.p23).

A adaptação ao processo do envelhecimento para homens e mulheres é difícil, pois, além do reconhecimento ou rejeição dos sinais das mudanças corporais ocorre a influência e participação da sociedade e suas expectativas em situações enfrentadas na velhice como a discriminação por idade, a pobreza, a solidão, as perdas e mudanças. A velhice é uma experiência que só pertence aos velhos. A sociedade de consumo trata os velhos como párias, condenando-os à miséria, à solidão, e ao desespero (BEAUVOIR,1990;LESNOFF-CARAVAGLIA,1984).

a velhice não é uma conclusão necessária da existência humana, apesar de que é uma verdade empírica e universal que a partir de certo número de anos o organismo humano sofre uma regressão. Ao final de certo tempo acarreta uma redução das atividades do sujeito, muitas vezes uma mudança de sua atitude em relação a si mesmo e em relação ao mundo (BEAUVOIR,1990 p.122).

1.1.4.1. A Discriminação pela Idade

A discriminação pela idade, Gerofobia, trata-se de termo utilizado na descrição de preconceitos e estereótipos em relação às pessoas idosas. Tal condição está ligada ao medo das novas gerações em envelhecer e às dificuldades impostas por uma sociedade de consumo ao reforçar a imagem de velhice como a fase da vida caracterizada por desafios econômicos e sociais. Apesar de presente em todas as faixas etárias, o sexismo na velhice ainda torna-se um elemento reafirmativo das diferenças entre os gêneros. Nos homens, existe a mensagem que os cabelos brancos e calvície são sinais de atração, distinção, experiência, já nas mulheres simboliza a decadência o declínio, falta de interesse. No campo da

sexualidade que enquanto as mulheres perdem a capacidade reprodutiva e os contornos corporais não estão em evidência, os homens são exemplos de segurança e virilidade (BUTLER;LEWIS;SUDERLAND,1991).

a senilidade é um efeito da senescência ou um produto artificial da sociedade que rejeita os velhos?A degradação senil começa prematuramente com a degradação da pessoa que trabalha. Essa sociedade pragmática não desvaloriza somente o operário, mas todo o trabalhador: o médico, o professor, o esportista, o ator, o jornalista (BOSI, 1999, p.80).

1.1.4.2. A Pobreza e a Solidão

A desigualdade, a necessidade e a privação são sinônimos da pobreza em idosos. De um modo geral, a maior parte da população idosa é pobre ou tem a sua renda doméstica diminuída em razão da saída do mercado de trabalho, quer seja por invalidez ou pela aposentadoria. Como consequência desse desequilíbrio inicialmente financeiro, visto que os benefícios de programas sociais são restritos, observa-se o aumento da dependência física e psicológica. Mais uma vez, a diferença entre os gêneros torna a situação mais crítica, pois, as mulheres idosas e não os homens estão mais expostas à pobreza, solidão maiores taxas de institucionalização e morbidade e menores oportunidades em compartilhar um relacionamento com um companheiro (Salgado,2012).

1.1.4.3. As Perdas e as Mudanças

As perdas e as mudanças, ao contrário do idealizado pela sociedade que é induzida através do conceito estereotipado de idealização de que a velhice é constituída por uma grande gama de pessoas com características semelhantes, homogenização, ocorrem de maneira rápida e em idosos independente da faixa etária. Nesse sentido, percebe-se que é comum em todos os idosos a presença em algum momento de um declínio funcional temporário que pode tornar-se permanente, em virtude da repetição cíclica do estado de comorbidade agudo-crônico. Além das perdas relacionadas à capacidade funcional nas atividades de vida diária, Escalas de Katz e Lawton (figuras 1 e 2), é fato que com o passar dos anos a imagem de idoso saudável recebe um reforço negativo, ou seja, com o avançar da idade para um grande número de pessoas obrigatoriamente o idoso tem sérias complicações em todas as áreas.

Figura 1 – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz

I = independência	A = dependência parcial	D = dependência
1. Banho I. Não recebe assistência A. Assistência para uma parte do corpo B. Não toma banho sozinho	4. Transferência I. Deita, levanta e senta sem assistência A. Deita, levanta e senta com assistência D. Não levanta da cama	
2. Vestuário I. Veste-se sem assistência A. Assistência para amarrar sapatos D. Assistência para vestir-se	5. Continência I. Controle esfinteriano completo A. Acidentes ocasionais D. Supervisão; uso de cateter ou incontinente	
3. Higiene Pessoal I. Vai ao banheiro sem assistência A. Recebe assistência para ir ao banheiro D. Não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas	6. Alimentação I. Sem assistência A. Assistência para cortar carne/manteiga no pão D. Com assistência, ou sondas	

Fonte: KATZ, *et al.*, 1963

Figura 2 – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Lawton

1 = dependência total independência	2 = dependência parcial	3 =
1. <i>Telefone</i> Recebe e faz ligações sem assistência (3) Assistência para ligações ou telefone especial (2) Incapaz de usar telefone (1)	5. <i>Trabalho Doméstico</i> Tarefas pesadas (3) Tarefas leves, com ajuda nas pesadas (2) Incapaz (1)	
2. <i>Viagens</i> Viaja sozinho (3) Viaja exclusivamente acompanhado (2) Incapaz de viajar (1)	6. <i>Medicações</i> Toma remédios sem assistência (3) Necessita de lembretes ou de assistência (2) Incapaz de tomar sozinho (1)	
3. <i>Compras</i> Faz compras, se fornecido transporte (3) Faz compras acompanhado (2) Incapaz de fazer compras (1)	7. <i>Dinheiro</i> Preenche cheques e paga contas (3) Assistência para cheques e contas (2) Incapaz (1)	
4. <i>Preparo de Refeições</i> Planeja e cozinha refeições completas (3) Prepara só pequenas refeições (2) Incapaz (1)		

Fonte: LAWTON *et al.*, 1969

1.2. O Envelhecimento Biológico

O Envelhecimento, enquanto estado orgânico é irreversível, porém, o sujeito é considerado como principal determinante. Portanto, o processo como um todo ocorre de maneira gradual, em épocas e ritmos próprios para cada pessoa, conduzidos para um declínio funcional e morte (CANÇADO *et al.*, 2002; NÉRI, 2001).

As ciências biológicas procuram fundamentar o envelhecimento em modelos teóricos. Na tentativa de explicação destacam-se as seguintes teorias: da auto-intoxicação: Metchinikov (1923), as causas do envelhecimento do organismo humano decorre dos produtos do metabolismo e da putrefação intestinal, endócrina: Lorand(1929) indica ser a causa mais importante do envelhecimento a exaustão das glândulas sexuais, capilarospatia senil: Bastei e DOGLIOTTI(1937) admite que os capilares da pele dos idosos apresentam um certo número de alterações degenerativas da mesma natureza dos capilares de todo o organismo, do envelhecimento natural: Catel e DuNouy(1944) todos os órgãos tem uma lei de crescimento e outra de diminuição da atividade na medida em que o tempo passa, bioquímica: Harnan(1966) a velhice é atribuída preferencialmente aos radicais livres e aos peróxidos endógenos, pois, o envelhecimento é devido mais à alterações a nível celular do que tecidual, programação genética: Bourlière(1969) a velhice seria consequência de acidentes geneticamente programados na cadeia dos ADN, do erro da síntese das proteínas: Schock(1973) o acúmulo de proteínas deficientes é

considerada a fonte mais importante de deterioração da capacidade fisiológica das células, celular: Child(1975) admite que o processo de envelhecimento ocorre em consequência dos componentes celulares estarem ligados à sua carga elétrica de modo particular aos íons negativos (VARGAS,1981).

O momento exato de início do processo de envelhecimento ainda não está definido, mas, constatou-se que no final da terceira década de vida evidenciam-se as primeiras alterações funcionais e estruturais próprias do envelhecimento, resultantes da gradativa redução da reserva metabólica que acarreta diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático (PAPALÉO NETTO, 1996).

A alteração do funcionamento fisiológico orgânico, o que resulta em prolongar ou abreviar a este período de existência, tem a influência de fatores intrínsecos e extrínsecos (Hayflick, 1996; Lauder e Schark, 1994; Krugyak e Lander, 1995; Rosember,1990). Os intrínsecos relacionam-se com a alteração do mecanismo celular, ou seja, de que o envelhecimento resulta do acúmulo de danos com o passar dos anos, sendo superiores à capacidade regenerativa da célula e da existência de um programa genético determinando o início da senescência, (Cendes, 2001). Condições ambientais, extrínsecas como a radiação, a altitude, a temperatura ambiental, a poluição, o tabagismo, a ausência de uma dieta adequada e desequilíbrios emocionais, também atuam como coadjuvantes (CALKINS, 1997).

As alterações funcionais ocorrem em todo o organismo e precedem as transformações anátomo-estruturais, que aumentam lentamente com característica variável e progressiva, fato que não caracteriza incapacidade funcional total na maioria dos sistemas orgânicos (PAPALÉO NETTO E BRITO, 2001).

Em 2002, Douglas expõe que no envelhecimento observa-se um decréscimo do funcionamento orgânico caracterizado através de sinais externos, visíveis e internos, invisíveis. Os sinais externos ou visíveis caracterizam-se pelo aparecimento de cabelos brancos, manchas, hematomas, diminuição da elasticidade da pele, uma diminuição da estatura, uma diminuição da resistência à prática de atividades físicas, uma maior presença de tecido adiposo corporal, uma presença de pelos na face das mulheres e no nariz e orelha dos homens, uma diminuição da acuidade visual, calvície e distúrbios de memória, sono e coordenação motora. Os sinais internos ou invisíveis, evidenciam um declínio generalizado do funcionamento dos órgãos que evoluem para a cessação gradual de suas atividades. Dentre estes se destaca a perda da massa óssea generalizada com um maior acometimento do sexo feminino, sinais de degeneração do contorno e da função óssea e articular, atrofia muscular generalizada, diminuição da capacidade respiratória, instalação de quadros crônicos de edemas afetando principalmente os membros inferiores, alteração do débito cardíaco, alteração dos níveis da pressão sanguínea, diminuição do volume do córtex cerebral, do número de neurônios, da velocidade dos reflexos, diminuição da motilidade intestinal e hiperplasia maligna celular em vários órgãos.

1.3. O Envelhecimento Populacional

A demografia aponta o envelhecimento populacional como uma situação irreversível da sociedade moderna. Como conseqüências de um aumento significativo de idosos em todo o mundo, ou seja, de 204 milhões em 1950 para 579 milhões em 1996 com uma projeção para 2050 de 1.900 milhões, observam-se na

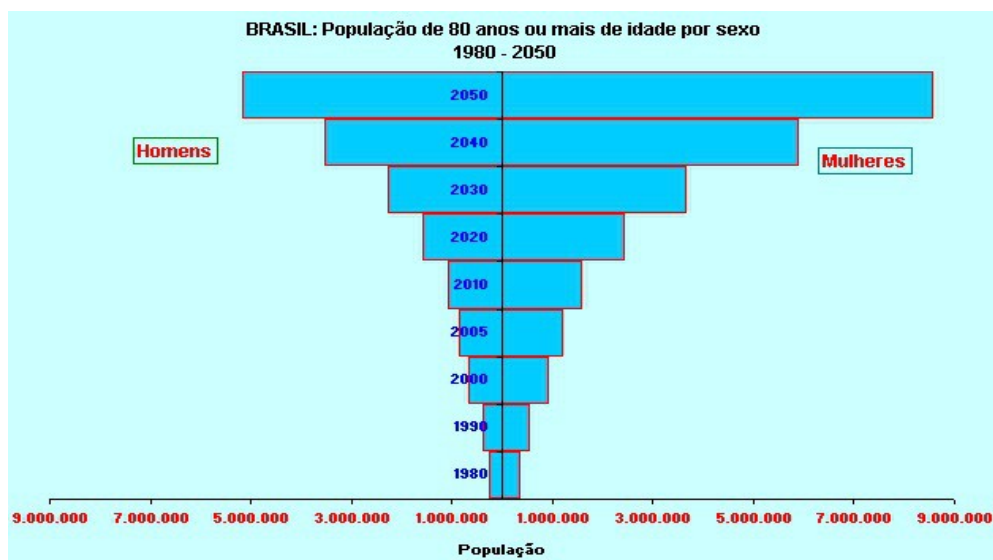
atualidade mudanças nas relações econômicas, familiares, políticas e trabalhistas (IBGE, 2000).

A preocupação com a causa e o efeito do envelhecimento mundial da população tem motivado a organização de eventos pela ONU, Organização das Nações Unidas, para a discussão do tema envelhecer. Apesar do fenômeno do aumento da longevidade ser acompanhado desde a década de 60, efetivamente somente a partir da realização da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento em 1994, deu-se relevância ao impacto social de uma coletividade que envelhece. A 2a. Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri no ano de 2002, foi decisiva no sentido de integrar os vários segmentos da sociedade envolvidos com a velhice. Como resultado deste encontro, produziu-se o relatório *“World Population Ageing: 1950-2050”*.

Dentre os vários tópicos abordados, destaca-se a projeção de que até o ano de 2050, o número de idosos irá superar o número de jovens de até 15 anos. Esse fato, nunca fora visto antes na história da humanidade. As pesquisas reunidas confirmam que o envelhecimento é um fenômeno generalizado, ou seja, ocorre tanto em países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento, com o diferencial de que nos países em desenvolvimento na década de 90 processou-se oito vezes acima dos países desenvolvidos.

De um modo geral, a faixa etária que tem maior crescimento relativo é a de indivíduos com 80 anos, ou seja, uma taxa de 3% ao ano, e constituindo 12% do total global, figura 3.

Figura 3 – População Brasileira de 80 ou mais anos no período 1980 à 2050



FONTE: IBGE (2010)

Outro fenômeno observado é a presença maior de idosas, numa relação de 100 mulheres para 81 homens, sendo assim denominado de feminização da velhice.

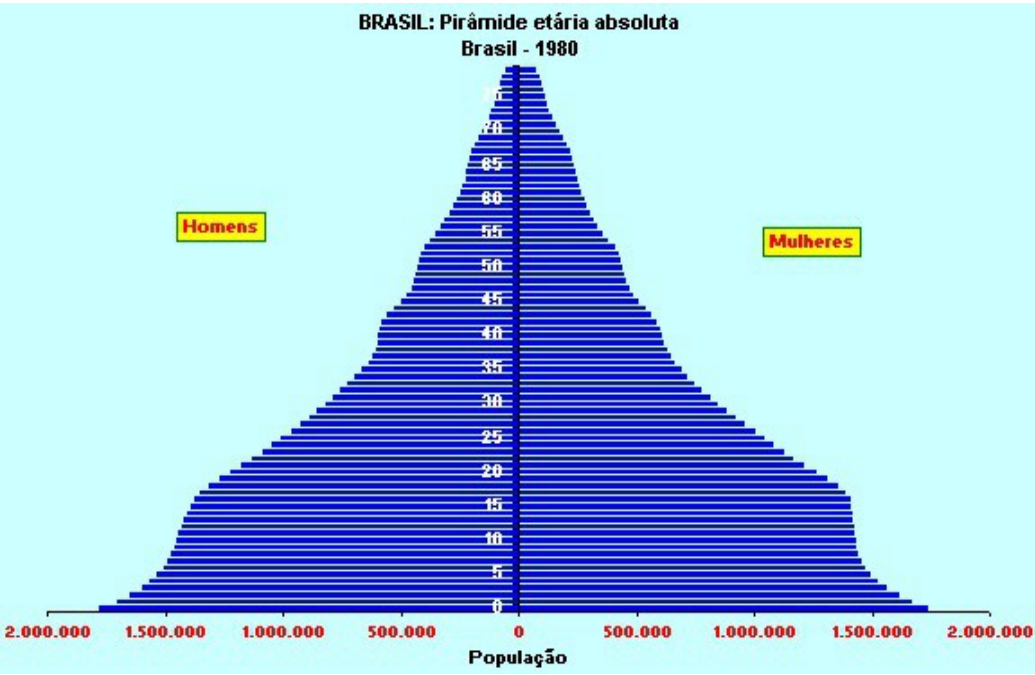
A seguridade social, dado o aumento da razão de dependência, ou melhor, do número de pessoas de 15 a 64 anos que pelo pagamento de encargos previdenciários mantém os benefícios de uma faixa etária avançada, tende a aumentar. Portanto, no período de 1950 a 2000 ocorreu um declínio de 12 para 9 trabalhadores em relação a cada pessoa com 65 ou mais anos, com uma projeção dessa relação diminuir de 4 trabalhadores para cada aposentado. Tal fato serve de alerta quanto à necessidade urgente da reforma do sistema previdenciário, já que

apenas 50% dos idosos retornam ao mercado de trabalho formal nos países desenvolvidos e apenas 21% nos países em desenvolvimento.

O Brasil apresenta um significativo aumento na população de idosos principalmente a partir da década de 90. Tal condição proporcionou o surgimento de movimentos sociais que buscaram mudanças principalmente nas áreas da previdência e saúde. Como consequência importantes conquistas foram alcançadas através da oficialização do Estatuto do Idoso pelo decreto lei no. 10.741 no ano de 2003, porém, novas necessidades apresentam-se, como por exemplo na área da saúde a legalização e capacitação de profissionais relacionados com idosos, dos quais neste momento será dedicada a atenção ao cuidador de idosos.

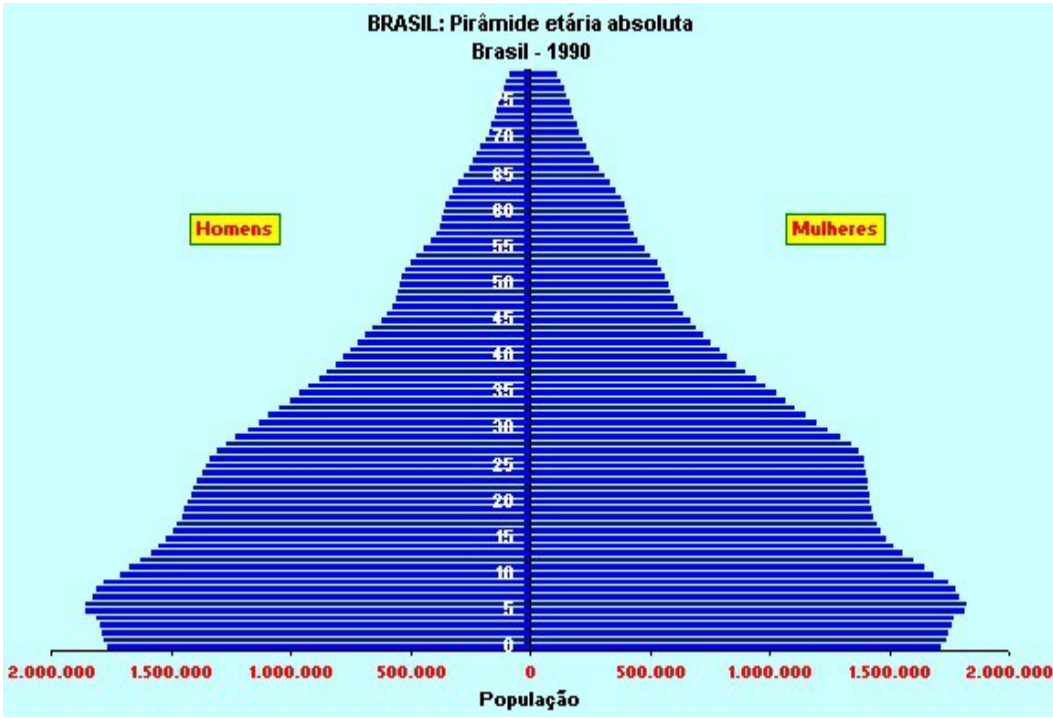
A população idosa, indivíduos com e mais de 60 anos de idade, representada no Brasil 2,4% do total da população no ano de 1940; 2,6% no ano de 1950; 2,7% no ano de 1960; 3,1% no ano de 1970. O aumento desta categoria etária evidencia-se no ano de 1980 com 4,0%; em 1991, 4,8%; 2000, 8,6%; 2008, 11% ou 21 milhões e a projeção para 2020 de 13% ou 30 milhões e em 2050 de 18% ou 46 milhões, figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9 (IBGE,1987; IBGE,1996; IBGE,2000; IBGE/PNAD,2006, IBGE/PNAD, 2010).

Figura 4 – População Brasileira no ano de 1980



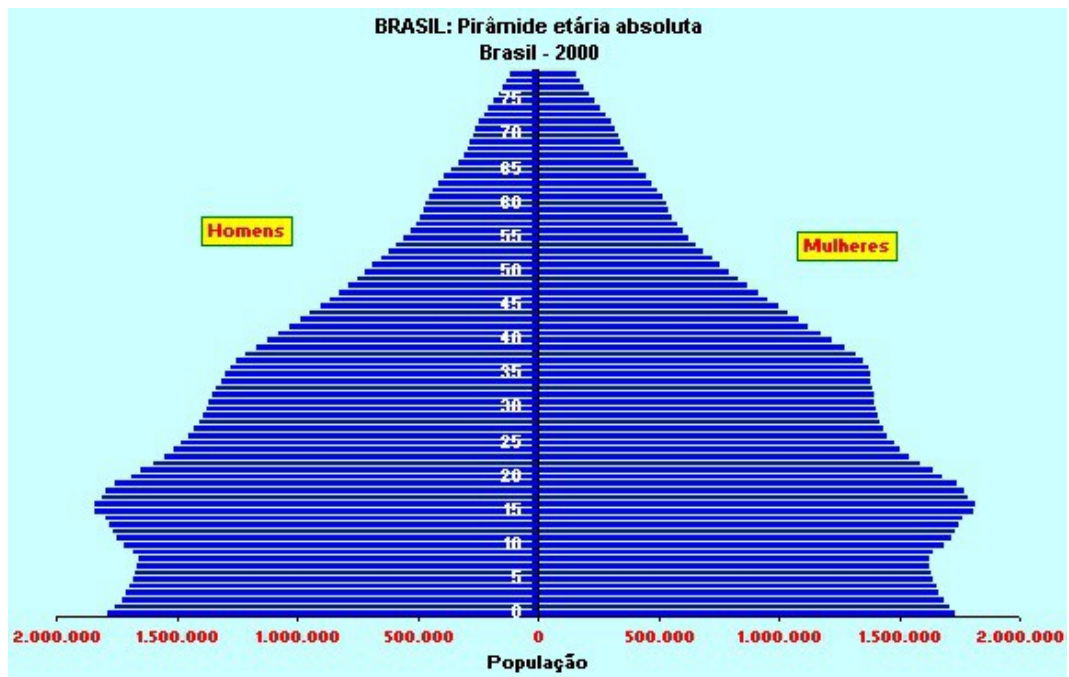
FONTE: IBGE (2010)

Figura 5 - População Brasileira no ano de 1990



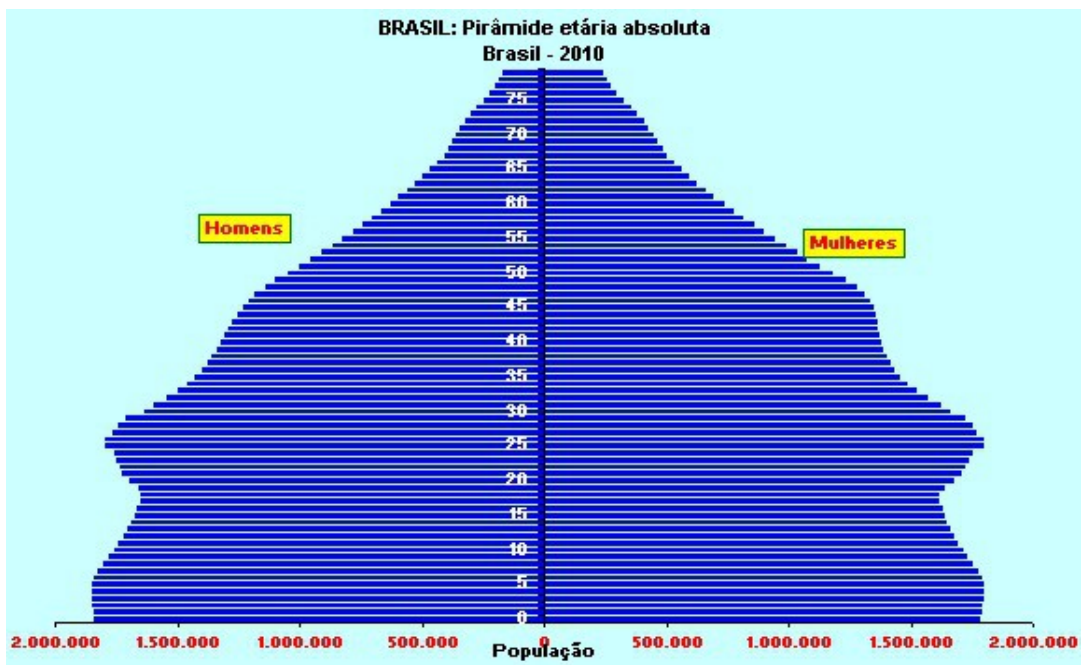
FONTE: IBGE (2010)

Figura 6 – População Brasileira no ano de 2000



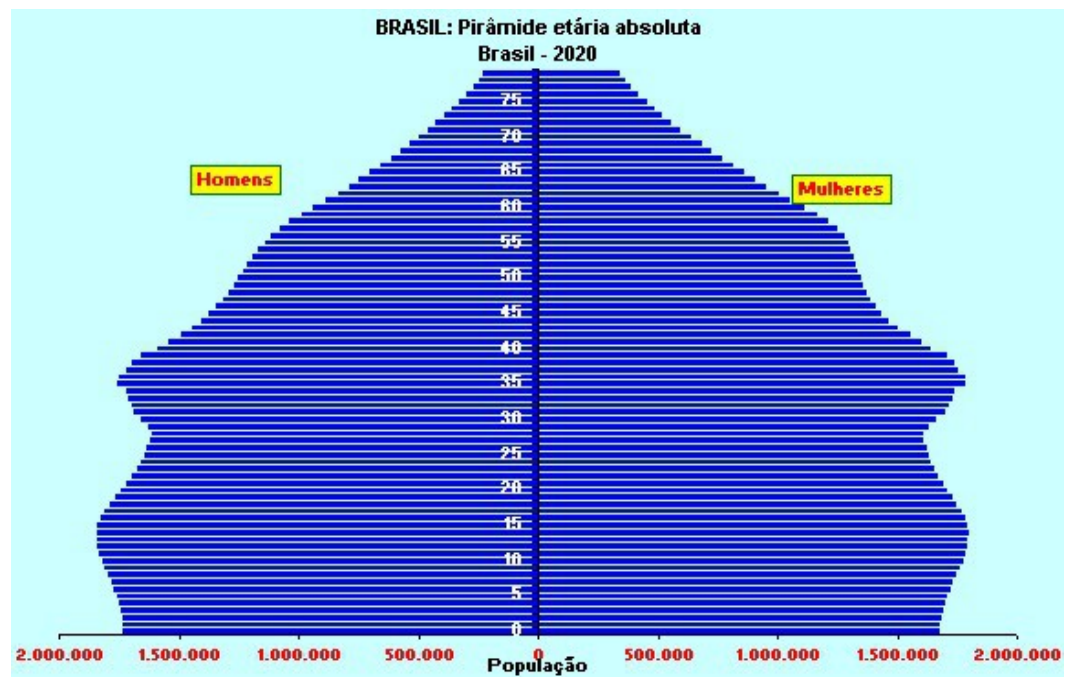
FONTE: IBGE (2010)

Figura 7 - População Brasileira no ano de 2010



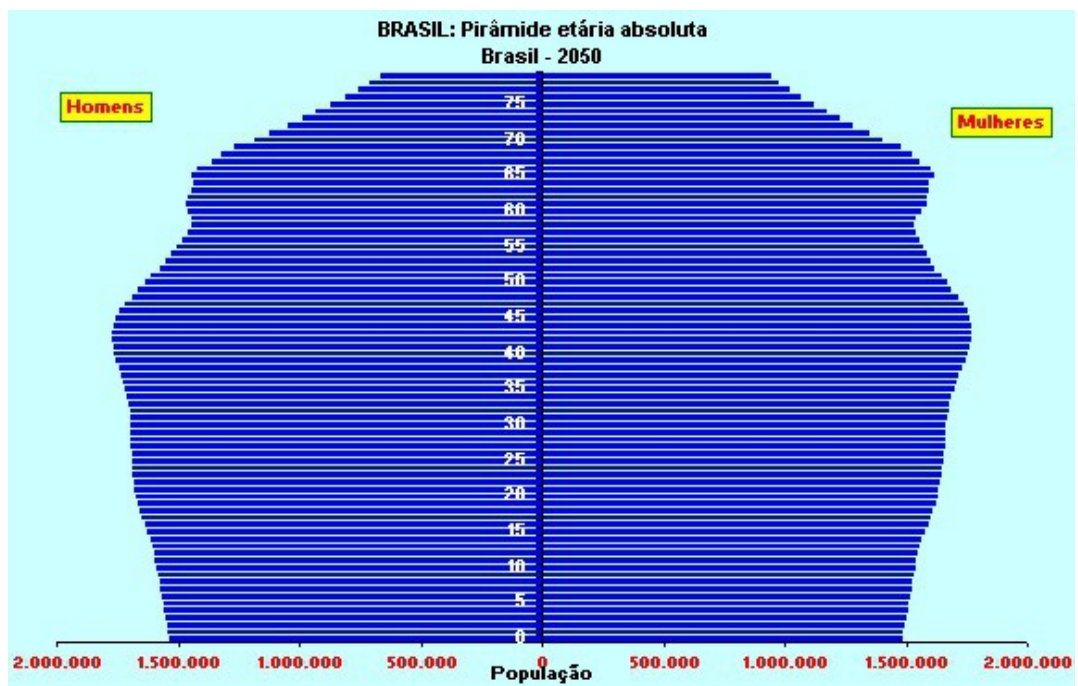
FONTE: IBGE (2010)

Figura 8 – População Brasileira estimada para o ano de 2020



FONTE: IBGE (2010)

Figura 9 – População Brasileira estimada para o ano de 2050



FONTE: IBGE (2010)

Na atualidade, a população idosa feminina representa a maioria do total com 51.3% em relação a masculina, dessas, 11.1% acima dos 60 anos de idade, vivendo em média 08 anos a mais que os homens. A expectativa de vida média de ambos os sexos está em torno de 72 anos de idade com a projeção de 76 anos em 2025. Fatores como a diminuição da natalidade: em 1995, 3.588 nascimentos/1000; 2007, 3.097 nascimentos/1000 e da mortalidade infantil: em 1995, 42 nascimentos/1000; 2007, 28 nascimentos/1000 e o aumento discreto do total de mortes: em 1995, 1.024 mortes/1000; 2007, 1.176 mortes/1000, contribuíram para o aumento do número de indivíduos idosos (IBGE, 2000; IBGE/PNAD, 2006; US CENSUS BUREAU, 2008).

CAPÍTULO II

O CORPO

2.1. O Corpo e as suas perspectivas

A Questão deste Corpo

A questão deste corpo está hoje no esquecimento
dogma sobre ele erguido há muito tempo: é
um corpo flutuante confuso próximo de
um conhecimento verbal
questão em si mesmo questionando teoria
opinião tradicional.

Contamos histórias
renunciamos a determinar-lhe origem
recurso a outro corpo perguntando reclamando
a perder de vista.

Se interrogo retenho a questão quotidiana
o defeito do corpo disponível
ante toda a constatação todo o exame.

(Esta a coragem das mãos ao pensamento
lenta e solitária
no silêncio da pedra disparada
do alto do tempo.)

João Miguel Fernandes Jorge, in "Vinte e Nove Poemas"

As abordagens antropológicas sobre o corpo apesar de diversas tem como sentido comum o pensamento de corpo como uma construção social e cultural e não como um componente da natureza. Então, para que isso aconteça, estabelece-se um processo de “desnaturalização” do que foi dado pela natureza, tanto na percepção e entendimento de regras de comportamento e de classificação social, por exemplo o incesto, quanto pela noção de corpo ao ultrapassar as dimensões

sociais e simbólicas presentes em diversas culturas e épocas. Tal percepção, torna-se própria da Antropologia ao negar o conceito de corpo tão somente como resultado da natureza institiva de um ser humano genérico, mas de um sujeito socialmente constituído que dentre outras estratégias torna-se singular ao se valer do corpo como instrumento participante e modificador de regras e valores sociais (MALUF,2001).

O corpo e toda a sua diversidade, torna-se um objeto de estudo valioso ao participar das relações do homem com seus pares e ele mesmo, pois, nos valores adotados ou renegados sobre a sua existência científica, espiritual e orgânica caracteriza as diversas épocas e sociedades. A diversidade dos territórios do corpo é abundante em cada cultura, tanto na atualidade quanto no passado. Então, no cenário dessa ampla gama de referências quesitos como a singularidade, energia, expressão, mecânica e sensibilidade, auxiliam na difícil tarefa da sua categorização. As singularidades do corpo para Vigarello (2003) pode ser percebida através de pelo menos três grandes faces de existência constituídas pelos princípios da eficácia, da prosperidade e da identidade. A eficácia está ligada a capacidade de ação que o corpo utiliza dos recursos mecânicos ou orgânicos para desencadear uma ou várias ações, as habilidades dos trabalhadores manuais ou na execução de tarefas cotidianas – alimentação, deambulação, higiene, dentre outras e atividades físicas que buscam o condicionamento físico ou lazer. A propriedade relaciona-se com a posse pelo corpo de um espaço ou território pessoal nos limites de sua dimensão biológica, as fronteiras corporais ou “muralhas da intimidade” que possibilitaram ao homem em vários momentos da história estabelecer ou negar uma relação de proximidade ora consigo, ora com os outros. A identidade é definida para alguns,

pois, outros durante a sua vida não conseguem estabelecer a manifestação de um pertencimento por meio da interiorização que define o sujeito ao se valer de expressões e mensagens singulares (VIGARELLO, 2003).

2.2. A História do Corpo

2.2.1. O Corpo na Antiguidade Primitiva e Clássica

No início da humanidade o corpo e as atividades a ele delegadas, caça, preparo da alimentação, defesa, meio de comunicação, eram essenciais em determinar a sobrevivência individual ou do grupo. Tal envolvimento para o homem primitivo supera a necessidade em demarcar o território e constituiu-se como peça fundamental no processo de socialização entre os homídeos, através da gestualização de intenções o que tornou possível a criação e organização e evolução dos grupos de humanos. Nesse momento, a integração com a natureza fundamenta as relações sociais, tornando-se parte do cotidiano e responsável pela regulação do ciclo vital ao determinar nascimento, vida e morte, associadas aos fenômenos climáticos e as estações do ano. A valorização do corpo como instrumento de sobrevivência modifica-se com o passar do tempo adquirindo o papel classificatório do indivíduo nas sociedades (GONÇALVES, 1994).

A atual concepção de corpo tem a influência dos povos gregos e latinos, na medida em que absorveram, fundiram e transformaram as culturas provenientes do Mediterrâneo. Assim, a condição da consolidação do corpo como determinante na organização social de uma sociedade é representada através dos ideais estéticos

gregos da beleza, a simetria e a perfeição. Os princípios gregos de corpo estavam fundamentados na dualidade corpo e mente, o primeiro parâmetro relaciona-se com a racionalidade, a matéria, o inteligível; o segundo, a sensibilidade, a ligação com um mundo além dos vivos. O pensador responsável pela introdução desse conceito foi Sócrates ao idealizar o ser como uma unidade corpórea e uma alma imortal. Posteriormente, Platão adota uma postura de negligência do corpo ao estabelecer que alma seria eterna, pura, sábia em relação ao corpo mortal, impuro, e degradante. Apesar da racionalidade ser uma característica marcante na cultura grega, era concebida em duas partes, a mítica e a racional (GALLO, 2000; RUSSEL, 2002).

os povos que cultivaram o corpo mais do que o espírito deram preferência aos espetáculos em que se mostram a força do corpo e a maleabilidade e a motricidade dos membros. Os que cultivaram o espírito mais do que o corpo deram preferência às representações em que assistimos aos recursos de inteligência, da astúcia, das paixões. Os gregos cultivaram um e outro, e estimaram as duas formas de espetáculos. (BRAUNSTEIN e PÉPIN, 1999. p. 45)

A dedicação ao culto da estética, séculos VII e VI a.C., é devida à presença da matemática em toda a cultura, principalmente ao correlacionar a noção de proporção dos segmentos corporais como referência de beleza e perfeição. O preceito da perfeição dos corpos foi utilizado na idealização das figuras dos deuses, um ideal a ser alcançado pelos mortais.

O exercício do poder por intermédio das competições esportivas, os jogos olímpicos, celebravam as qualidades corporais, pois, o sucesso e a popularidade provenientes do êxito nos torneios exercia inegável fascínio social, tanto que inúmeras disputas territoriais resolveram-se nos jogos. As qualidades corporais como agilidade, destreza, e força, reconhecidas como condicionantes ao vencedor

não se restringiam apenas ao universo das competições, tal sentimento era extensivo aos campos militares e políticos. Entretanto, as transformações da estrutura social eram condicionadas pela alternância do conflito armado entre os povos e tempos de paz, o que resultou na valorização da coletividade, do trabalho e do pensamento individual (HEROLD,1997).

Os valores estéticos de beleza exaltados através da mitologia, artes, teatro, dança, rituais festivos, permearam toda a história grega em razão da convivência dos valores ditos racionais (BRAUNSTEIN e PÉPIN,1999).

A ascensão do Império Romano impõe a construção de pensamento filosófico e novas acepções corporais, apesar da extinção das Olimpíadas por Teodósio no século IV a.C., mantém-se o referencial de beleza grega em associação com os ideias etruscos. No transcorrer do tempo, o corpo assume representações relacionadas em manifestações místicas e religiosas (GOMBRICH,1999).

Os princípios gregos foram assimilados e adaptados pelos romanos, porém, o diferencial em relação ao entendimento de corpo está em significar o homem apoiando-se em conceitos como a alma e a natureza. Portanto, a divergência está na valorização da experiência pessoal, afirmando a relação do eu com o mundo contribuindo para o surgimento da noção de pessoa, de sujeito. A arte exemplifica esse conceito ao retratar as autoridades com realismo, não mais com o idealismo grego. Os escultores procuraram reproduzir a dignidade da idade e não a decadência. Dentre os valores sociais praticados no cotidiano, pode-se destacar que a moral para os romanos torna-se a sua maior preocupação em oposição ao interesse do esoterismo matemático e reencarnação do pensamento grego. Nesse contexto, o Estoicismo, escola filosófica grega que integra a lógica pela física e ética,

articulados em princípios como a busca da felicidade, a simplicidade, a virtude e a reprovação do corpo e seus prazeres, adapta-se com facilidade ao modo de vida romana. A união entre as concepções gregas e romanas tem Cícero (106 a.C – 43 d.C.) como referência ao conceber que o ser humano caracteriza-se pela utilização da linguagem e razão aspirando a felicidade como legítima. Esses princípios podem ser considerados como os do nascimento do humanismo e que resurgirão no Renascimento (BRAUNSTEIN e PÉPIN,1999).

2.2.2. O Corpo na Idade Média

Na Idade Média a sociedade feudal apresentava características essencialmente agrárias e um domínio comportamental dos indivíduos pelas instituições religiosas. Nesse panorama o corpo continua determinando os relacionamentos sociais, características como altura, cor de pele, peso corporal e gênero interferem na distribuição das funções sociais, a alocação de indivíduos em castas reafirma a impossibilidade de mobilidade social inter-classes (GOMBRICH,1999).

Então disse Deus: "Façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança. Domine ele sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu, sobre os grandes animais de toda a terra e sobre todos os pequenos animais que se movem rente ao chão.Criou Deus o homem à sua imagem, à imagem de Deus o criou; homem e mulher os criou." Genesis 2,1,26-28

O corpo medieval fundamenta-se através da concepção judaico-cristã ao introduzir uma noção de uma alma que continua no além, sendo exigido o sofrimento do corpo que carrega o pecado original como caminho de purificação e elevação até Deus. O comportamento na vida terrena, determina o alcançar de uma promessa de realização no plano do além-vida como uma forma de premiação. Evidente que o objetivo de um descanso eterno e satisfatório da alma ou do espírito era condicionado por meio de uma obediência rígida à vários preceitos religiosos. É interessante observar que apesar dessa rigidez, as crenças cristãs conviviam com as concepções pagãs, jejum em dias santificados e exagero em ingerir alimentos e bebidas nos demais. O corpo era local de conflito do bem e do mal, milagre e pecado, desejo e castigo e o aparecimento das doenças era considerado como consequência dos pecados cometidos ou possessões demoníacas (PORTER,1992).

A atuação e a presença das instituições religiosas foram responsáveis pelo comportamento contido do homem medieval. Tal condição é resultado de um código de conduta extremamente rígido. O cerceamento da liberdade, interferiu restringindo as manifestações de criatividade em todas as áreas e de qualquer tipo de prática corporal, atividades de treinamento físico, análise do corpo humano para estudo anatômico e das doenças. Portanto, a perspectiva dualista, de corpo e alma ou espírito, foi retomada ao interpretar a visão de corpo como corrupto, impuro e pecaminoso, necessário ser coberto ou escondido para não impedir o desenvolvimento da alma até alcançar o estado de pureza (GOMBRICH,1999; JAFFÉ,2008).

2.2.3. O Corpo e o Renascimento

O aperfeiçoamento da produção agrícola e dos meios de transporte na sociedade feudal induz a consolidação de um processo de maior comércio entre os feudos, feiras e centro comerciais, o que originam as cidades medievais. Essas transformações preconizaram a instalação da indústria moderna, o início do sistema capitalista, a busca do lucro, os costumes e tradições substituídos pelo mercado e novos arranjos quanto à divisão, execução e disponibilidade de tarefas (DUBY,1999).

O entendimento do corpo humano no renascimento é representado como uma ruptura na dicotomia corpo-alma. O método científico determina as ações no Renascimento, consequência dos avanços técnico-científicos. A visão de corpo, nesse momento, é determinada pelo cientificismo que propõe a junção entre conhecimento, disciplina e controle, pois todas as atividades físicas eram prescritas por um rígido sistema de regras. Portanto, a natureza humana e sagrada não é mais intocável e permite a sua investigação. A partir do momento que as suas partes dissecadas e estudadas exaustivamente são comparadas à peças de um mecanismo por René Descartes e a doença não tem a conotação de castigo divino, mas de causa orgânica, a consequência é que esse homem renascido é conduzido ao redescobrimento das belezas do corpo, da natureza, das leis da mecânica, física e química, da causalidade, percebidos como uma ciência. Os preceitos da época medieval, o sentimento religioso, o irracional, o misticismo, estão cada vez mais distantes do pensamento que passam a ser suprimidos pelo pensamento lógico que considera o elemento antagônico do corpo não mais a alma, mas a razão (DUBY,1999; PORTER,1992)

2.2.4. O Corpo no mundo contemporâneo

A medicina no final do século XVIII assume um papel de importância na condução da vida dos sujeitos. Em torno de 1750, são implementados algumas medidas ligadas à higiene corporal como o banho posto de lado na Idade Média. Além disso, são criados, o papel descartável, os penicos são esvaziados diariamente, utilizam-se tecidos como o algodão que permite maior liberdade de movimento ao corpo e valas que drenam nas ruas a água da chuva e esgotos e as tornam mais limpas (VIGARELLO, 1985).

A grande transformação social, o sujeito pensante, tem no século XIX o seu impulso, pois nesse momento surgem importantes correntes de pensamento filosófico, social e médicos (BRAUNSTEIN, 1999).

As mudanças sociais, políticas e econômicas observadas no século XX para Braunstein (1999) se processaram de uma forma vertiginosa. Após a segunda guerra mundial o corpo é reflexo de um social que é dominado pelas ideias de reconstrução, da proliferação, da ciência em todas as áreas, o início de um consumismo massificado, o corpo-mercadoria. Nas artes, Picasso representa o corpo transformado além das suas formas naturais ao retratá-lo através de linhas, figuras geométricas e ângulos agressivos. Os programas na área biomédica foram multiplicados, por exemplo, os RX que desvendam os contornos e as deficiências de um corpo, os medicamentos que prolongam a vida, a clonagem de seres vivos que levantam questões éticas, a decodificação do código genético humano que ao identificar as proteínas formadoras das estruturas orgânicas permite o avanço nas pesquisas terapêuticas. Enfim, nunca em nenhum outro momento da história o corpo

foi tão desmembrado em partes e tão facilmente manipulado tanto no aspecto biológico quanto no social.

2.2.5. O Corpo na Atualidade

A condição do homem, nas culturas ocidentais, é corporal na medida em que o corpo humano assume o papel de promoção da individualização do sujeito no tecido social. Tal condição é determinante, pois, estabelece a separação de um indivíduo e outro. Sendo assim, as tentativas em modificar, acrescentar ou subtrair, colocar o homem em posição ambígua e intermediária rompendo as barreiras simbólicas representadas através das modificações na sua forma corporal com consequente risco de alteração da identidade pessoal (LE BRETON, 2005, p 52).

O corpo na atualidade faz parte de uma esfera além da própria de cada sujeito, tem a participação do olhar do outro, das instituições religiosas, das grandes corporações financeiras e do Estado, pois, “a nova política, como a nova moral, não se casam de nos responsabilizar pela sua posse numa medicalização médica que impregna todos os discursos, fazendo do corpo a nova religião” (Tucheman, 1999, p 153) e assim espera-se que o corpo assuma multi facetas e atue:

A Olhar, a imaginar, a saudar, a exaltar, a cuidar, a melhorar, a emagrecer, a engordar, a manipular, a manejar, a treinar, a exercitar, a treinar, a indicar, a sorrir, a seduzir, a excitar, a transformar, a representar, a acrescentar, a queimar, a cortar, a massajar, a comer, a gritar, a esbracejar, a castigar, a punir, a desfazer, a comungar e a salvar esse objecto a que chamamos corpo (RESENDE, 1999, p 16).

A estrutura da sociedade de consumo insere o corpo em vários contextos, a saber, cosméticos, têxteis, calçado, higiene pessoal, produtos alimentares, objetos e

procedimentos estéticos como brincos, *piercings* e tatuagens. Tais artifícios reforçam a ligação de corporeidade com os avanços científicos e tecnológicos ao modificar as partes ou o todo do corpo de maneira voluntária ou induzida, pois, “o corpo socializado aprende os usos das técnicas corporais de acordo com os contextos onde se encontra inserido” (Resende, 1999, p 16). Portanto, falar em corpo só faz sentido quando correlacionado com o sujeito, e não apenas às suas partes ou procedimentos a que possam ser expostos (BRAUNSTEIN, 1999).

As fronteiras do corpo, que são simultaneamente os limites de identidade de si, despedaçam-se e semeiam a confusão. Se o corpo se dissocia da pessoa e soa torna circunstancialmente um fator de individualização, a clausura do corpo não basta mais à afirmação do eu, e então toda a antropologia ocidental se eclipsa e abre-se para o inédito. O corpo é escaneado, purificado, gerado, remanejado, renaturado, artificializado, recodificado geneticamente, decomposto e reconstruído ou eliminado, estigmatizado em nome do espírito ou do gene ruim. Sua fragmentação é consequência da fragmentação do sujeito. O corpo hoje é um desafio político importante, é o analista fundamental de nossas sociedades contemporâneas (LE BRETON, 2013, p.26).

CAPÍTULO III

MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Delineamento do Estudo

A metodologia para Minayo (2007) é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui simultaneamente a teoria da abordagem, método, os instrumentos de operacionalização do conhecimento, as técnicas e a criatividade do pesquisador, experiência, capacidade pessoal e sensibilidade, articulando-as com a teoria, a realidade empírica e os pensamentos sobre a realidade.

Como abrangências de concepções teóricas de abordagem, teoria e metodologia caminham juntos, intrincavelmente inseparáveis. Como conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2007. p.15).

A pesquisa qualitativa em comparação a quantitativa estabelece uma visão mais focada na profundidade, numa riqueza de detalhes, enquanto a pesquisa quantitativa reduz-se na amostra ou número de sujeitos (CHAROUX, 2006).

A abordagem qualitativa para Minayo (2007) possibilita aprofundar os significados das ações e relações humanas, a fim de desvendar o fenômeno e suas origens, captando o significado de inserção na vida de cada sujeito. Portanto, esse

método favorece a descrição dos dados obtidos no contato direto do pesquisador com o pesquisado e ênfase à subjetividade, uma vez que o foco de interesse é a perspectiva dos participantes, propiciando a flexibilidade no processo de estudo.

Trabalha com universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável (MYNAYO, 2007. p 164).

A pesquisa qualitativa propõe o entendimento não apenas do fenômeno pesquisado, mas, do contexto em que esse fenômeno está inserido o que possibilita o descobrimento do significado a respeito do objeto a ser estudado. Tal resultado é alcançado através da identificação de pontos de vista, percepções, abstrações e processos (CHAROUX,2006).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 1995. p 79)

Os instrumentos de coletas de dados utilizadas nas pesquisas qualitativas para Minayo (2007) são a história da vida, os grupos focais, a observação participante e a entrevista.

Este trabalho tem como característica metodológica a pesquisa direta, ou seja, a busca direta de dados diretamente na fonte de origem utilizando-se métodos e instrumentos comprovados cientificamente para a coleta de dados (Mattos; Rosetto Junior; Blecher, 2003). Num primeiro momento tal processo dá-se de uma

forma descritiva no sentido de levantar as características conhecidas e componentes do processo fato/fenômeno/processo através de observações ou levantamentos sistemáticos do tema escolhido na aplicação de uma entrevista semi-estruturada. No segundo momento, assume as características de trabalho exploratório no sentido de conhecer melhor o problema, elaborar hipóteses, aprimorar idéias e descobrir intenções. Em relação ao local tem como característica a pesquisa de campo pela coleta de dados e observação do fato/fenômeno/processo *in natura*. O Procedimento de coleta de dados dar-se-á *post-facto* em virtude do processo investigado já ter ocorrido e não ser manipulável (Santos, 2002) através da utilização do questionário estruturado para graduar a qualidade de vida denominado SF-36. Finalmente terá o viés de transversal por focar o problema estudado em um determinado momento, permitindo estabelecer o que acontece no instante da pesquisa ao contrário da longitudinal que estende-se por um período de tempo prolongado (REMENYI *et al.*, 1998).

Pretende-se verificar as correlações entre a velhice e o corpo reproduzida por professor e alunos na disciplina de Gerontologia do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino superior Pública no Estado do Paraná.

3.2. Amostra

A população estudada é formada pela comunidade universitária, alunos e professor, de uma Instituição de Ensino Superior Pública da cidade de Guarapuava no estado do Paraná que contempla o curso de Fisioterapia. Portanto, através de

seleção de amostra constitui-se de um professor e dez alunos, o que perfaz o total de 11 sujeitos.

3.3. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão aplicam-se aos alunos que estão cursando a 3ª. série e professor, ambos do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior Pública da cidade de Guarapuava no estado do Paraná.

3.4. Critérios de Exclusão

Os sujeitos que não pertençam a comunidade universitária da Instituição de Ensino Superior Pública da cidade de Guarapuava no estado do Paraná.

3.5. Protocolo de Avaliação

Todos os sujeitos do grupo foram submetidos a apreciação pela Comissão de Ética e Pesquisa da UNICENTRO conforme preconiza a portaria n.196/96 do Ministério da Saúde. Inicialmente os participantes tomaram ciência a respeito da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE, anexo I, e após a sua concordância foram aplicados, um protocolo de avaliação que constitui-se de questionário semi-estruturado.

Inicialmente foi aplicado um questionário semi-estruturado, anexo II e III, que deve conter dados de identificação de todos os sujeitos, a saber, idade, gênero, qual a idade dos seus pais e situação sócio-econômica. Aos professores acrescentam-se

os itens, há quanto tempo leciona a disciplina, qual a sua qualificação docente, apresenta que tipo de relação profissional e pessoal com velhos; aos alunos, além dos dados gerais, apresenta algum tipo de relacionamento com idosos, parentesco ou não. Na sequência será aplicado um questionário aberto com a palavra “velho” como título com o pedido de associação de 10, dez, termos correlacionados a esta palavra num menor tempo possível caracterizada pela técnica de tempestade cerebral. Tais procedimentos realizar-se-ão no início e final do ano letivo.

Num segundo momento foram coletados e analisados os planos de ensino das disciplinas afetas ao envelhecimento, pois nestes encontram-se informações como ementas e plano de aulas para que seja analisado o conteúdo lecionado. Portanto, pretende-se verificar qual a proporção da temática gerontológica com ênfase às ciências sociais e geriátrica que cada docente repassa aos alunos.

3.6. Resultados

O docente entrevistado apresenta graduação em Fisioterapia, em Universidade particular, especializações na área de Gerontologia em Universidade privada e mestrado em Tecnologia em Saúde em Universidade particular. A formação acadêmica definiu-se da seguinte forma, graduação ocorreu há 16, a especializações 11 anos e mestrados 1 ano. A faixa etária situa-se em 35 anos, casado, residem com seus conjuges, e tem dois filhos de 5 e 2 anos. Atua na docência universitária durante o período de de 7 anos. Durante o período de docência atua nas seguintes disciplinas: Fisioterapia Aplicada a Saúde do Idoso, Administração em Fisioterapia, Fisioterapia em UTI e Fisioterapia Aplicada a Saúde

da Mulher. Ao relacionarem quais os conceitos que associam com a palavra velho, a saber, aposentadoria, demência, dificuldade financeira, discriminação, doenças crônicas, exclusão, experiência, fragilidade, funcionalidade, limitações físicas, negação, prevenção, qualidade de vida, saúde, senescência, senilidade. Encontrou-se a repetição nos termos experiência, funcionalidade e qualidade de vida.

Os alunos pesquisados, 10 no total, estão distribuídos em relação ao gênero, 7 feminino e 3 masculino, 10 solteiros, a média de idade total é de 20 anos e desses a média masculina é de 19 anos e a feminina 20 anos. Todos os sujeitos residem acompanhados. Portanto, estão acompanhados pelos pais, esposa, filhos, avós, tios, e acompanhantes sem relação de parentesco. Os pais têm como média final a idade de 43 anos, pais 44 anos e mães 43 anos. Em relação a capacitação acadêmica não apresentam nenhum em outro curso universitário, apenas um indivíduo com curso de aprimoramento na área de posturologia e nenhuma pós-graduação.

Com o intuito de conhecer as opiniões dos pesquisados sobre a relação entre velhice, corpo, e disciplinas importantes para a formação discente, foram aplicados questões abertas.

O docente, respondeu da seguinte forma:

1. Como você compreende a presença da velhice na sociedade ?

Quando apresentam boa qualidade de vida, saúde, disposição, são tomados como exemplo, porém, para que isso ocorra deve ser reflexo de toda uma história existencial. Já em contrapartida, quando são doentes e precisam de cuidados, a maioria da sociedade os exclui, familiares reclamam, os custos para manutenção

são caros, desta forma se esquecendo de que já foram produtivos e que todos irão envelhecer.

2. Qual a relação que existe entre corpo e velhice ?

Corpos que tiveram e têm uma boa qualidade, alimentar, psicológica, atividade física, intelectual entre outras, tendem a sentir com menos impacto os processos naturais a que são submetidos quando envelhecem.

3. Quais as disciplinas que considera importantes para entender velhice e envelhecimento? Por que ?

Fisiologia, Dermato-funcional, Neurologia, cardiologia e Reumatologia. O processo de envelhecimento causa deteriorações globais, acredito que falta base científica e as disciplinas citadas acima contemplam uma grande gama das doenças provenientes do envelhecimento. Porém, praticamente todas as sub-áreas da saúde apresentam ligações com o processo do envelhecimento, exceto Gineco-Obstetrícia, Neonatal e Pediatria (Universidade Pública).

4. Quais as disciplinas faltariam ? Por que ?

Fisiologia aplicada a Geriatria, para que se possa entender e justificar melhor o que acontece ao organismo durante o processo do envelhecimento (Universidade Pública).

Os discentes, responderam da seguinte forma:

1. Como você compreende a velhice na sociedade ?

Entrevistado 1: Contribui relativamente e ativamente nas residências como uma forma de conhecer seus antecedentes familiares.

Entrevistado 2: A velhice para muitas pessoas é um peso, pois muitos acham que os idosos não servem para nada mais, eu discordo pois todo mundo um dia

envelhece, é um fenômeno fisiológico que nos tornará especiais, vivenciando o passar dos anos e vendo o crescimento de nossos descendentes.

Entrevistado 3: Todo mundo vai ficar velho um dia. Velho não é ficar doente, mas diminuição das capacidades física. Eles devem possuir direitos e serem respeitados.

Entrevistado 4: Diante das evoluções da medicina, aumento da expectativa de vida, a sociedade atual encara um aumento do número de idosos. Hoje em dia, essa parcela da população está ultrapassando 10% do total. Isso leva a alguns impactos principalmente em relação à questões financeiras e de saúde. Mais idosos representa menos pessoas trabalhando e recebendo a aposentadoria do governo, além de inúmeros medicamentos. Viver mais foi e é o que as pessoas, a sociedade sempre buscar, e agora é a hora dela se preparar para os impactos que surgirão devido a essa mudança demográfica. Além disso, como a sociedade envelhece, é necessário mudar a maneira como enxergamos os idosos, não como pessoas carentes, necessitadas, etc. Mas isso é apenas o começo.

Entrevistado 5: Para alguns é como um peso, algo para atrapalhar, para dar dinheiro, deixar subir no ônibus e etc. Para outros é ajudar, respeitar, ouvir, cuidar.

Entrevistado 6: Muito preciosa porque eles têm muita experiência de vida para passar adiante o que muitos ainda precisam aprender. Além disso um aumento de idosos indica que a qualidade de vida no país está melhorando.

Entrevistado 7: A velhice na sociedade hoje em dia está presente em uma quantidade muito maior em relação à anos anteriores. O que mostra que os hábitos de vida das pessoas e, o constante crescimento da medicina em geral está ajudando a população a ficar com a idade mais avançada, isso faz com que a taxa de

mortalidade diminua, o que por consequência a quantidade populacional cresça a cada ano que passa. Para o campo da saúde principalmente, esse grande número de idosos favorece a um aumento de trabalhos dentro da geriatria, sendo esta, desde já uma grande demanda de profissionais.

Entrevistado 8: É o ciclo da vida. Nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos, idosos são as pessoas que possuem uma maior vivência e experiência de vida.

Entrevistado 9: Compreendo que o idoso tem uma participação importante na sociedade, pois são indivíduos que tem muita experiência em relação a vida devido suas percepções do cotidiano.

Entrevistado 10: Compreendo como um ciclo da vida. Porque nós nascemos, crescemos e envelhecemos, ou seja, é importante a velhice também pois quer dizer que essa população tem uma maior expectativa de vida. Poucos investimentos, altos custos, exclusão.

2. Qual a relação que existe entre velhice e corpo ?

Entrevistado 1: Corpo paga pelos sinais do envelhecimento.

Entrevistado 2: Alterações fisiológicas, levando a diminuição de algumas substâncias no nosso organismo, levando a rugas, diminuição da capacidade funcional dos órgãos, etc.

Entrevistado 3: Diminuição das capacidades gerais. Envelhecimento senil do corpo todo.

Entrevistado 4: Em média, nosso desenvolvimento físico chega ao seu platô por volta dos 25-30 anos. Após isso, ocorre um declínio de todas as funções do

organismo. Isso é fisiológico e normal. O que realmente complica na velhice, são os distúrbios associados que eles podem apresentar, como os cardiovasculares, respiratórios, neurológicos, osteomioarticulares, psicológicos, etc. E é exatamente isso que gera os maiores impactos, pois gera gastos e um peso para a família. Entender que a diminuição da capacidade física é algo natural e de suma importância, para que o idoso não venha a se tornar alguém recluso da sociedade ou até depressivo. Uma atenção à prevenção de doenças e problemas é necessária desde antes do indivíduo chegar a 3ª idade, para que ele possa chegar o mais inteiro possível à velhice.

Entrevistado 5: A velhice altera o corpo em todos os sistemas, morfológica e funcionalmente, basta sabermos aprender a encarar novas mudanças.

Entrevistado 6: O corpo é uma forma de expressão e no caso da velhice ela se expressa nas formas, na fragilidade, na agilidade, na forma de ver e vivermos a vida.

Entrevistado 7: A velhice está relacionada diretamente a perda parcial de pelo menos alguma funcionalidade do organismo. Pois com o passar dos anos, em foco a velhice, órgãos, por exemplo, já não desempenham o papel total da sua função, o que pode trazer doenças patológicas ou fisiológicas ao corpo. As patologias adquirem-se pela agressão ao organismo. Já as fisiológicas, são as perdas da funcionalidade. Assim sendo, o corpo, apresenta características marcantes próprias da velhice.

Entrevistado 8: A medida que vamos ficando mais velhos o nosso corpo vai se transformando, vai tornando-se mais gasto e usado, os sistemas começam a

apresentar falhas, os tecidos começam a ficar com suas funções defeituosas. Enfim, ficamos mais frágeis, necessitando de maiores cuidados e atenção. Além disso, os idosos necessitam de muito amor e carinho para que essa transformação não se torne uma coisa ruim.

Entrevistado 9: O corpo naturalmente envelhece com o decorrer dos anos, fazendo com que ocorra, muitas vezes uma perda de funcionalidade dos idosos.

Entrevistado 10: Que com o tempo nosso corpo tende a envelhecer, podemos tentar achar alternativas para retardar isso, mas, chega uma hora que a velhice se torna inevitável. O corpo é reflexo da idade, e quantidade de exposições sofridas pela vida. Corpos saudáveis geram velhices ativas e produtivas.

3.7. Discussão

3.7.1. As Ciências da Saúde

A separação lenta e progressiva do ser humano e a sua totalidade, tem encontrado fundamentação desde a idade média através de práticas de isolamento e questionamentos entre a matéria física e o espírito, não observadas nos períodos históricos anteriores. Entretanto, a partir da Idade Moderna e com prolongamentos na fase contemporânea, o desligamento entre o ser humano e a natureza, detém no corpo como ponto principal de dominação do sujeito. Tal perspectiva na Modernidade fundamenta-se no conceito de indivíduo como um “ser moral, independente, autônomo e, assim, não social” (Dumont, 1985), o que determina não

somente a separação do ser humano e a natureza, mas, entre todos os seres humanos que se tornam indivíduos (SILVA, 1999).

A Revolução Industrial que atingiu a todos os países da Europa até 1870, tem como característica a construção de um novo modelo de sociedade, a capitalista, em substituição ao modelo feudal organizado em classes sociais como a nobreza, o clero e os plebeus. Ao final do século XIX uma regra importante do capitalismo vigente, a livre concorrência, transforma-se com a substituição do número significativo de produtores em diversos ramos da indústria pela concorrência limitada a concentração de poder econômico e político em monopólios e oligopólios. O modelo industrial transforma-se principalmente em razão à associação com instituições bancárias com o objetivo de permitir a sua sobrevivência e expansão. Nesse contexto e tendo a superprodução de manufaturados o crescimento para fora da Europa torna-se imprescindível para continuar a suprir as necessidades do capitalismo europeu. Tal expansão ao ultrapassar as fronteiras geográficas europeias, depara-se com civilizações seculares fundamentadas por práticas sociais ausentes na Europa como o politeísmo, poligamia, castas sociais, dentre outras, e economias predominantemente agrárias com restritos parceiros comerciais e indústrias. Essa situação favoreceu a inserção dos ideais capitalistas em detrimento a cultura local. Assim, a conquista a que passa pela dominação dos valores sociais em países africanos e asiáticos encontra no discurso das missões civilizadoras que se justificaram através do discurso público como forma de elevar essas nações do seu estado primitivo ao desenvolvimento o pretexto para não despertar questionamentos éticos na opinião pública dos colonizadores. A atuação europeia foi intensa, pois, a qualquer custo o plano de dominação incluía estratégias em

introduzir valores do colonizador em substituição às tradições seculares. Entretanto, com o passar dos anos movimentos reivindicatórios, revoltas e conflitos cada vez mais frequentes tornam-se um risco a manutenção da ordem colonizadora. A industrialização na Europa e a expansão colonizadora promoveram um sentimento de otimismo e nacionalismo principalmente em relação ao progresso material europeu. Apesar disso, frequentes conflitos sociais, empobrecidos e exploradores – camponeses e operários organizam-se em associações partidos políticos exigindo mudanças econômicas, políticas e sociais. Nesse panorama, os primeiros pensadores sociais positivistas adotam a ideia de ordem e progresso. A ordem, responsável pela evolução da sociedade da mais simples à mais complexa tem como objetivo o ajustamento do indivíduo às condições interclasses estabelecidas e garantir assim um melhor funcionamento da sociedade. O princípio da ordem rege as transformações sociais, necessárias para a evolução social ou o progresso. Para que tal processo acontecesse conflitos representavam um risco a ordem estabelecida, ou seja, a existência da sociedade. A identificação desses dois movimentos, ordem e progresso, foi denominado por Auguste Comte como dinâmico, a passagem para as formas mais complexas de existência: industrialização; e estático, representado pelas instituições: família, religião, propriedade, linguagem, direito, responsáveis pela preservação de toda a organização social privilegiando o estático sobre o dinâmico, a conservação sobre a mudança. Portanto, o progresso deveria aperfeiçoar os elementos da ordem e não destruí-la. Tal paradigma justificaria a intervenção na sociedade sempre para assegurar a ordem ou promover o progresso, ao garantir a existência da sociedade burguesa industrial tanto na ocorrência de movimentos reivindicatórios quanto na

resistência das sociedades agrárias ou pré-mercantis em aceitar o modelo industrial e urbano do colonizador (COSTA,1997).

A medicina que se estrutura na modernidade, revoluções burguesa e industrial, incorpora o saber provenientes das ciências emergentes, a microbiologia, a anátomo-patologia e as práticas sociais. Nesse sentido, a filosofia do positivismo de Auguste Comte, que tem como fundamento a racionalidade para estabelecer os procedimentos científicos e identificar numa ordem os grandes fenômenos reforça a identificação do indivíduo com sua dimensão corporal (COMTE, 1990; SILVA, 1999).

3.7.2. Saúde, Doença e Envelhecimento

Os esforços para se medir exatamente o grau de envelhecimento de uma pessoa parecem derivar de uma outra dificuldade da Gerontologia: o desafio de estabelecer as fronteiras entre a saúde e a doença na velhice. Canguilhem adverte-nos que talvez a nossa sociedade tenda a confundir saúde com juventude. No caso da velhice, há indícios de que vivemos uma grande contradição: por um lado ela parece ter sido concebida como uma espécie de doença, pois é medida justamente pelo grau de degeneração que causou ao organismo (GROISMAN, 2002. p. 67).

As Ciências Sociais, desde a década de 1920 introduzem no campo de atuação das ciências biomédicas a associação da problematização de categorias como normal, anormal e patológico, pois, “a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, em como ideais estéticos e religiosos” (Birman,2005 p.13). Portanto, no sentido de provocar a discussão sobre o monopólio dos discursos biológicos ao incluir conceitos que envolvem as dimensões simbólica, ética e política, Georges Ganguilhem (1904-

1995), em sua tese *O Normal e o Patológico* (1943), afirmou que o exercício de uma terapêutica fundamentada no conhecimento médico seria uma continuidade espontânea, própria da vida, ao levar em consideração que essa é constituída de obstáculos à sua manutenção e desenvolvimento (CZERESNIA, 2010).

Que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa. Em filosofia, entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que propomos falar sobre uma normatividade biológica (CANGUILHEM, 1995, p.96)

Segundo Canguilhem (1997) a relação entre os fatores responsáveis pela preservação ou destruição de um organismo e das suas estruturas, macro e microcelulares, define o conceito de normatividade biológica. Essa inter-relação se estabelece através da propriedade da autoconservação, ou seja, sob a influência de agentes construtores ou destruidores, polaridade, presentes ao meio externo e interno ao organismo.

A complexidade dos diversos aspectos, filosóficos, histórico, social, político, interfere no desenvolvimento das ciências da saúde. Entretanto, os conceitos de normal e patológico, são fundamentais para sustentar a prática biomédica. Canguilhem (1995) define normal como a concepção da vida, uma polaridade dinâmica e oscilante às situações enfrentadas pelo organismo. Tal condição, não se restringe à classificação do termo polaridade como positivo ou negativo, mas aos movimentos compensatórios ou não que ocorrem nas estruturas corporais. O

exemplo está na capacidade de excreção orgânica afetada a contrapartida de assimilação também se encontra alterada. O normal, relaciona-se à capacidade do corpo em obedecer inúmeras normas que organizam a execução de variadas funções colocadas pelo ambiente que o cerca. A regulação do funcionamento das funções orgânicas alcançada através da polarização tem na normalidade a característica de assimilar e perceber novas constantes para o funcionamento do órgão. Na doença, o organismo não se encontra de maneira normativa, entretanto, isso não implica dizer que a doença sugere uma desordem, apenas que assume características próprias. Nesse contexto, ser saudável é ser normativo, é ser capaz de construir novas normas que atendam às exigências, é saber viver entre os quesitos de estabilidade e transformação (DIAS e MOREIRA, 2011).

A OMS, Organização Mundial da Saúde, redefiniu o conceito de saúde como não apenas como a ausência de doenças, mas pela presença do bem-estar físico, mental e social acrescido recentemente pela dimensão do bem estar espiritual por insistência dos países islâmicos, não desfruta de consenso nos dias atuais. Portanto, no sentido de compor o ambiente para a discussão conceitual do termo saúde, cabe conhecer as opiniões de Illich, 1975, e Boff, 1999, a respeito do tema.

Para Illich, 1975, a Saúde deve ser compreendida como parte da totalidade da existência do indivíduo, ou seja, as relações do mesmo com o meio ambiente e seu ciclo vital, nascimento a morte.

A saúde designa a habilidade de adaptar-se aos ambientes mutáveis, ao crescimento e ao envelhecimento, à cura enquanto enfermo, ao sofrimento e à expectativa pacífica da morte. A Saúde abrange o futuro também, e, portanto, inclui a angústia assim como os recursos internos para conviver com ela (ILLICH, 1982)

Um outro ponto de vista a destacar-se está na interpretação dada por Boff, 1999, pois para ele a a necessidade em entender o conceito de saúde proposto pela OMS na sua totalidade mostra-se parcial e distorcido.

Essa compreensão não é realista pois parte de uma suposição falsa, de que é possível uma existência sem dor e sem morte. É também inumana porque não recolhe a concretitude da vida que é mortal. Não descobre dentro de si os achaques, as fraquezas, as enfermidades, a agonia e a despedida final. Acresce ainda que a saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a existência humana. Todos esses fatores estão a serviço da pessoa para que tenha força de ser pessoa, autônoma, livre, aberta e criativa face às várias injunções que vier a enfrentar (BOFF, 1999).

3.7.3. A Fisioterapia: definição e campo de atuação

A Fisioterapia deve ser compreendida como uma especialidade da grande área do conhecimento biomédico, dedicada ao tratamento das incapacidades funcionais que abrange os aspectos curativos, preventivos e paliativos de todas as patologias. O seu desenvolvimento deu-se informalmente na Antiguidade, evoluindo para uma normatização de técnicas e protocolos de tratamentos cientificamente respaldados na era moderna através da recuperação funcional de pessoas envolvidas nas duas grandes guerras. Para tal vale-se de procedimentos na grande maioria das vezes não invasivos. Como atua diretamente em todas as especialidades da medicina, cabe ao fisioterapeuta estabelecer diagnóstico e tratamento específicos, solicitar exames e emitir laudos sobre a evolução do paciente.

Os recursos utilizados apresentam-se em grande número, englobados em sub-áreas como a mecanoterapia, eletrotermoterapia, hidroterapia e cinesioterapia. A mecanoterapia utiliza equipamentos de auxílio, sustentação e desenvolvimento de uma função motora ou sensorial, sendo assim, barra de Ling, escada rampa, roda de ombro, barra paralela, polias de parede e teto, mesa de Kanavel, mesa de tração cervical e lombar, bastões, halteres de mão, são alguns dentre tantos utilizados. Na eletrotermoterapia, estão inclusos os aparelhos eletrônicos que transformam os recursos físicos de calor, frio, e eletroestimulação em efeitos terapêuticos cientificamente comprovados como analgesia, combate a inflamações agudas e crônicas, reeducação da função motora, então, o microondas, ondas curtas, o infravermelho, ultravioleta, laser, ultra-som, TENS – Estimulação Elétrica transcutânea, correntes diadinâmicas, corrente russa, são alguns exemplos. Para a Hidroterapia, o meio líquido e as suas propriedades de flutuação e pressão hidrostática, favorecem a recuperação de lesões agudas ou crônicas. A cinesioterapia, ou seja, a utilização do movimento humano de maneira passiva, assistida ou contra-resistida, exerce distintos efeitos terapêuticos, sendo fundamentos por vários métodos como por exemplo Bobath e Kabat dentre outros, sendo considerada uma sub-área básica para o fisioterapeuta (CAMPION,2000; CHAD,2001; KISNER e COLBY,2004; LOW e REED, 2001).

3.7.4. A Fisioterapia no Brasil

No Brasil as atividades correlatas à reabilitação física iniciaram-se no ano de 1929 com a criação e instalação do Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas

em São Paulo. No ano de 1945, através da inauguração do Hospital Municipal Barata Ribeiro/ Rio de Janeiro, iniciou-se um novo ciclo na história da Fisioterapia. O Dr Camilo M. Abud em 1949 faz sua defesa de tese na Universidade do Brasil, para ser admitido como Professor Catedrático da cadeira de Fisioterapia Aplicada, na então Escola Nacional de Educação Física e Desportos. Na década de 50 destaca-se a criação da APAE, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, e a regulamentação da profissão de massagista pelo Ministério da Saúde em 1950. A Escola Nacional de Educação Física e Desportos em 1955, cria um curso de formação de Técnico em Reabilitação com duração de dois anos, período integral. Esses técnicos seriam hoje chamados de Fisioterapeutas. O Presidente Costa e Silva sofre um Acidente Vascular Encefálico em 1969 e em decorrência do tratamento recebido a Junta Militar resolve decretar a criação da profissão, portanto, os Ministros da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, decretam a criação das profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e seus auxiliares em 13 de outubro de 1969. Através do Decreto 90.640 de 19/12/1994, a identidade profissional do fisioterapeuta foi reconhecida no Serviço Público Federal (BOTOMÉ E REBELATTO, 1999).

3.7.5. Fisioterapia e a docência no ensino superior

A grande maioria dos professores do ensino superior não apresenta formação pedagógica para exercer tal atividade. A Fisioterapia não representa uma exceção neste universo, pois, em concursos e testes para constituição do quadro docente a exigência limita-se a graduação e pós-graduação específicas na área de formação,

excluindo-se a docência em ensino superior. Em estudo com docentes de fisioterapia constatou-se que o aprender a ser professor deve estar baseado na relações professor-aluno, professor-professor e da prática pedagógica. (PIVETTA e ISSAIA, 2008).

A docência trata-se de uma tarefa complexa que envolve mais do que o conhecimento específico, pois, deve envolver o domínio do campo pedagógico através da construção do conteúdo decorrente da sua experiência pessoal e profissional, pois, torna-se necessário ao aluno articular os saberes adquiridos durante a sua formação acadêmica de maneira articulada para que possa constituir a necessidade da presença do profissional não apenas técnico mas de características humanísticas (ISSAIA e BOLZAN, 2004; PIMENTA, 2002; PIVETTA e ISSAIA, 2008).

A educação apresenta um compromisso social, de transformação da sociedade e de consciência crítica. Para a sua construção exige-se competência profissional fundamentada na coerência, disponibilidade e sobretudo a ética como prática especificamente humana. (FREIRE, 1998).

O conhecimento pedagógico construído pelo professor caracteriza-se pelo saber teórico, conceitual, institucional ou escolar que se constituem pelos saberes específicos e inerentes a cada cultura (Bolzan,2002). Portanto, aprender a ser professor ocorre ao longo da trajetória de vida dos professores, pois, neste trajeto o mesmo sofre e provoca alterações da e na sua comunidade, quer seja a universitária ou a sociedade civil. (PIVETTA e ISSAIA, 2008)

Segundo Pinto (2000) os cursos universitários e mais especificamente os relacionados às Ciências da Saúde existem para captar os conhecimentos empíricos

da população, analisá-los, identificar o que é correto e conferir conteúdo científico, reunir este material com as técnicas e princípios já estudados formando um novo e mais evoluído conhecimento para que seja devolvido à toda população para a resolução de seus problemas. Entretanto, isto não tem ocorrido.

O Professor tem um papel fundamental no aprendizado dos alunos. Raldi *et al.*(2003), observaram que de um total de 180 alunos do curso de Odontologia das Universidades, Faculdade de Odontologia da Universidade Ibirapuera, Faculdade de Odontologia Vale do Paraíba, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP, 80% atribuiu aos professores a grande responsabilidade pela sua aprendizagem e os 20% restantes voltam para si a responsabilidade em aprender.

O curso de Fisioterapia no Brasil está presente em 476 IES das quais 7,4% em IES públicas e 92,6% privadas, tabela 2. Geograficamente distribuem-se, a saber, região Norte 5,3% cursos, região Nordeste 18% cursos, região Centro-Oeste 7,2% cursos, região Sudeste 54,5% cursos e região Sul 15% cursos.

Tabela 1 - Relação de Universidades com cursos de Fisioterapia no Brasil

Região	Públicas	Privadas	Total
Norte	3	22	25
Nordeste	8	76	84
Centro Oeste	2	37	39
Sudeste	13	244	257
Sul	9	62	71
Total	35	438	476

FONTE: MEC / SIED-SUP (2008)

Os indicadores demográficos globais e do Brasil demonstram um aumento na presença da população idosa do total, porém 17,7% das IES não a contemplam no seu projeto pedagógico.

O índice de não participação, ou seja, a negativa em responder aos questionários alcançou 37%.

A carga horária média total é de 67 horas, tabela 3, disponibilizadas na sua maioria no 6º. período, sob a responsabilidade de 226 docentes, destes, em termos gerais são 0,4% graduados, 48,6% especialistas, 26% especialistas na área do envelhecimento, 17% mestres, 8% mestres na área e 0% doutores, tabela 4.

Tabela 2 – Dados relacionados ao ensino da disciplina sobre o envelhecimento nas IES brasileiras

Região	Número IES	Período/Série	Carga Horária/média	Região	Número IES	Período/Série	Carga Horária/média
Norte	25	4º.Período: 05 5º.Período: 06 6º.Período: 10 7º.Período: 02	72 horas	Sudeste	257	4º.Período: 01 5º.Período: 01 6º.Período: 06 7º.Período: 04 8º.Período: 01	63 horas
Nordeste	84	4º.Período: 01 5º.Período: 05 6º.Período: 01 7º.Período: 01 8º.Período: 04	75 horas	Sul	71	4º.Período: 01 5º.Período: 01 6º.Período: 06 7º.Período: 04 8º.Período: 01	65 horas
Centro Oeste	39	4º.Período: 01 5º.Período: 01 6º.Período: 06 7º.Período: 04 8º.Período: 01	62 horas				

FONTE: O AUTOR

Tabela 3 – Dados específicos relacionados ao ensino da disciplina sobre o envelhecimento nas IES Brasileiras

Região	Número IES	Apresentou informações	Não apresentou informações	Não tem a disciplina	Habilitação Docente
Norte	25	17	08	02	Graduado: 00 Especialista: 10 Especialista Área: 23 Mestre: 00 Mestre Área: 00 Doutor: 00
Nordeste	84	45	39	07	Graduado: 00 Especialista: 21 Especialista Área: 16 Mestre: 01 Mestre Área: 00 Doutor: 00
Centro-Oeste	39	28	11	06	Graduado: 00 Especialista: 12 Especialista Área: 07 Mestre: 00 Mestre Área: 02 Doutor: 00

FONTE: O AUTOR

Tabela 3 – Dados específicos relacionados ao ensino da disciplina sobre o envelhecimento nas IES brasileiras (continuação)

Região	Número IES	Apresentou informações	Não apresentou informações	Não tem a disciplina	Habilitação Docente
Sudeste	257	143	114	33	Graduado: 01 Especialista: 51 Especialista Área: 24 Mestre: 23 Mestre Área: 11 Doutor: 00
Sul	71	60	11	16	Graduado: 00 Especialista: 16 Especialista Área: 08 Mestre: 15 Mestre Área: 05 Doutor: 00

FONTE: O AUTOR

3.7.6. A Graduação de Fisioterapia na UNICENTRO

A UNICENTRO, Universidade Estadual do Centro-Oeste, instalada na região central do Estado do Paraná e distante 250 km da capital, Curitiba, conta com mais de cinquenta municípios em sua região de abrangência, o que compreende uma população de mais de um milhão de habitantes. O reconhecimento deu-se através do Decreto nº 3.444, de 08 de agosto de 1997. Atualmente é integrada por dois

campi, a sede está situada na cidade de Guarapuava e outro na cidade de Irati. Apresenta as unidades de quatro *campi* avançados nas localidades de Chopinzinho, Laranjeiras do Sul, Pitanga, e Prudentópolis ofertando 59 cursos de graduação, 12 cursos *latu sensu*, 14 mestrados e 3 doutorados (UNICENTRO,2014).

A criação do curso de Fisioterapia foi homologada através da Resolução nº 009/98 – COU/UNICENTRO no *Campus* Universitário de Guarapuava, com integralização mínima de quatro anos e máxima de oito, conforme a grade curricular proposta. Seu funcionamento foi homologado através da Resolução nº 17/99, de 12 de maio de 1999, emitido pela Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. As atividades Iniciaram-se, efetivamente no ano de 2000 com 40 vagas em regime seriado anual e funcionamento em turno integral. Em 24 de setembro de 2003 o Curso de Fisioterapia da UNICENTRO foi reconhecido pela CES e, desde então, vem realizando adequações, abaixo explicitadas, da matriz curricular conforme as normas estabelecidas pelas diretrizes educacionais (UNICENTRO,1998; UNICENTRO,2003; UNICENTRO,2006)

Desde a sua implantação, o curso de fisioterapia sempre foi um dos mais concorridos em concursos de vestibulares nessa Instituição, apresentando-se com 546 inscritos para 20 vagas oferecidas no Concurso Vestibular de Primavera de 2000, o primeiro realizado, estabelecendo-se a relação de 27,3 candidatos por vaga, enquanto que no Concurso de Verão foi de 11,65. Em 2006 estas relações foram de 20,3 e 10 candidatos por vaga, respectivamente. Três turmas obtiveram graduação em fisioterapia na UNICENTRO até o presente ano, sendo graduados em torno de 120 profissionais fisioterapeutas e, atualmente está matriculada uma média de 160

acadêmicos nas quatro séries do curso, contando-se com os 40 possíveis graduandos (UNICENTRO,2006).

No momento da sua implantação a matriz curricular totalizava 4.488 horas, sendo que 884 eram destinadas ao estágio supervisionado, valores um pouco abaixo do que recomendavam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia da época, isto é, o documento de 1998. Com o intuito de adequação às normas vigentes, em 2001 o curso passou a totalizar 4.522 horas, destinando 952 para o estágio supervisionado que, perante a Instituição, é denominado como Atividades Clínicas Práticas. Essa nova matriz curricular, convalidada em 2001 e vigente até o ano de 2006 era composta por 34 disciplinas e mais uma optativa a ser escolhida entre cinco ofertas na quarta série do curso, categorizadas segundo a Área de Concentração, Matéria e Ciclo a que pertencem, projetos de extensão ou de pesquisa e realização de cursos da área. Na atualidade a matriz curricular tem a carga horária total de 4.828 horas distribuídas em 5 anos. A Clínica Escola de Fisioterapia, constituída por um espaço físico de 408 m², destaca-se dentre os outros laboratórios pedagógicos, pois, é responsável por 800 atendimentos mensais em média. A totalidade atendida dos pacientes é encaminhada pelo SUS, Sistema Único de Saúde, por meio de convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava (UNICENTRO,1998; UNICENTRO,2000; UNICENTRO,2006;PEREIRA *et al.*,2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aurora, a deusa dos dedos cor-de-rosa se apaixona por Títono, irmão do último rei de Tróia. Títono era um rapaz forte, valente e enfeitiçou Aurora com sua beleza. Por desejarem viver infinitamente aquela paixão, Aurora pede a Zeus que conceda a Títono a eternidade, mas se esquece de pedir o benefício da eterna juventude. Os dois viveram no Olimpo felizes até que as marcas do tempo começaram a enfraquecer e judiar do amante de Aurora. Por fim, já não podendo suportar a imortalidade, Títono pede a Aurora que o livre daquela agonia. A deusa com pena daquele a quem amara um dia acabou por transformar o decrépito em cigarra. Até hoje, quando desponta a aurora, a cigarra solta o seu grito, uma mistura de queixa e agradecimento (SANTOS, 2012)

De acordo com a estória, o homem representado por Títono é amado e valorizado por sua juventude, pela forma física e pela vitalidade. Na medida em que os sinais visíveis da velhice, a decrepitude e a inutilidade, permeiam a relação entre os personagens a sua relação estreme. Essa analogia é válida na atualidade, pois, vivemos numa sociedade alicerçada nos princípios do capitalismo que detém um forma apelo de consumo frenético e desmedido, não somente dos bens materiais mas dos referencias físicos, éticos, políticos e sociais dos sujeitos.

A análise dos questionários aplicados evidencia que para o docente da disciplina que contextualiza vários temas ligados ao envelhecimento, a velhice na sociedade apresenta uma relação direta com o aumento da população idosa mundial, e acredita que grande parte da sociedade não está preparada para a

convivência intergeracional. Tal fato, constata-se na dualidade de valorização do velho, que ao apresentar boa qualidade de vida, saúde e disposição é tomado como exemplo de boa velhice, entretanto, quando doentes ou necessitam de cuidados, são excluídos por um grande número de pessoas. Apesar dessa contradição contribuem para o desenvolvimento da sociedade. O envelhecimento é inevitável, mas a condição corporal física é importante em definir a velhice como saudável, mesmo com a presença de morbididades. Para tal, a adoção de programas preventivos é fundamental.

Os alunos compreendem a velhice como resultante da transição demográfica na pirâmide etária e desvinculam a percepção de associação com doença ao considerá-la como uma etapa da vida. Portanto, os idosos representam uma categoria de indivíduos que influi e sofre influência de grupos econômicos, financeiros e políticos. Corpo e velhice sofrem transformações inevitáveis, a saber, fragilidade, o declínio funcional e a aparência são indicadores de tal condição, portanto, corpos saudáveis são referenciais de uma velhice saudável e programas preventivos são imprescindíveis. Nesse contexto, observa-se a reprodução de conceitos proposto pelo docente aos alunos, compostos ainda com uma forte influência de uma visão biológica, tecnicista, de causa e efeito na relação entre velhice, corpo e sociedade. Entretanto, a relevância, embora discreta, das ciências sociais como possibilidade no questionamento desses paradigmas acima citados faz-se brevemente notada. Portanto, nesse pequeno universo pesquisado existe a preocupação não quantitativamente expressiva para o olhar além do óbvio, o corpo físico, necessário para a tão discutida humanização das ciências médicas.

As Ciências da Saúde, e dentre elas a Fisioterapia, em pleno século XXI encontram-se influenciadas pelo pensamento lógico e cartesiano, na medida em que entende o corpo fragmentado em partes biológicas e psicológicas. Apesar do discurso institucionalizado de humanização da prestação de saúde, esse pressuposto torna-se um referencial diluído frente à entrega de um currículo estruturado em disciplinas que pouco se comunicam com o conteúdo programático proposto e quem dirá com outras áreas de conhecimento. Os cursos de Fisioterapia no Brasil apresentam um desequilíbrio na sua distribuição demográfica, uma significativa concentração de Faculdades e Universidades na região Sudeste e Sul, uma administração privada, e quase a totalidade refere uma disciplina de conteúdo Geriátrico, Gerontológico ou relacionado à Saúde do Idoso com uma carga horária média em torno de 68 horas aula semestrais. O ser humano e principalmente o idoso não deve ser reduzido a esses critérios. Como tentativa na compreensão de que o papel do corpo ultrapassa as barreiras orgânicas, normais e patológicas, acredito seguramente que na valorização da Antropologia nos cursos de Fisioterapia permitirá não apenas o acréscimo de critérios, mas, possibilita uma visão mais ampla ao conectar corpo, cultura e a sociedade. Então, o corpo poderá ser considerado um instrumento social na medida em que identifica e idealiza a individualidade de cada sujeito enquanto unidade ou coletivo e servirá como instrumento de transformação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

_____. *A Velhice: realidade incomoda*. 2 ed. DIFEL: São Paulo, 1976. 339 p.

BÍBLIA. Português. *Bíblia Sagrada*. 15 ed. São Paulo: Editora Paulus, 1991.

BIRMAN, J.A. *A Physis da Saúde Coletiva*. Physis: Rev. Saúde Coletiva, 15 (Supl): 11-16, 2005.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 7 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

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

BRAUNSTEIN, Florence; PÉPIN, Jean-François. *O Lugar do Corpo na Cultura Ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

BUTLER, R; LEWIS, M; SUDERLAND, T. *Aging and Mental Health: positive psychosocial and biomedical approaches*, New York: Macmillan, 1991.

CALKINS, et al. *Geriatría Prática*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 633p.

CAMPION, M.R. *Hidroterapia: princípios e prática*. São Paulo: Manole, 2000.

CANÇADO, F.A.X.; FREITAS, E.V.; GORZONI, M.L.; NÉRI, A.N.; ROCHA, S.M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. O Problema da Normalidade na História do Pensamento Biológico. In: *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70, 1997.

CENDES, I. L. Fatores Genéticos e Envelhecimento. In: NÉRI, A.L.(org.) *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. ,SP: Papirus, 2001. 200p. p.53-60.

CHAD, S. *Recursos Terapêuticos em Fisioterapia*. São Paulo: Manole, 2001.

CHAROUX, Ofélia Maria Guazelli. *Metodologia: Processo de Produção, Registro e Relato do Conhecimento*. 2 ed. São Paulo: DVS Editora, 2006.

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

COMTE, Auguste. *Discurso sobre o espírito positivo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

COSTA, Maria Cristina Castilho. *Sociologia: Introdução à Ciência da Sociedade*. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1997. 307p.

CZERESNIA, Dina. *Normatividade Vital e dualidade corpo-mente*. Psicologia em Estudo, Maringá, v 15 (2), abr-jun. 2010, p 363-372.

DIAS, Diego Alonso Soares; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. Revista Psicologia e Saúde, v 3 (1), jan-julh.2011, p 77-85.

DOUGLAS, C.R. *Tratado de Fisiologia Aplicada a Fisioterapia*. São Paulo: Robe, 2002.

DUBY, Georges. *A Idade Média na França*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

DUMONT, Louis. *O Individualismo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

ELIAS, N. *A Solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 3.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GALLO, Sílvio (org). *Ética e Cidadania: caminhos da Filosofia*. Campinas: Papirus, 2000.

GOLDFARB, D.C. *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

GOMBRICH, Ernst Hans. *A História da Arte*. 16 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

GONÇALVES, Maria Augusta Salin. *Sentir, Pensar, Agir, Corporeidade e Educação*. Campinas: Papirus, 1994.

GROISMAN, Daniel. *A velhice entre o normal e o patológico*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos: Rio de Janeiro, vol 9 (1) 61, jan-abr, 2002.

HAYFLICK, L. *Como e Por que Envelhecemos*. São Paulo: Campus, 1996.

HELMAN, C. Disease versus illness in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1981. (31), 548-552.

HELMAN, Cecil. *The Application of Anthropological Methods in General Practice Research*. Family Practice, Oxford University, 1996. (13)(1).

_____. *Cultura, saúde, doença*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. *Cultural aspects of time and ageing*. EMBO: European Molecular Biology Organization, 2005. (6)(S1), 54-58.

HEROLD, Carlos Junior. *Do Corpo treinado pela necessidade à necessidade do treino: uma análise histórica do corpo no processo de constituição da antiga sociedade grega*. Revista Educação Física. Maringá, v 8,1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico de 1987*. (On line,12/06/2010, <http://www.ibge.gov.br>)

_____. *Censo Demográfico de 1996*. (On line,12/02/2008, <http://www.ibge.gov.br>)

_____. *Censo Demográfico de 1997*. (On line,12/02/2008, <http://www.ibge.gov.br>)

_____. *Censo Demográfico de 2000*. (On line,12/06/2010, <http://www.ibge.gov.br>)

_____. *PNAD – Programa Nacional por Amostragem de Domicílios em 2006*. (On line,12/06/2010, <http://www.ibge.gov.br>)

_____. *PNAD – Programa Nacional por Amostragem de Domicílios em 2010*. (On line,12/06/2010, <http://www.ibge.gov.br>)

ISSAIA, S. M. A.; BOLZAN, D.P.V. *Formação do professor do ensino superior: um processo que se aprende?* Revista Educação, v.29, n.2, p.121-133. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2004.

JAFFÉ, Ariela. *O simbolismo nas artes plásticas*. In: JUNG, Carl G. *O Homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA. v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963.

KISNER, C.; COLBY, L.A. *Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 4.ed. São Paulo: Manole, 2004.

KRUGLYAK, L.; LANDER, E.S. *High-resolution genetic mapping of complex traits*. American Journal of Human Genetics. 1995, 56: 1212-1223.

LANDER, E.S.; SCHORK, N.J. *Genetic dissection of complex traits*. Science. 1994, 267: 2037-2048.

LARAIA, R. B. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist. v. 9, p. 179-86, 1969.

LE BRETON, Davi. *A Síndrome de Frankenstein*. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. Política do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais. 2 ed, São Paulo: Estação Liberdade, 2005. 192 p.

_____. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LESNOFF-CARAVAGLIA, G. *The World of the Older Woman*. New York: Human Sciences. 1984).

LOPES, Ruth G.C. *As interpretações Sociais da Saúde da Velhice refletidas no uso de medicamentos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999.

LOW, J.; REED, A. *Eletroterapia Explicada: princípios e prática*. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001.

MALUF, Sonia Weidner. *Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas*. Revista Esboços, v.9, n.9, 2001. p 87-101.

MARTINS, João. *Não somos Cronos, somos Kairós*. Revista Kairós. São Paulo. 1998, 1 (1):11-13.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2002.

NÉRI, Anita Liberalesso. *Palavras chave em Gerontologia*. São Paulo: Alínea, 2001.

NUNES, Benedito. *O tempo na narrativa*. 2 ed. São Paulo: Ática, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 524p.

PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F.C. *Urgências em Geriatria*. São Paulo: Atheneu, 2001. 476p.

PEREIRA, Mário César Silva; FORNAZARI, Lorena Pohl; SEIBERT, Solange Natália. *A Clínica Escola de Fisioterapia na Universidade Estadual do Centro Oeste: retrospectiva e prospectivas*. Guarapuava: UNICENTRO. XVII Seminário de Pesquisa; XII Semana de Iniciação Científica; I Jornada de Grupos PET, 2005.

PIMENTA, S.G. *Formação de professores: identidade e saberes da docência*. In: *saberes pedagógicos e atividade docente* (Org). 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PINTO, V.G. *Saúde Coletiva Bucal*. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000.

PIVETTA, H. M. F.; ISSAIA, S. M. A. *Aprender a ser professor: o desenrolar de um ofício*. Revista Educação: Porto Alegre, v. 31, n.3, p.250-257, set/dez., 2008.

PORTER, Roy. *História do Corpo*. In: BURKE, Peter (org). *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo:UNESP,1992. P 310.

RALDI, D.P.; MALHEIROS, C.F.; FRÓIS, I.M.; LAGE-MARQUES, J.L. *O Papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos*. Revista ABENO, V.3, n.1, p. 15-33, 2003.

RAYNAUT, C. *Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais*. Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre, 2006, junho; 7(2), 149-65.

RESENDE, José Manuel. *A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintivas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais*, Fórum Sociológico, nº 1-2 (II série), Lisboa: IEDS, 1999.

ROSEMBERG, R.A. *The triumph of linkage analysis*. Annals of Neurology.1990: 27: 11-113.

RUSSEL, Bertrand. *O Elógio ao Ócio*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. *Mulher Idosa: a feminização da velhice*. Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento. Porto Alegre, 4, 2002, p 7-19.

SANTOS, Cláudio Guimarães. *Agonia ou Êxtase*. Kairós. São Paulo, junho 2002.

SILVA, Ana Márcia. *Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional*. Cadernos Cedres, ano XIX, 48, agosto 1999.

SOARES DA COSTA, C.A. *Antropologia e Saúde: algumas considerações*. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, junio 2009. (On line, 22/05/2012, <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/casc4.htm>)

TUCHERMAN, Ieda. *Breve história do corpo e de seus monstros*, Lisboa: Edições Veja, 1999.

UCHOA, E. *Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (3): 849-853, mai-jun, 2003.

UNICENTRO, Universidade Estadual do Centro Oeste. *Projeto do curso de fisioterapia*. 1998; 1 (3): 1-175.

_____. *Alteração da grade curricular do curso de fisioterapia*. 2000; 1 (1): 1-96.

_____. *Processo de reconhecimento do curso de fisioterapia*. 2003; 1 (1): 1-943.

_____. *Planos individuais de atividades docentes do Departamento de Fisioterapia – DEFISIO*. 2006; 1-21.

_____. *Conhecendo a UNICENTRO*, disponível em <http://www2.unicentro.br>. Acessado em 14 de agosto de 2014.

UNITED CENSUS BUREAU. *Censo Demográfico de 2008*. (On line, 12/02/2010, <http://www.census.gov/ipc/www/idb>).

VARGAS, H.S. *Aspectos Psicológicos e psicopatológicos do envelhecimento*. Semina, 1981. 8(2), 203-207.

VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo – A higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Edições Fragmentos, 1985.

_____. *A História e os modelos do corpo*. Pró-posições, v.14, n.2(41), maio/agosto, 2003.

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**
Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este é um convite para você participar da pesquisa **A Re(a)apresentação da velhice na Universidade** que é coordenada por Mário César da Silva Pereira e que segue as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura avaliar o papel da sociedade na conceituação de velhice na comunidade universitária com a finalidade de verificar as formas de reprodução do conceito de envelhecimento. Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao seguinte procedimento: resposta ao questionário elaborado pelo pesquisador.

Não existem riscos envolvidos com sua participação.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: contribuir para o implemento de pesquisas na área do envelhecimento.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não acontecerá nenhum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, pois, os mesmos serão de inteira responsabilidade do pesquisador.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Mário César da Silva Pereira, no endereço Travessa Tocantins n.88, Bairro dos Estados, Guarapuava – Paraná, telefone (42)3622 52331 ou (42)8402 8552 ou pelo e-mail mcpereira@unicentro.br.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **A Re(a)apresentação da velhice na Universidade**.

Participante da pesquisa ou responsável legal:

Nome:

Assinatura:

Pesquisador responsável:

Professor Ms. Mário César da Silva Pereira

Assinatura:

Orientadora responsável:

Professora Dra. Maria Helena Villas Bôas Concone

Assinatura:

ANEXO II: Questionário para aplicação em DOCENTES das Instituições de Ensino Superior

1. Dados de Identificação

Data de aplicação do questionário: _____ / _____ / 20____

Nome da Instituição de Ensino Superior _____

Nome: _____ Idade _____

Gênero () masculino () feminino estado civil _____

Situação Funcional do docente: () efetivo () contratado/colaborador

Tempo total de docência _____

2. Dados sobre a formação

Curso(s) de graduação (ões) _____

Curso(s) de Pós-graduação

() especialização Qual/local/ano _____

() mestrado Qual/local/ano _____

() doutorado Qual/local/ano _____

3. Dados sobre a disciplina

Nome da disciplina: _____

Carga Horária _____ Tempo que leciona esta disciplina _____

Leciona atualmente outras disciplinas ? () não () sim

Quais _____

Lecionou quais disciplinas nos últimos 03 anos/ qual Instituição ?

() não () sim. Quais _____

4. Dados sobre a família

Reside () sozinho () acompanhado

Com relação de parentesco () pais () parentes

Pais: () Pai: _____ anos () Mãe: _____ anos

Parentes: especificar quantidade, grau parentesco e idade(s)

Sem relação de Parentesco: especificar quantidade, tipo de relação e idade(s)-

5. Conceituação da velhice

Liste **10 (dez) palavras-chave** que você relaciona neste momento com a palavra **VELHO**

1 _____	2 _____
3 _____	4 _____
5 _____	6 _____
7 _____	8 _____
9 _____	10 _____

6. Como você compreende a presença da velhice na sociedade?

7. Qual a relação que existe entre velhice e corpo?

8. Quais as disciplinas que considera importantes para entender velhice e envelhecimento? Por que?

9. Quais disciplinas faltariam? Por que?

ANEXO III: Questionário para aplicação em DISCENTES das Instituições de Ensino Superior

1. Dados de Identificação

Data de aplicação do questionário: _____ / _____ / 20____

Nome da Instituição de Ensino Superior _____

Nome: _____ Idade _____

Gênero () masculino () feminino estado civil _____

2. Dados sobre a formação

Curso(s) de graduação (ões) Qual/local/ano-série

Realizou outro curso de Graduação?

() não () sim Qual/local/ano _____

Curso(s) de Aprimoramento

() não () sim Qual/local/ano _____

Curso(s) de Pós-graduação

() não () sim Qual/local/ano _____

3. Dados sobre a família

Reside () sozinho () acompanhado

Com relação de parentesco () pais () parentes

Pais: () Pai: _____ anos () Mãe: _____ anos

Parentes: especificar quantidade, grau parentesco e idade(s)

Sem relação de Parentesco: especificar quantidade, tipo de relação e idade(s)-

4. Conceituação da velhice

Liste **10 (dez) palavras-chave** que você relaciona neste momento com a palavra **VELHO**

1 _____	2 _____
3 _____	4 _____
5 _____	6 _____
7 _____	8 _____
9 _____	10 _____

5. Como você compreende a presença da velhice na sociedade?

6. Qual a relação que existe entre velhice e corpo?
