

Anderson Vesz Cattelan

PROCESSOS EDUCATIVOS E SEUS SIGNIFICADOS
COM ALUNOS DE FISIOTERAPIA EM CASA DE
LONGA PERMANÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, sob orientação do Prof. Dr. Agostinho Both.

Passo Fundo

2007

Agradecimentos

Ao concluir esta etapa de minha vida e formação profissional, muitas são as pessoas que fizeram parte da caminhada e que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento.

A essas pessoas faz-se necessário agradecer, pela disponibilidade, dedicação, amizade, carinho e amor: Agradeço:

Primeiramente a Deus pela vida.

À Universidade de Passo Fundo, pela bolsa de estudos e pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Agostinho Both, pelo apoio, orientação e sabedoria proporcionados nos momentos de reflexão.

Aos acadêmicos da Fisioterapia.

A administradora do lar, Dona Helena, pela paciência e ternura.

Aos idosos da instituição Dom Rodolfo, pelos ensinamentos e vivências marcantes em cada encontro, em cada rosto, em cada atitude.

Aos colegas do Programa de Mestrado em Educação, sincera amizade.

Aos meus pais: Moacir e Regina, pelo incentivo e confiança.

À Luciane, minha noiva e amada, pelos momentos de carinho, compreensão e apoio incondicional durante todos os momentos.

Obrigado!

Ser velho não é uma abstração, mas uma condição, visível, aparente e que determina, de certo modo, as possibilidades de ação e inter-relacionamento social. O envelhecimento é, então, não somente um momento na vida de um indivíduo, mas um processo extremamente complexo, que tem implicações tanto para a pessoa que o vivencia, como para a sociedade que o assiste, suporta ou promove (Frailman, 1988, p.15).

RESUMO

O processo de envelhecimento humano no Brasil e no mundo é um fenômeno crescente e complexo, que exigirá profundas mudanças sociais, políticas, econômicas, culturais e educacionais. No Brasil, o quadro de dependência e fragilidade dos idosos cresce a cada ano, movido por uma série de fatores que afetam a integridade física e mental dos mesmos, levando muitos à institucionalização em casas de longa permanência. O objetivo do presente trabalho foi avaliar as intervenções educativas com alunos de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo e orientá-los para uma formação integralizadora e problematizadora, voltada para as condições de vida social e política dos idosos asilados. Para isso, buscou-se uma abordagem dialógica e interacionista entre educador e acadêmico, que superasse as práticas de atendimento fisioterápico mecanicista e fragmentado. O desenvolvimento metodológico foi estruturado com base em estudos de textos e oficinas, partindo-se da reflexão, da interação de vivências, do aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre casas asilares e principalmente do papel das redes sociais e da consciência de cidadania do profissional como transformador da realidade em que atua. Através da aplicação de questionários antes e após as intervenções e as memórias das oficinas, foi possível verificar a mudança de concepção dos acadêmicos em relação à existência e importância das casas asilares, às causas das institucionalizações dos idosos, às políticas públicas e ao perfil de atuação em sua prática asilar. Concluiu-se que os acadêmicos da fisioterapia, mediatizados pelas intervenções educativas propostas, demonstraram maior compreensão e ampliaram o seu papel de sujeitos sociais, tornando-se aptos a atuar de forma global e humanizada em relação aos idosos institucionalizados.

Palavras-Chave: fisioterapia, idosos institucionalizados, ensino-aprendizagem, ensino superior.

ABSTRACT

The human aging process in Brazil and in the world is a growing and complex process which will demand profound social, political, economic, cultural and educational changes. In Brazil, the picture of dependence and frailty of the aged people grows every year, driven by a string of factors which affect their physical and mental integrity, resulting in the admission of many to long-stay homes. The goal of this work was to evaluate the educational interventions with physiotherapy students of the University of Passo Fundo and to guide them towards an integrating and problem-solving shaping directed to the social and political conditions of the admitted elderly people. Therefore, one has sought a dialogical and interacting approach between the educator and the educatee to overcome the practices of fragmented and mechanistic physiotherapeutic service. The methodological development was built on the groundwork of the studies of texts and workshops following from reflection, interaction of experiences, improvement of knowledge about nursing homes, and chiefly from the role of the social nets and from the awareness of the professional's citizenship as a transformer of the reality where he/she operates. By means of the application of a questionnaire, it was possible to verify the conception change of the academic students regarding: the existence and importance of nursing homes, the causes of admittance of the elderly, public policies and the operation profile in their nursing practice. One concludes that the physiotherapy students, mediated by the proposed educational interventions, showed more understanding and broadened their role of a social and historic subject, thus becoming able to operate in a global and humanizing way regarding the admitted elderly.

Key-words: physiotherapy, admitted elderly, teaching-learning, superior teaching.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. O SER IDOSO HOJE: PERSPECTIVAS E TRANSFORMAÇÕES.....	16
1.1 Envelhecimento Humano: quadro de dependência.....	21
1.2 Processo de Asilamento.....	30
1.2.1 Rede de Cuidadores.....	36
1.3 Políticas Públicas de Amparo ao Idoso.....	41
2. PROCESSOS EDUCATIVOS EM FISIOTERAPIA FRENTE ÀS NOVAS PERSPECTIVAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO.....	45
2.1 Plano Político Pedagógico e Currículo do Curso de Fisioterapia.....	49
2.2 Capacitação Pedagógica.....	54
2.2.1 Atuação Docente Transformadora.....	57
2.3 Interacionismo e Mediações Simbólicas.....	62
2.4 Práticas Transformadoras: como fazer?.....	65
3 MÉTODOS.....	67
3.1 Oficinas.....	68
3.2 Público-alvo.....	69
3.3 Locais das Intervenções.....	69
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	70
4 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS.....	71
4.1 Representações das instituições de longa permanência pelos acadêmicos da fisioterapia.....	71

4.1.1	Representações antes das intervenções e das oficinas.....	71
4.1.2	Representações depois das intervenções e das oficinas.....	73
4.2	Percepções dos acadêmicos relativas às causas das institucionalizações.....	76
4.2.1	Percepções das causas das institucionalizações antes das intervenções e das oficinas.....	76
4.2.2	Percepções das causas das institucionalizações depois das intervenções e das oficinas.....	77
4.3	Percepções dos acadêmicos sobre políticas públicas e casas asilares.....	80
4.3.1	Percepções dos acadêmicos sobre políticas públicas e casas asilares antes das intervenções e das oficinas.....	80
4.3.2	Percepções dos acadêmicos sobre políticas públicas e casas asilares depois das intervenções e das oficinas.....	82
4.4	Percepções dos acadêmicos em relação ao papel do fisioterapeuta em casas asilares	85
4.4.1	Percepções dos acadêmicos em relação ao papel do fisioterapeuta em casas asilares antes das intervenções fisioterápicas.....	86
4.4.2	Percepções dos acadêmicos em relação ao papel do fisioterapeuta em casas asilares após as intervenções e oficinas.....	88
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	96
	ANEXOS.....	103
	Anexa A. Questionário antes da intervenção.....	104
	Anexo B. Textos Contextualizadores.....	105
	Anexo C. Questionário após a intervenção e as oficinas	119
	Anexo D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	120

I. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano tem sido alvo de debates e pesquisas em várias áreas do conhecimento e, paulatinamente, interfere de forma impactante nos mais variados aspectos da sociedade, seja de ordem política, econômica, cultural, educacional ou social.

O envelhecimento da população mundial, assim como a brasileira, é uma realidade crescente e preocupante. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), no ano 2000, havia 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, em 2025, a expectativa é que existam no mundo aproximadamente 1,2 bilhões de idosos, sendo que em 2050 esse número alcançará dois bilhões. A maioria dessa população estará em países em desenvolvimento, e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil ocupará o 6º lugar em número de idosos no mundo. Esse aumento na proporção demográfica de idosos está vinculado ao aumento da expectativa de vida, queda da fecundidade e diminuição das taxas de mortalidade, tendência mundial que, atualmente, acomete os países em desenvolvimento (IBGE, 2006).

As condições de vida e saúde dos idosos, apesar de não serem as ideais, melhoraram substancialmente, comparadas há 50 anos atrás. Houve avanços importantes na medicina, desde o diagnóstico das doenças à aplicabilidade de tratamentos, o que certamente contribuíram para um aumento na expectativa de vida da população.

Baseando-se nessa maior expectativa de vida, o mercado econômico vem buscando estratégias para atrair esse grupo de consumidores, valorizando o culto ao corpo jovem, a imagem dos idosos ativos e independentes, incentivando o consumo de objetos de valor, de produtos de beleza, vestuário, enfim, produtos que ofereçam mais saúde e qualidade de vida, advindas pelo progresso tecnológico e pelas campanhas publicitárias. Em contrapartida, idosos de instituições asilares, muitas vezes são esquecidos, já que não

constituem-se como bom mercado consumidor. Esses idosos sofrem freqüentemente com doenças degenerativas graves, como o mal de Alzheimer, Parkinson, seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, entre outras enfermidades, além da perda de vínculos familiares.

Essa realidade constatada leva-nos a uma reflexão: como a sociedade está se preparando para receber esse enorme contingente populacional de idosos e quais as políticas públicas que estão sendo planejadas e efetivadas em relação a eles? O idoso só é visto como mais um mercado consumidor? Logo, toda a comunidade que se diz humana e ética, incluindo os gestores públicos, deve se preparar para oferecer condições de vida digna a essa enorme população vindoura, incluindo nesse prisma, a população que está ou estará institucionalizada.

Nesse sentido, reflete-se o porquê da institucionalização. O que leva o idoso a fazer parte integrante de uma casa de longa permanência? Serão as doenças crônicas associadas a fatores socioeconômicos ou, talvez, frágeis vínculos familiares, ou ainda, por vontade própria ou simplesmente para evitar a solidão?

Atualmente, grande parte dos idosos vivencia situações de verdadeiro abandono e descaso, situação que aumenta, a cada ano, proporcionalmente ao número de pessoas que chegam à terceira idade, e que ficam em estado de fragilidade e dependência por diversos fatores. Esses fatores, relativamente complexos, podem levar a uma institucionalização do idoso.

O asilamento, ou institucionalização em casa de longa permanência, por vezes, é um momento marcante de profundo lamento e flagelo para alguns idosos, que vivenciam o afastamento de seus familiares e amigos, a descoberta de um novo *habitat*, totalmente desconhecido e incógnito, o qual terão que conviver, geralmente, até o fim de seus dias. Contudo, ressalta-se que muitas instituições de longa permanência cumprem um papel de abrigo para o idoso, servindo como um lar, onde recebem auxílio e atenção, podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento mais digno (Born e Boechat, 2002).

A institucionalização para o idoso é um processo complexo, de mudanças sociais e de vida, onde ele estará convivendo com outros idosos, muitos deles, desprovidos de percepções cognitivas e com sérias limitações funcionais e mentais, dando a percepção de um “túnel sem saída”, completada pela perda do sentido do real e, por vezes, tendência à depressão e à loucura.

O estereótipo da casa asilar e dos que nela habitam, reflete na sociedade um sentimento de abnegação, solidão e tristeza, o qual se perpetua nas gerações e determina o

grau de receio de ficar velho e dependente e, de certo modo, o medo de atuar nesse ambiente.

A Universidade e os gestores públicos podem e devem exercer seus compromissos com essa parcela da sociedade. A Universidade, como *locus* de formação e preparação de recursos humanos, poderá congrega elementos superadores das práticas acríticas para uma práxis de ação transformadora e problematizadora das situações evidenciadas nas casas de longa permanência (Both, 2000). A atuação em uma instituição asilar exige uma atitude interdisciplinar, inserida numa perspectiva de educação permanente para congrega estruturas pedagógicas que integrem conceitos e disciplinas, substituindo a fragmentação das ciências por uma ciência unificada, com repercussões no ensino, na pesquisa e na extensão.

Dentre os vários profissionais da área da saúde que compõem uma equipe multiprofissional e, que atualmente pesquisam e exercem atividades junto aos idosos asilados encontra-se o fisioterapeuta.

A fisioterapia é uma das mais jovens profissões da área da saúde, tendo sua gênese remanescente das concepções tecnicistas e formação acadêmica determinada pelos preceitos biomédicos, oriundos notadamente da Medicina. Em certas instituições universitárias é valorizada a formação do profissional voltada para o atendimento da limitação física, sem reflexão da situação social, da totalidade do indivíduo, da função educativa e interacionista entre os profissionais, acadêmicos e idosos. Desmotivam-se ações preventivas que possam ser promotoras de qualidade de vida e com uma visão mais crítica da realidade social. O profissional é valorizado pela sua função técnica, sem referência à importância do comprometimento social de sua profissão e da sua atuação na construção de cidadania.

Como área da ciência da saúde, o curso de fisioterapia em algumas instituições segue uma concepção educacional formadora com tendência ao paradigma newtoniano-cartesiano, caracterizado por um processo de ensino tradicional e fragmentado, sendo a transmissão de conhecimento de forma unidirecional, ou seja, sem a participação e manifestação do aluno, com conseqüente redução da sua participação social.

Durante a realização das atividades de caráter preventivo, junto a casas de longa permanência, pelos acadêmicos do V nível do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, observou-se grande dificuldade em ultrapassarem-se as barreiras da visão meramente tecnicista e mecanicista de aplicação de métodos de reabilitação.

Portanto, buscou-se com o presente estudo a avaliação das intervenções educativas com acadêmicos de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo e a orientação para uma formação integralizadora e problematizadora, voltada para as condições sociais e políticas dos idosos institucionalizados, com uma abordagem humanista, advinda da responsabilidade social dos acadêmicos e da própria instituição, numa interação mais construtiva e atuante, que contribua de forma integral: no físico, emocional e social, de convivência, de elos, de transformações e satisfações de todos que participam dessa rede de ação, de superações e adaptações.

Transformar esse estereótipo, de aluno passivo e submisso, diante de uma situação complexa de atendimento ao idoso fragilizado e institucionalizado, por meio de ações reabilitadoras e por intervenções pedagógicas efetivas de mudanças das concepções estruturadas e limitadas das ações fisioterápicas até então realizadas, é papel do professor universitário, que deve estar comprometido com a sua práxis, sendo co-responsável pela mudança paradigmática. Para tanto, é necessário que se estabeleça entre professor e acadêmicos diálogos críticos e reflexivos da realidade do contexto asilar.

O acadêmico deve ser estimulado a reconhecer a importância de seu papel como agente de mudança, não se limitando ao saber técnico, mas abrindo-se ao novo, com uma formação que lhe dê a oportunidade de visualizar ações estratégicas de atuação com o idoso, com a casa asilar e suas peculiaridades.

Para que essa mudança de visão paradigmática, do método tecnicista para um método dialético seja efetivada, faz-se necessário uma análise da estrutura curricular do curso de fisioterapia e sua forma de atuação nas casas asilares. É importante que os atores sociais envolvidos com a formação desses novos profissionais atuem em rede de ação de forma reflexiva e estimulem a construção participativa do conhecimento, vendo o acadêmico como um co-autor do processo formativo, estabelecendo uma relação mediada pela ética e pela ação comunicativa.

Logo, a responsabilidade por parte dos professores universitários, sua formação e informação adquiridos no seu processo histórico, constituído na prática de atendimento ao idoso, foi crucial para o surgimento do interesse em estudar como ocorre o processo da práxis dos fisioterapeutas em um ambiente asilar, através de intervenções pautadas na educação dialética, interacionista e reflexiva, contrapondo-se ao modelo de ensino tecnicista, positivista e fragmentado.

As intervenções fisioterápicas em ambiente asilar presentes no curso de fisioterapia da Universidade de Passo Fundo são, atualmente, direcionadas para um atendimento

reabilitador, visando à recuperação de amplitudes articulares, ganho de força e resistência e, principalmente, a diminuição de quadros dolorosos dos idosos institucionalizados.

A necessidade de mudança desse ponto de vista restritivo da práxis fisioterápica é decorrente da percepção que vem sendo construída nos últimos anos de minha vida docente, junto aos acadêmicos do curso de fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. Muitos acadêmicos, ao adentrarem na instituição de longa permanência sentiam-se paralisados, sem noção da realidade daqueles idosos, realizando a fisioterapia de forma mecanicista, voltada a técnicas de reabilitação, totalmente segmentada e descontextualizada do ambiente de vida do idoso asilado. A interação não se fazia presente e, por vezes, sem comunicação, a própria técnica era prejudicada.

Parece existir, portanto, uma lacuna na formação dos acadêmicos do curso de fisioterapia ao relacionar os processos de aprendizagem que envolvem o binômio educação-saúde, nas ações de intervenção a idosos institucionalizados. Essa lacuna pode estar relacionada com o plano político-pedagógico do curso ou das diretrizes curriculares do curso de fisioterapia, que tendem a ser insuficientemente direcionadas para o atendimento asilar e sua complexidade.

Faz-se a necessidade de envolver o aluno em uma visão globalizada, atenta às condições de vida do idoso, conscientizando-o da realidade vivenciada diariamente. Essa conscientização da realidade asilar poderia ser mais bem planejada pelo professor da fisioterapia que, medializando de forma dialógica com seu acadêmico, poderia estimulá-lo à conscientização-ação, possibilitando a liberdade e o desvelamento, aliado a um olhar crítico da realidade, na tentativa de desmitificá-la.

A partir do exposto, é possível identificar algumas questões que necessitam maiores reflexões por parte dos pesquisadores da área: Qual o papel da fisioterapia no contexto asilar? Que competências profissionais precisam ser consideradas na formação do profissional da fisioterapia para que ele desempenhe a sua função fisioterápica e social junto aos idosos institucionalizados?

Buscar compreender a dinâmica do processo de ensino estabelecido, desconectado da realidade, requer uma análise aprofundada, visando um novo olhar. A partir das análises do projeto político pedagógico do curso de fisioterapia, dos currículos e planos de ensino das disciplinas que trabalham o idoso, sejam eles pertencentes ou não à casa de longa permanência, buscou-se essa compreensão na perspectiva da formação de futuros agentes de transformação social.

Verificou-se que a evolução das práticas e técnicas utilizadas são de grande valia na cura e reabilitação das limitações apresentadas pelos idosos, mas, essas ações são insuficientes, diante das diversas intervenções biopsicosociais que afetam a qualidade de vida dos idosos institucionalizados levando a um ciclo vicioso de dor-disfunção-prostação-indiferença-limitação-dor. Educar o aluno de fisioterapia para visualizar os diferentes processos do mecanismo patognômico que afetam os idosos asilados, abrangendo uma visão mais holística e uma maior preocupação com os fenômenos do abandono e do cuidado, poderá ser o melhor caminho de transformação e conscientização do aluno junto às disciplinas que trabalham diretamente com essa população.

Assim, delimitando a amplitude que cerca o tema institucionalização do idoso, este trabalho tem como objetivo avaliar uma intervenção educativa, buscando-se a análise do processo de aprendizagem e os significados estabelecidos na relação entre professor, acadêmico e sujeito idoso a fim de: a) modificar o processo mecanizado de atendimento do acadêmico junto a esses idosos; b) analisar as ementas das disciplinas da fisioterapia que trabalham junto a idosos fragilizados; c) propor uma nova abordagem de ensino junto aos acadêmicos da fisioterapia, compreendendo uma perspectiva interacionista e libertadora dos estigmas constituídos na sociedade sobre a institucionalização asilar.

Pretende-se estabelecer nesse estudo, inicialmente no primeiro capítulo uma revisão do “ser idoso”, entendendo o processo de envelhecimento e as suas conseqüências como a institucionalização. Procurar-se-á refletir sobre como a sociedade e o curso de fisioterapia atendem as necessidades dos idosos frente ao surgimento de patologias crônicas degenerativas e as perdas dos vínculos familiares.

A seguir, partiu-se para a análise mais acurada do plano político pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, verificando-se o espaço destinado aos assuntos da terceira idade e, como esse é desenvolvido nas diferentes disciplinas interrelacionadas ao envelhecimento humano, estabelecendo-se algumas relações entre o paradigma positivista e o paradigma sociointeracional das condutas fisioterápicas junto às casas de longa permanência.

Inicialmente será inevitável analisar o referencial histórico sobre os processos de envelhecimento e asilamento do ser idoso em uma visão fragmentada e mecanicista unívoca na literatura consultada, para, posteriormente, fundamentar a discussão desse trabalho em basicamente dois autores que revolucionaram os conceitos da educação mundial como Lev S. Vygotsky, sua perspectiva sócio-histórica e a importância do

interacionismo nos processos de ensino-aprendizagem e, Paulo Freire, com sua práxis libertadora, de visão de um mundo crítico, reflexivo e autônomo para fundamentar a relação entre sujeitos humanos que aprendem mutuamente.

Avaliou-se a intervenção educativa utilizando-se como forma metodológica a concepção adotada por Paulo Freire, na formulação do conhecimento e apreensão desse conhecimento. No primeiro momento, aplicou-se um questionário aos acadêmicos da fisioterapia, visando a verificação do seu nível de entendimento sobre questões que envolvem a perspectiva do processo de envelhecimento populacional e a institucionalização do idoso, o conhecimento acerca da responsabilidade social dos gestores públicos para com as casas asilares e o papel da fisioterapia junto aos idosos institucionalizados. Após a aplicação do questionário, os acadêmicos receberam dois textos contextualizadores da realidade do envelhecimento e do processo de asilamento no Brasil e participaram de três oficinas educacionais, as quais serviram de leitura de mundo, ou seja, da investigação temática do assunto.

Optou-se por realizar estudos de textos e oficinas que fundamentassem a idéia da necessidade de uma visão humanista e reflexiva, pautada no cuidado do idoso fragilizado e institucionalizado, buscando-se analisar a relação existente ou não da atuação da fisioterapia no universo da casa de longa permanência.

No segundo momento, o professor, balizado pelos textos de Paulo Freire e Vygostsky, orientou o processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos pelo método da práxis ação-reflexão-ação, fundamentado no diálogo vivido e experimentado durante as aulas práticas de visitação e intervenção fisioterápica e na elabora o de oficinas interacionistas, que serviram de troca de experiências com outros atores sociais, com o intuito de apreensão do conhecimento.

No terceiro momento do método, deu-se o enfoque problematizador do estudo, onde foi oportunizada, através da reflexão emancipadora e transformadora, uma nova proposta de ensino que possibilitou a constru o e a reconstru o do mundo asilar lido através da análise do conteúdo das respostas e das falas dos acadêmicos antes, durante e após as interven es fisioterápicas.

Logo, objetivou-se com esse trabalho o desenvolvimento de uma nova forma de abordagem fisioterápica e educativa entre professor-acadêmico-idoso institucionalizado, em contraponto   hegemonia de reabilita o centrada na perspectiva mecanicista e descontextualizada da realidade entre os sujeitos do processo, favorecendo com que os acadêmicos se tornassem mais conscientes de sua importância como atores sociais,

engajados na perspectiva da ressignificação do processo de envelhecimento humano. Além de adotar uma concepção de ensino voltada para a responsabilidade social e intervenção mais democrática e global, analisando criticamente o processo de asilamento dentro do contexto sociocultural atual.

1. O SER IDOSO HOJE: PERSPECTIVAS E TRANSFORMAÇÕES

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno crescente, sendo a população idosa atualmente 8,6% do total da população do país. O Brasil em breve se tornará o sexto país do mundo em número de idosos, sendo a faixa etária de 60 anos ou mais a que mais cresce em termos proporcionais, conforme os dados da Organização Mundial de Saúde, que afirma que entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total (ONU, 2006).

Logo, essa situação torna-se bastante preocupante ao visualizarmos o despreparo das estruturas econômicas, sociais e políticas do país em relação a essa transição demográfica. O impacto de garantir em um curto período de tempo, uma qualidade de vida adequada à crescente população de idosos é missão de todos os que estão envolvidos ou não com o processo de envelhecimento humano (Guccione, 2002).

Atualmente, o Brasil está mudando a sua pirâmide etária populacional em conformidade com os países desenvolvidos, onde, a tendência de distribuição demográfica da população é de inversão da pirâmide etária (IBGE, 2006).

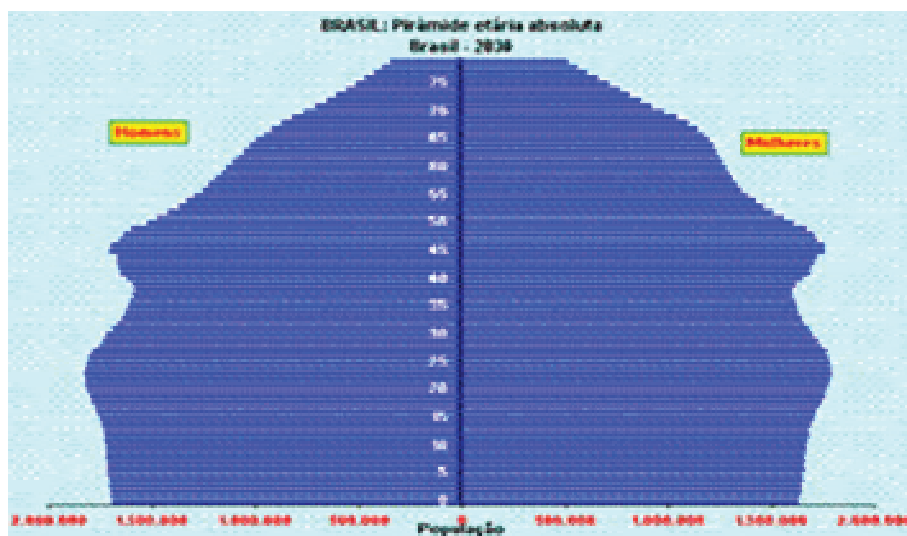


Figura 1. Pirâmide etária da população brasileira prevista para o ano de 2030.
Fonte: IBGE – Tábuas completas de mortalidade (2006).

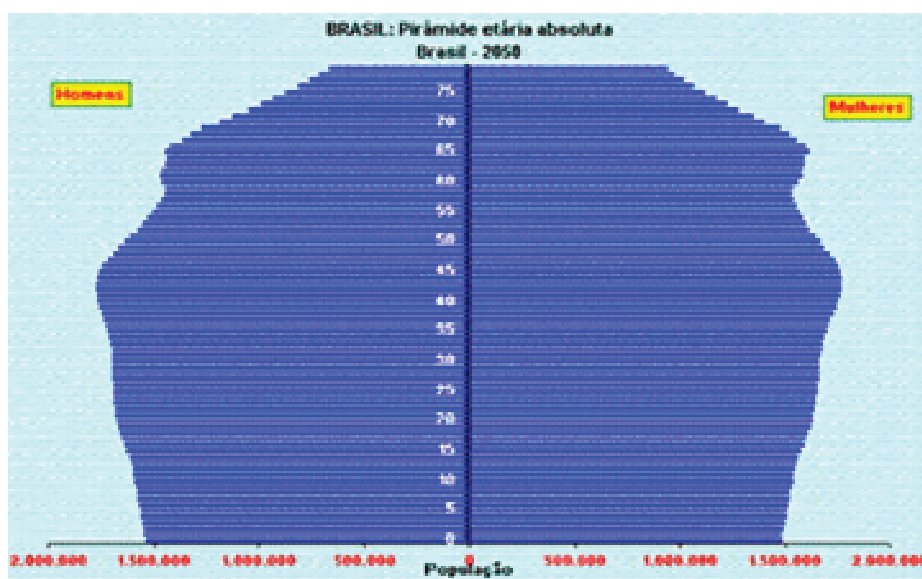


Figura 2. Pirâmide etária da população brasileira prevista para o ano de 2050.
Fonte: IBGE – Tábuas completas de mortalidade (2006).

Conforme demonstrado nas figuras acima, há uma projeção da concentração populacional na faixa etária entre os 15 e aos 35 anos até 2030 sendo que a partir de 2050 ocorrerá um maior número de pessoas na faixa entre os 35 aos 65 anos de idade (IBGE, 2006). Essa perspectiva já é notada atualmente nos países europeus, que paulatinamente vêm diminuindo sua taxa de natalidade e aumentando a expectativa de vida. Mas, no caso do Brasil, essas transformações estão sendo mais abruptas e sem os devidos cuidados dos responsáveis pelos Programas de Saúde Pública, o que acaba, também, afetando drasticamente o setor previdenciário.

Com poucas políticas públicas voltadas para a qualidade de vida dos idosos, o país pode apresentar um colapso na sua economia, em decorrência do acelerado crescimento nessa faixa etária e dos recursos investidos na área previdenciária e da saúde.

Para Alexandre Kalache, pesquisador do Programa Global de Envelhecimento da Organização Mundial da Saúde, o Brasil está envelhecendo sem ser rico, como não ocorreu nos países desenvolvidos como a Alemanha, Canadá e Japão que envelheceram depois de terem enriquecido. Essa verdadeira revolução demográfica será o maior desafio, como preparar um país que em 19 anos terá dobrado a proporção de idosos de 7% para 14%? Países como a França levaram 115 anos para atingir essa proporção (WHO, 2006).

Para Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) trata-se de um processo irreversível, pois para evitá-lo seria necessário retornar-se a taxa de fecundidade dos anos 60, o que é considerado improvável.

A análise do índice de idosos de alguns países ilustra a rapidez desse envelhecimento. O índice é obtido através do quociente entre a população acima de 65 anos e aquela abaixo de 15. No Brasil, por exemplo, essa taxa era de 8,2, em 1970, o que equivale a dizer que, para cada 100 crianças com menos de 15 anos, havia 8,2 idosos. Em 1990, esse índice havia pulado para 13,8 e deve chegar a 39,2 em 2020, o que corresponde a um aumento de 378% em 50 anos. No mesmo período, esse índice terá aumentado em 114% na Argentina, 198% na Índia e 253% no México (Ciência Hoje, 1998).

Outro fator que impulsiona o número da população da chamada terceira idade é a queda acentuada da mortalidade infantil. Dados recentes do IBGE (2006) apontam que até o ano 2000, a taxa de mortalidade infantil era de 25,8% e, entre 2000 e 2005 essa taxa passou a ser de 14,3%. Ainda que reflita os grandes contrastes sociais e regionais existentes no país, a taxa de mortalidade infantil é um exemplo concreto das ações governamentais e não governamentais no campo da saúde e, por sua natureza, constitui-se como um indicador que absorve e reflete as condições de vida e de saúde da população.

No ranking das Unidades da Federação com as maiores índices de esperança de vida, em 2005, o Distrito Federal ocupa o 1º lugar, com 74,9 anos e Alagoas, com 66,0 anos, ocupa o último lugar. Isso mostra, que um brasileiro nascido e residente na Capital Federal, em 2005, vivia, em média, 8,9 anos a mais que um nascido em Alagoas. Muito embora, os resultados atestem a persistência das desigualdades regionais em termos de desenvolvimento social, este diferencial vem diminuindo ao longo dos anos, como revelam as estimativas. Em 2000, esta diferença para os mesmos estados era de 9,8 anos (IBGE, 2006).

Para Silva (2005) há ainda uma diferença significativa referente à expectativa de vida entre homens e mulheres, correspondendo em torno de 7,6 anos. Esta diferença, explica-se em parte, a chamada feminização da velhice no Brasil. Logo, as mulheres serão as mais expostas à pobreza e à solidão na velhice, elevando as taxas de morbidades e de institucionalização.

O aumento do índice da população idosa está também relacionado com a queda da taxa de fecundidade, pois conforme dados do IBGE (2002), 44% das mulheres em idade reprodutiva têm menos de dois filhos. Esse índice sobe para 4 filhos por mulher em locais onde o poder aquisitivo é menor, correspondendo a 6,2% do total. Entre os anos de 1990 e 2000 a queda da fecundidade foi de 12%. Essa tendência já foi verificada entre os países mais ricos como o Japão, país que atualmente reviu sua política de controle de natalidade.

Em última análise, pode-se descrever uma transição epidemiológica de mudança caracterizada por alta-mortalidade/alta-fecundidade para a de baixa-mortalidade/baixa-fecundidade. O problema, já argumentava Kalache em 1987, é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades estão claramente relacionadas a outros grupos etários da população, pois quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas, situação que até o momento não se alterou (Kalache, Veras e Ramos, 1987).

Obviamente, não podemos somente rotular essa população como carente de cuidados e proteção, mas sim desmitificar o caráter preconceituoso da sociedade para com os mais velhos. Conforme afirma Magalhães apud Silva (2005, p.5), a sociedade contemporânea oferece pouca oportunidade ao idoso para exercitar e ativar a sua lembrança, instrumento e conteúdo fundamental de seu diálogo com as demais gerações, muito do que foi produzido no passado não tem interesse hoje e possivelmente será destruído amanhã. Sobre esse aspecto, complementa Néri (1995, p. 15), que “é importante conhecer a trajetória do conhecimento sobre a velhice, desde as concepções ingênuas até as científicas e, depois, como estas têm evoluído sob a ação de numerosas variáveis do contexto social e cultural da sociedade”.

Nosso país está em fase de transformação social. Revoluções no meio científico proporcionam maiores redes de relacionamento digitais, avanços na informática e na eletrônica revelam um mundo futurista na realidade atual. A sociedade do consumo, moderna e capitalista, abnega valores espirituais em prol de valores materiais, os jovens querem se apoderar das novidades e, cada vez mais, apressarem-se em não perder as informações que já chegam a velocidades espantosas. E o sujeito que envelhece? Qual o

seu papel hoje nessa sociedade? Será que o mundo vai esperar por eles? Será que nossos jovens estão interessados em auxiliá-los, a ouvir as histórias antigas e cheias de sentimentos de seus avós? Que papel terá na sociedade esse enorme contingente de seres humanos que, muitas vezes, não poderá acompanhar a passos largos o atropelo causado pelo desenvolvimento?

A atual sociedade de consumo não está totalmente preparada para responder e atuar de forma planejada e estruturada a essas perguntas. A marginalização e a exclusão social dos idosos, principalmente aqueles com algum déficit ou problema de saúde, parece ser irreversível.

Hoje, em fase de transição do século, o que se nota é uma inversão de valores. Fruto da Revolução Industrial, dos avanços tecnológicos dela decorrentes e da valorização excessiva de teses desenvolvimentistas, ganha importância a força de produção, obviamente muito mais próxima dos jovens. Passa-se julgar o homem pela sua capacidade de produzir. Dentro dessa lógica, os idosos, em sua imensa maioria, por serem reduzida sua capacidade fisiológica de trabalho, não tem como enfrentar uma competição nas quais as condições são desiguais (PAPALEO NETTO E PONTES, 1996, p.09).

Se a velhice passar a ser encarada como fase normal da vida e não como um estigma marginalizante, haverá uma mudança significativa em relação ao papel e importância dos idosos na sociedade brasileira. Cabe a todos, educadores e cidadãos, revelar o preconceito, reorientar os jovens e as futuras gerações para uma mudança paradigmática no enfrentamento do processo de envelhecimento populacional e sua participação na sociedade, devendo-se ter o cuidado para que a velhice não seja vista como algo superado, desvalido de apropriações e sentimentos, marginalizada e excluída.

Para Escorel (1994) a exclusão é um processo construído socialmente nos quais grupos de pessoas são submetidos a condições limítrofes com a animalidade num verdadeiro aviltamento de sua humanidade. Além disso, nesses grupos há uma sobreposição das situações de exclusão, ou seja, uma concentração de critérios sociais legitimadores da verdade e da discriminação, estigmatização e exclusão em certos grupos a um ponto tal que a exclusão social é transmitida de geração para geração como destino obrigatório. Prossegue o autor fazendo uma análise das dimensões sociais da exclusão abordando o fato de que os indivíduos são reduzidos à condição de *animal laborans*.

Comenta o autor:

A atividade do *animal laborans* é manter-se vivo, sustentar-se metabolicamente com vida. Reduzir homens à condição de *animal laborans* significa restringir toda sua potencialidade como ser humano para a realização restrita da tarefa de manter-se biologicamente vivo, pois para uma sociedade consumista-capitalista, os indivíduos idosos que não produzem se tornam um peso, um encargo a mais e, portanto, são supérfluos e desnecessários como produtores (*homo faber*) e como cidadão (ESCOREL, 1994, p. 41).

Este parece ser o quadro atual da sociedade perante a velhice. Afirma Salgado apud Papaléo Netto (1999): “valores culturais sedimentados através dos anos qualificaram extremamente o potencial da juventude, em detrimento da velhice, as quais acabaram por serem interpretadas como um misto de improdutividade e decadência”.

Entretanto, em pesquisa do censo do IBGE (2002), foram identificados seis milhões de idosos que possuíam filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Esse dado desmitifica a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes, pois o mesmo desempenha um papel socioeconômico de fundamental importância na família (Silva, 2005, p. 05).

Esse complexo problema, ao qual se associam as precárias condições socioeconômicas vivenciadas por uma aposentadoria vexatória dos idosos, problemas decorrentes de múltiplas afecções orgânicas concomitantes e dificuldade de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, tem como consequência natural o isolamento do velho e um impacto sobre a sociedade que terá que enfrentar este novo desafio com mais presteza, cuidado e solidariedade.

1.1 Envelhecimento Humano: quadro de dependência

O quadro de dependência dos idosos brasileiros vem crescendo nos últimos anos. Um processo perceptível e conhecido da área social e política do país, mas até o momento, relegada a um segundo plano pelas autoridades competentes.

No Brasil é notória a inexistência de um programa de governo direcionado para a população idosa que desenvolve dependência, apesar da criação de uma “Política Nacional de Saúde do Idoso”, cujo decreto foi promulgado em 1999 (Brasil, 1999).

O termo dependência está imbricado com o conceito fundamental da prática geriátrica que é a “fragilidade”. A fragilidade é definida por Hazzard et al apud Caldas (2003), como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Essa limitação é, geralmente, mais observada em pessoas com mais de 80 anos ou nos idosos mais jovens que apresentam alguma disfunção ou patologia crônico-degenerativa.

Segundo Caldas (2003), as doenças causadoras de dependência geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar ainda não é conhecido no Brasil. A necessidade de assistência permanente ao idoso gera um custo elevado aos familiares e ao sistema de saúde pública. O autor prossegue, alertando para o fato de que seria de fundamental importância a identificação dos gastos de um paciente idoso com alto grau de dependência para o Sistema Único de Saúde e de seu impacto nas políticas públicas.

Em relação a esse fato Mendes (2001) afirma:

[...] a crescente demanda de assistência à saúde da faixa etária que irá mais crescer nesse século e a existência de alternativas de atenção colocam importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, a quem financia os serviços de saúde. Insistir exclusivamente no modelo hospitalar e asilar significa uma total falta de sintonia com o que está acontecendo no mundo, como um desprezo pela realidade do idoso no Brasil (MENDES, 2001, p.103).

O autor evidencia a necessidade de políticas públicas voltadas para a mudança comportamental, de atendimento hospitalocêntrico para uma visão mais profilática e sintonizada com os aspectos preventivos das demandas de saúde por parte dos idosos.

Os idosos vivem os últimos anos de sua vida, muitas vezes, em situações de dependência, necessitando de importante ajuda para a realização das atividades de vida diária. Isso ocorre em função das diversas patologias crônico-degenerativas que os acometem, sendo as mais importantes, segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, cerebrovasculares, entre outras. A interação de modificações fisiológicas, próprias do envelhecimento e as decorrentes dos processos patológicos são responsáveis pela apresentação clínica de várias enfermidades, que são

frequentemente mais graves em idosos do que em jovens, acarretando um comprometimento financeiro e sentimental de toda família.

Em decorrência da modificação no perfil populacional tornam-se mais prevalentes as doenças crônicas, que podem levar a incapacidades, comprometendo, por vezes, a autonomia e diminuindo a qualidade de vida dos idosos.

Afirma Néri (1995):

Embora se saiba que o envelhecimento provoca diminuição na capacidade adaptativa, que se traduz às vezes em patologia, às vezes em afastamento e depressão, não se pode dizer que a dependência física, cognitiva, afetiva ou social sejam características inescapáveis da velhice. Aceitar esse conceito significa rejeitar a idéia que a velhice é uma experiência heterogênea, isto é, que comporta variações individuais, históricas e sociais. Significa também ter uma noção estreita de adaptação, que não leva em conta os mecanismos de seleção e compensação de que o ser humano é capaz (NERI, 1995, p.61).

Depreende-se da citação acima o quanto a sociedade necessita compreender sobre o significado do envelhecer e o posicionamento dos idosos perante o processo de envelhecimento. No estudo “A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado”, Freire Júnior e Tavares (2005) concluíram que os idosos não consideravam o envelhecimento somente como um período de perdas e sofrimentos, nem tampouco como sinônimo de doença, mas buscavam viver essa fase da vida valorizando determinados aspectos que podiam amenizar as suas perdas.

Para Born (1999), respeitar o idoso é, antes de tudo, criar condições para que ele exerça sua autonomia, ainda que limitado por incapacidades físicas ou deficiências sensoriais.

O modo como envelhecemos e por que envelhecemos está bem descrito na literatura atual, mas não totalmente explicado.

Se é fácil reconhecer algumas manifestações comuns em idosos, como calvície, rugas, aumento de ligações cruzadas do colágeno, reduções das capacidades máximas de trabalho e resistência etc., é impossível afirmar serem elas exclusivamente dependentes do envelhecimento, desde que fatores genéticos e ambientais podem também estar presentes (PAPALÉO NETTO, 1996. p.04).

Portanto, o envelhecimento se dá em vários níveis a serem considerados como fatores desencadeantes os quais se citam: as causas biológicas, fisiológicas, ambientais e sociais.

Os fatores biológicos e fisiológicos do processo de envelhecimento manifestam-se após o término da fase de desenvolvimento e estabilização, em torno da terceira década de vida, quando os diversos sistemas e órgãos começam a apresentar progressivas alterações. Dentre essas alterações biológicas e fisiológicas apresentadas pelo organismo, destacam-se o decréscimo da força e função muscular, aumentando a perda de densidade óssea mineral e a probabilidade de lesões por fratura óssea; alterações degenerativas ateroscleróticas e hipertensão; menor elasticidade e redução da quantidade de células nos diversos tecidos; diminuição da produção hormonal; perdas hídricas; diminuição da capacidade de coordenação e da habilidade motora; deficiência auditiva e visual e aumento da quantidade de gordura corporal (Freitas et al, 2002).

Segundo Beauvoir (1990) há uma relação de reciprocidade entre a velhice e a doença. Sendo que a doença acelera a senilidade, e a idade avançada predispõe a perturbações patológicas, particularmente aos processos degenerativos que a caracterizam. É muito raro encontrar-se o que poderíamos chamar de velhice no seu estado puro. As pessoas idosas são acometidas de polipatologias crônicas.

Além das alterações orgânicas, o envelhecimento também se dá por perdas sociais, que invariavelmente, aprofundam o isolamento e a exclusão do idoso no convívio, a partir do momento em que suas características e atitudes deixam de ser significativas e satisfatórias para o restante da sociedade, ocorrendo as chamadas falhas de memória, atenção e dificuldades extremas de aprendizado, sendo um “perigo deixar o idoso sozinho”, que poderá se machucar ou machucar a alguém. Funcionalmente, o envelhecimento ocorre no momento em que o idoso começa a depender dos outros para realizar tarefas habituais e necessidades fisiológicas básicas. Sendo o último critério fundamental para que se estabeleça o quadro de dependência e, conseqüentemente, a perda de autonomia.

Néri (1995) refere que o quadro de dependência é uma associação de múltiplas variáveis interligadas a vários elementos, os quais estão descritos abaixo:

- Há um aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade biológica e de incompetência comportamental;
- Os problemas de saúde já existentes tendem a se agravar e as doenças típicas da velhice podem começar a se instalar;

- Tende a aumentar a pressão exercida por pequenos eventos da vida cotidiana (exs: pequenos acidentes, conflitos e contratempos domésticos, pequenas preocupações com o cotidiano dos filhos adultos, dos netos ou do cônjuge) e por grandes eventos estressantes da vida pessoal e da vida dos entes queridos (perda dos pais, divórcio dos filhos, etc...);
- Ocorre uma tendência de acúmulo dos efeitos das pressões exercidas por perdas em vários domínios (exs: perda dos amigos + aposentadoria compulsória + afastamento dos filhos + doenças + senso de aumento da vulnerabilidade);
- Com a idade ocorre progressiva redução da perspectiva de vida, em virtude de fatores genéticos e do estilo de vida. A consciência desse fato demanda esforço de adaptação do idoso. Dependendo da saúde física, das condições mentais e de fatores da sua personalidade, estes refletindo a história de vida pessoal e os valores sociais, os idosos podem envolver-se de maneiras diferentes na manutenção de uma vida ativa, produtiva e saudável e no cultivo da espiritualidade. Tais providências poderão ajudá-los a manter a independência e a autonomia por mais tempo, mesmo na presença de limitações físicas e sociais.

Verifica-se que não somente a degradação da homeostase orgânica pode desencadear um quadro de dependência, mas as alterações dos vínculos sociais, profissionais e familiares, que associados podem levar o idoso à institucionalização e ao quadro de perda da autonomia como cidadão. Steglich (1992) complementa ainda, para o fato do aspecto social do idoso, englobando a contemplação da função paterna e materna, além de atitudes e comportamento pessoal diante do próprio envelhecimento, da aposentadoria e suas conseqüências, das necessidades de novas adaptações vitais e, geralmente, da perda do cônjuge.

Na área de saúde do idoso, a capacidade funcional é o principal indicativo da qualidade de vida do idoso. O desempenho nas atividades da vida diária é parâmetro amplamente aceito e reconhecido, pois permite aos profissionais uma visão mais precisa quanto à gravidade das doenças e suas seqüelas. Os vários tipos de demências destacam-se entre as doenças crônico-degenerativas, pois resultam em um alto grau de comprometimento, levando à incapacidade funcional dos idosos (Ramos, 2002).

Santana (2003) descreve a demência como uma síndrome, um grupo de sinais e sintomas que formam um conjunto e que podem ser causados por uma série de doenças

subjacentes, relacionadas às perdas neuronais e danos da estrutura cerebral. O padrão central da demência é o prejuízo da memória, incluindo ainda, um dos seguintes prejuízos cognitivos: afasia (prejuízo na linguagem secundário à ruptura da função cerebral); apraxia (incapacidade de realizar atividades motoras complexas, apesar da capacidade motora intacta); agnosia (falha em reconhecer ou identificar objetos, apesar de funções sensoriais intactas) e perturbação nas funções de execução como planejamento, organização, seqüência e abstração. Cada um desses prejuízos cognitivos gera prejuízo significativo também no funcionamento das capacidades funcionais e sociais, o que representa um declínio significativo em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento.

Sobre esta questão, afirma Veras (1994):

Nas populações em envelhecimento, a cognição deficiente assume importância crescente com o avanço da idade. O impacto da demência sobre a autonomia de um indivíduo e a capacidade de cuidar de si mesmo é muito significativo, e é vital que os planejadores locais de assistência de saúde possam tomar decisões racionais sobre a necessidade de serviços (VERAS, 1994, p.66).

Os serviços de saúde, incluindo os programas de gestão pública, não estão preparados para enfrentar esse problema, que apresenta-se de forma crescente. Há poucos estudos na área que identifiquem o número de idosos com quadro de demência, mas estimativas apontam que 5 a 30% dos idosos apresentam um quadro demencial e 15% têm comprometimento cognitivo médio no Brasil (Engelhardt, 2006).

Soares (2005) investigou duas casas de longa permanência em Passo Fundo-RS e identificou que 61,9% dos idosos institucionalizados apresentavam algum déficit cognitivo, com base no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esse dado revela uma necessidade de apoio psicológico e maiores investimentos do poder público para prevenir as seqüelas e evitar o abandono desumanizador provocado pela enfermidade.

Para Vieira e Koenig (2002) a cognição é o termo empregado para descrever toda a esfera de funcionamento mental, que implica em habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamentos e a capacidade para produzir respostas às solicitações e estímulos externos. Fatores como idade, nível social, escolaridade, comportamento, saúde, atividades que desenvolvem aspectos psicoemocionais e sócios culturais que influenciam diretamente nas habilidades e capacidades cognitivas.

Caldas (2003), também menciona as demências, incluindo entre elas, o mal de Alzheimer, uma síndrome clínica de deterioração das funções corticais superiores, memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento ou discernimento, interferindo de forma sistemática nas funções sociais e ocupacionais do indivíduo.

Percebe-se que o processo da incapacidade física, cognitiva e mental nos idosos acelera o quadro de dependência e propicia mudanças significativas nas relações interpessoais, que em última instância, pode provocar a institucionalização do idoso. A sociedade atual, mecanicista e tecnocrata, observa à distância, toda e qualquer inconformidade da situação dos idosos, relegando-os a um segundo plano, quando não satisfazem o perfil de cidadão independente, deixando-os ofuscados e marginalizados. Até mesmo, a família do idoso influencia e é influenciada por esse processo, pois o comportamento dependente é o esperado e estimulado, sugerindo uma percepção, segundo a qual o idoso é naturalmente incompetente (Silva, 1996).

Dessa forma, o envoltório de conhecimento sistematizado e enraizado na sociedade é de que o processo de envelhecimento e o ficar velho são fardos, estorvos, algo a ser impedido e evitado a todo custo. Não é por acaso que o Brasil é o segundo país em número de cirurgias plásticas conforme dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBPC, 2007), sendo o modelo de beleza o corpo esbelto e esteticamente perfeito, referendado e divulgado pela mídia e considerado como o ideal pela sociedade.

Complementam Lima, Glasel e Fialho (1997):

Em nossa sociedade, o jovem é valorizado, as crianças desvalorizam sua infância e os mais velhos não participam de sua velhice. As banalidades sociais, mais as limitações impostas e outras naturais, fazem a velhice detestável. Isso faz assustar os jovens e os velhos, uma vez que poucos querem o que a maioria evita (LIMA, GLASEL E FIALHO, 1997, p. 12).

A imagem que se revela do idoso dependente e fragilizado é negativa e carregada de estereótipos, rótulos e preconceitos. A mesma sociedade que criou condições para que se viva mais anos, não acrescentou garantia de qualidade a esses anos. Assim, parafraseando Luz (2002), não se mata o idoso aberta e declaradamente, de forma sutil e mascarada, a sua morte já vem sendo promulgada, através de outros meios, eficientes no seu objetivo de aniquilá-lo.

Conforme Chauí (2001):

A peculiaridade pós-moderna, isto é, a paixão pelo efêmero, pelas imagens velozes, pela moda e pelo descartável, depende de uma mudança sofrida no setor da circulação das mercadorias e do consumo. De fato, as novas tecnologias deram origem a um tipo novo de publicidade e marketing no qual não se vendem e compram mercadorias, mas o símbolo delas, isto é vendem-se e compram-se imagens que, por serem efêmeras, precisam ser substituídas rapidamente (...). Com isso, o paradigma do consumo tornou-se o mercado da moda, veloz, efêmero e descartável (CHAUÍ, 2001, p.22).

Portanto o velho não tem vez e nem voz junto à sociedade de consumo, nem mesmo sua experiência de vida não é valorizada e ouvida pelas novas gerações. Nesse sentido coloca Bosi (1987), que "...a conversa evocativa de um velho é sempre uma experiência profunda: repassada de nostalgia, revolta, resignação pelo desfiguramento das paisagens caras, pela desaparecimento de entes amados, é semelhante a uma obra de arte" (p. 41).

A comparação é de uma análise profunda e carregada de sentimentos, que expressam a melancolia de estar e não fazer parte desse mundo. Pode-se perguntar o porquê desse desprezo? E por que viver tanto tempo e não ser respeitado em seus sentimentos e palavras? Como a sociedade pode e deve se preparar para auxiliar e cuidar de seus idosos, para que tenham uma qualidade de vida e uma convivência intergeracional sadia?

Contribui, também, para um maior sentimento de solidão, a rejeição da sociedade capitalista, que tende a valorizar os mais jovens por sua capacidade produtiva em detrimento dos mais velhos que são ignorados porque não estão mais no processo de produção e por absorver recursos sem nada devolver para a sociedade. Já dizia Marx apud Konder (1992) em seu célebre escrito *O Capital* que toda a história mundial "não é senão a produção do homem pelo trabalho humano", referindo que mediante o trabalho, o sujeito humano se contrapõe ao objeto e se afirma como sujeito num movimento realizado para dominar a realidade objetiva: modificando o mundo e se modificando a si mesmo, fazendo a sua própria história (KONDER, 1992, p. 105).

A aposentadoria, quando significa a ruptura definitiva com o mundo do trabalho ou quando utilizada como marco social para a entrada na velhice, pode acarretar uma visão do velho socialmente distorcida, inútil, já que quem está afastado desse meio é considerado

desqualificado. Observa-se em pesquisa realizada por Both e Carlos (2005), com nove professores universitários, essa constatação, onde o jubramento foi percebido pelos sujeitos como algo injusto, pois foram destituídos da satisfação proveniente do exercício profissional e perderam um importante espaço de comunicação social, com restrições na interação social.

No paradigma da comunicação, proposto por Habermas, o sujeito que envelhece não é mais aquele do paradigma da consciência, porquanto seu universo não se define pela relação com os objetos, seja para conhecê-los, amá-los ou dominá-los, mas como aquele que é obrigado, pela própria natureza, a entender-se com os outros a respeito dos objetos, de seus papéis e de si mesmo. Ou seja, o conhecimento, sua qualidade, a personalidade enquanto instância individual intelecto-afetiva são resultantes das inter-relações sujeito-cultura-sociedade (Both, 2001). Logo, o diálogo assume um importante papel de atração entre os pares, sujeitos conscientes e determinados que oportunizam a troca de experiências e saberes para a harmonia de convivência no mundo-da-vida.

Para Freire (1999), o diálogo é o caminho que possibilita ao ser humano encontrar o seu significado, sendo uma necessidade existencial, que não pode estar dissociada da reflexão e da ação. Logo, a interação social é algo significativo para as trocas de experiências e permanência das condições de saúde mental dos idosos. Por isso, os grupos de terceira idade espalhados pelo país cumprem um papel essencial de facilitação do diálogo vivido, promovem ações fortalecedoras de vínculos e atuam de forma profilática nas deficiências músculo-esqueléticas e nas deficiências cognitivas.

Portanto, como propõe Silva (2005), deve-se combater o que ela chama de gerofobia da sociedade, assegurando um atendimento de saúde que considere as características típicas da velhice, garantindo um sistema de aposentadoria básica universal, desmitificando a idéia da velhice associada à fragilidade e, facilitando o diálogo intergeracional. A autora conclui afirmando que isso será assegurado de fato com a execução, na prática, dos direitos sociais dos idosos, previstos nas leis e estatutos efetivamente colocados em prática.

Para Veras e Caldas (2004) é importante que, em qualquer faixa etária, todos saibam reconhecer e prevenir situações que ponham em risco a qualidade de vida no presente e no futuro, o que acarretará em um idoso com autonomia e independência.

O processo da perda da autonomia segue caminhos diferentes, mas alguns deles possuem as mesmas paisagens, quais sejam, o grau de pobreza, os acidentes vasculares cerebrais, as limitações físicas e demenciais e outros fatores que reduzem o poder de

independência. O desgaste psicológico e as dificuldades financeiras, presentes na grande parcela idosa do país, precipitam o abandono, sendo quase inevitável, a busca de uma casa residencial para o idoso (Both, 2001).

Aliados a esses fatores, podem-se acrescentar a viuvez, levando à solidão e à depressão, causando alterações orgânicas ou desenvolvendo caráter intencional de adoecer ou morrer precocemente, socialmente ou organicamente.

Segundo Chaimowickz (1997) os principais motivos para a institucionalização são as dependências causadas pelas demências e outras condições como cardiopatias e pneumopatias crônicas. Portanto, a idade em si não é um determinante do asilamento. O autor não cita outros fatores condicionantes para o processo de asilamento e aparentemente restringe a inserção do idoso em uma casa de longa permanência a fatores exclusivamente de causa orgânica, indo de encontro ao apresentado no decorrer desse capítulo, visto que as causas de asilamento são mais abrangentes e complexas do que absolutamente fisiológicas.

1.2 Processo de asilamento

O cenário que se desenha é de profundas transformações sociais, não só pelo aumento proporcional do número de idosos nos diferentes países e sociedades, mas igualmente em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Estima-se que os avanços científicos e técnicos permitirão ao ser humano alcançar de 110 a 120 anos - uma expectativa de vida que corresponderia aos limites biológicos-ainda no presente século. São mudanças fantásticas e muito próximas, que reclamam modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com qualidade para este crescente contingente populacional (VERAS E CALDAS, 2004, p.424).

Com essa citação os autores já predizem algo que está evidente nos dias atuais: o crescente número de pessoas que chegam à terceira idade e que necessitam de um planejamento de saúde adequado e digno para manter uma boa qualidade de vida e autonomia plena no final da vida.

A palavra “asilo” já está enraizada na cultura popular, mas atualmente a expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos vem sendo utilizada no meio científico para designar essa forma de atendimento, não mais meramente de caráter assistencial, mas de apoio social e comprometida com o bem-estar social do idoso. Em 1961, Goffman publicou o livro *Manicômios, Prisões e Conventos*, onde apresentou uma análise da

instituição e a definiu da seguinte maneira: “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada” (Born e Boechat, 2002).

Até hoje não se conhecem dados exatos sobre o número de idosos institucionalizados no país, nem estudos prospectivos sobre a demanda futura, mas certamente não há nenhum indício de que irão diminuir os pedidos de institucionalização, haja vista o número cada vez maior de pessoas que chegam aos 70, 80, 90 e 100 anos de idade.

Born e Boechat (2002) mencionam em seu capítulo intitulado “A qualidade dos cuidados ao Idoso Institucionalizado” preposições preocupantes em relação ao considerável aumento do número de idosos no país, remetendo-nos a certas inquietações: como a sociedade atual está se preparando para receber esse novo contingente? Em caso de déficit cognitivo, ou sérios problemas de saúde, quem tomará conta e se responsabilizará por esse indivíduo, caso não possua um familiar que possa assisti-lo? Que instituições serão responsabilizadas? Nesse sentido, são necessárias reflexões sobre experiências profissionais e educacionais que possam colaborar na percepção dos atores sociais para o engajamento político dos futuros profissionais da saúde.

No artigo 3^o do decreto n^o 1.948, de 3 de julho de 1996, entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Complementa em parágrafo único: a assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família (Brasil, 1996).

O Estatuto do Idoso, de 1994, estabelece a garantia do amparo e cuidado do idoso em regime asilar, salvaguardando o direito do mesmo a ser amparado enquanto não tiver um teto para se refugiar.

A transferência do próprio lar para uma instituição de longa permanência é sempre um grande desafio para os idosos, que se deparam com uma transformação, muitas vezes radical, do seu estilo de vida, sendo desviados de todo seu projeto existencial (Freire Júnior e Tavares, 2005).

Para Mesquita (2003), a institucionalização apresenta-se como uma solução viável, o que explica o aparecimento nos últimos tempos, de casas de idosos, que são locais adaptados de residências normais para abrigá-los, cuja função é substituir o ambiente

familiar, dedicando-se à acolhida em regime diurno e noturno de idosos. Ainda prossegue o autor, são muitos os fatores que levam o idoso ao asilo, dentre os quais, citam-se os problemas físicos, psíquicos, sociais, a própria carência familiar, a idéia de não querer causar problemas ou de ser um problema para a família, o medo do futuro, de morrer sozinho, leva-os a decidir por conta própria essa mudança, além das dificuldades de integração social, bem como da possibilidade de maus tratos psíquicos e físicos. Por parte da família, o sentimento de impotência frente aos problemas físicos e psíquicos que o idoso apresenta com o passar dos anos, a dificuldade de integração e a impossibilidade de atenção ao idoso, em decorrência dos horários de trabalho são alguns dos fatores que conduzem ao asilamento.

Leme e Silva (1999, p. 96) argumentam que, atualmente o que ocorre na nossa sociedade, de forma endêmica, é a chamada “síndrome do filho único”, devido à diminuição do tamanho das famílias (família nuclear). É de se esperar, nas futuras gerações, que tal situação desencadeie uma impossibilidade física, por insuficiência familiar, da prestação de assistência ao idoso dependente, pois esse filho necessitará trabalhar, acarretando, invariavelmente, em institucionalização desse idoso. Os autores citam a possibilidade da utilização de centros-dia ou hospitais-dia, nos quais o paciente é mantido parcialmente em uma instituição especializada, evitando o confronto e/ou a ruptura com seu ambiente familiar.

Born (1999) refere que muitas vezes o idoso encara o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários. Contudo, complementa o autor, que não se deve esquecer que a casa de longa permanência cumpre um papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento digno.

Como no Brasil, prevalece a idéia de que a família deve se responsabilizar pelo idoso, e como, paralelamente, existem escassos recursos de apoio que possam auxiliá-la nesse momento, o idoso fica a mercê da própria sorte, à medida que não tem mais os filhos em sua companhia, e quando perde o cônjuge, literalmente, fica isolado da sociedade que devido ao corre-corre diário não tem tempo para o cuidado e atenção ao idoso.

Geralmente, quando começam a ficar mais evidentes os problemas decorrentes de um envelhecimento comprometido, sejam por conflitos de gerações ou pelo agravamento do estado de saúde física ou mental, associados a uma dificuldade de disponibilizar um

cuidador em tempo integral no domicílio, os membros da família se reúnem e tomam uma das decisões de maior importância para suas vidas: institucionalizar seu familiar idoso (Ângelo, 2000).

Segundo Both (2001), três vetores são essenciais para o processo da perda de identidade existencial do idoso e, conseqüentemente sua institucionalização: a) a perda do poder produtivo do ser humano, que está condicionado aos interesses históricos marcados pelo sucesso e por finalidades de baixa preocupação pelo mundo-da-vida e culturais; b) a perda do poder afetivo que existem nas relações pessoais onde há maior ou menor apego na condução de suas vidas. Neste caso, a casa asilar pode representar relações diferenciadas: ser um auxílio para o conforto e saúde dos que sofreram significativas perdas na autonomia física ou mental ou ser considerada um ato de abandono, isolamento e amargor do fim da vida social; c) a perda da autonomia como justificativa de abandono. Logo, a casa asilar pode se tornar o único refúgio diante da perda da autonomia e da falta de poder aquisitivo associado ao desgaste psicológico.

Para Larratea apud Both (2001), as causas do asilamento com relação à sociedade, à família e ao idoso são as seguintes:

- Causas Sociais:
 - Inexistência de uma política social;
 - Valorização do jovem, contrapondo-se à desvalorização do idoso;
 - Diversidade e ineficiência dos sistemas de aposentadoria/pensões;
 - Valorização do sistema asilar;
 - Falta de condições familiares;
 - Rejeição do idoso, da família, auto desvalorização do idoso.

- Causas Familiares:
 - Condições familiares (viuvez, desaparecimento do grupo familiar, desentendimentos);
 - Comportamento familiar mais freqüente: valorização do jovem, do trabalhador e desvalorização do velho;
 - Dificuldades financeiras;
 - Dificuldades de atendimento das necessidades dos idosos/problemas de saúde;
 - Rejeição.

- Causas Pessoais:
 - Situação pessoal (condições físicas e/ou mentais);
 - Inserção familiar (temperamento, experiência de vida, auto valorização);
 - Dificuldades financeiras;
 - Rejeição familiar.

Resumindo, a situação de pobreza, as fragilidades pessoais e a perda dos vínculos familiares modulam significativamente a probabilidade de internação asilar. Os fatores mais evidentes e determinantes nesse processo são mesmo aqueles específicos relacionados com as condições econômicas, biológicas e psicológicas tanto do meio familiar quanto do próprio idoso. Logo, quanto menores os vínculos familiares e maior o grau de fragilidade pessoal, maior será a probabilidade de uma internação (Both, 2001).

As pessoas, quando envelhecem, limitadas pelas condições biopsicossociais, diminuem, proporcionalmente, as suas possibilidades e as suas perspectivas na vida. Quando não mediadas por instituições onde possam estabelecer comunicação em torno de objetivos, torna-se natural o costume de contar seus dias a partir daqueles vividos, não a partir dos que virão.

Uma pesquisa realizada por Herédia et al (2004) com idosos institucionalizados, da região nordeste do Rio Grande do Sul, demonstrou que antes de adentrarem para a casa asilar grande parte destes morava com algum parente (irmãos, tios, avós), destacando ainda, que 25% moravam sozinhos, ou seja, tinham autonomia e independência. Sair da individualidade de morar sozinho para a condição de asilado é uma mudança que exige esforço de adaptação e aceitação. Essa transição representa um impacto, pela perda de referências e do sentimento de pertença, o que tem repercussões no estado emocional, nas relações humanas e na saúde de quem vive asilado. Para os autores, a partir do asilamento, o indivíduo perde a possibilidade de administrar seu tempo, seu espaço, suas decisões e relações. O seu querer é o querer da instituição. A vontade individual fica submetida à vontade e às decisões administrativas da instituição.

A maioria das pessoas não conhece a população geriátrica institucionalizada nos asilos de sua comunidade, nem sabem de suas necessidades, talvez por medo do enfrentamento, talvez, por não perceber que elas existam. Nesse aspecto, coloca Juchen (2001), que a palavra “asilado” causa medo na maioria das pessoas porque nos confronta com o que há de mais profundo no ser humano: o medo de envelhecer e de morrer.

No Brasil, a velhice com dependência e baixa autonomia, ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo-se qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social.

Atualmente tem-se a tendência da indicação da permanência dos idosos incapacitados em suas casas, sob os cuidados de sua família, por diversos motivos, tais como: redução de custos da assistência hospitalar e institucional dos idosos incapacitados. No entanto, a recomendação não tem sido objeto de debates críticos, a não ser muito recentemente. Os pressupostos, nem sempre presentes, de um modelo estável de família nuclear, não possibilitam sempre contar com a disponibilidade de um de seus membros para assistir às necessidades dos idosos dependentes e, requerem invariavelmente, serviços de assistência médica domiciliar (Karsch, 2003).

O familiar com quem o idoso passa a conviver, geralmente, se encontra na meia-idade ou até mesmo na velhice, fase em que novos papéis familiares lhe são atribuídos, como, por exemplo, a responsabilidade de ser filho de pais idosos, tendo de tomar decisões por eles à medida que envelhecem, ocorrendo então uma inversão na relação de autoridade. Muitas vezes, esse convívio se torna um desafio para o próprio familiar, quando associado a questões tais como: limitações funcionais, estado afetivo entre parentes e tipo de patologia do idoso. Logo, um dos grandes problemas reside em proporcionarem-se cuidados, afeto e proteção a um ser que pode se tornar cada vez mais dependente (Silva, 1996; Papaléo Netto, 1999).

É preciso e extremamente urgente que, quando se propuserem os cuidados familiares, seja examinada a estrutura familiar na sociedade e na cultura em que estes cuidados devem ser desenvolvidos. A atenção tradicionalmente proporcionada pelas famílias vai sendo gradualmente substituída pela necessidade de uma intervenção crescente do Estado e outras instituições não governamentais. Kalache, Veras e Ramos (1987) referem que os sistemas de seguro sociais são inadequados na maioria dos países menos desenvolvidos e, tais alternativas, são naturalmente muito mais onerosas e com freqüências mais difíceis de serem aceitas pelos mais velhos.

A investigação nos leva a refletir sobre as diversas conseqüências educacionais e sociais. Dentre estas, promoverem questionamentos e instigarem os acadêmicos a terem uma concepção mais política, onde percebam a importância e relevância das parcerias em redes de apoio às casas de longa permanência através de políticas de proteção e auxílio às instituições. Para Both (2001) faz-se necessário que a sociedade civil, em parceria com os

órgãos públicos, construa entendimentos de apoio às famílias em cujas residências existirem idosos dependentes ou semi-dependentes que não possam receber cuidados adequados. É imperativo que se busquem formas de atuação e intervenção interdisciplinares em redes de cooperação que conduzam a objetivos comuns para manter ou prevenir a institucionalização do idoso e/ou amparar e dinamizar o atendimento aos idosos já institucionalizados.

A Universidade pode ser considerada um lugar ideal para a construção do conhecimento que revela a singularidade dos eventos biopsicossociais da longevidade. É ela também, a mediadora de um discurso emancipatório em torno do envelhecimento e qualidade de vida, assumindo o seu papel crítico e transformador junto a seus pares, constituindo-se na interlocutora da história social da longevidade.

Assim, o curso de Fisioterapia, que forma indivíduos aptos para trabalhar diretamente com o seu paciente, precisa estar atento para ver o idoso como um todo e agir no seu interesse, na manutenção de sua qualidade de vida e na sua autonomia plena.

1.2.1 Rede de cuidadores

É característica de todos os países do mundo, que o cuidado dos idosos seja feito por um sistema de suporte informal. Esse sistema inclui a família, amigos, vizinhos e membros da comunidade. Segundo Ângelo (2000) a família provê de 80% a 90% do cuidado de seus membros idosos, incluindo-se cuidados médicos e serviços de transporte, ajuda nas tarefas domésticas e compras, emergências, além de iniciar e manter vínculos com o sistema de cuidado formal, quando necessário.

Conforme Berquó (1999), sabe-se que as mulheres, em quase todo o mundo, vivem, em média, mais do que os homens. No Brasil, essa diferença corresponde, atualmente, em média, oito anos. Em 1991, a razão de sexos para a população idosa brasileira era de 100 mulheres para cada 83 homens de mais de 65 anos. Este dado torna visível o reforço gradual do contingente de viúvas na sociedade brasileira, muitas delas estão desempenhando o papel de chefe de família e principal cuidadora de parentes idosos. O Censo Demográfico de 1991 já apresentava mais de 1,4 milhões de domicílios chefiados por mulheres com mais de 65 anos, das quais 1,1 milhões na classe de rendimento de até dois salários mínimos. O mesmo censo contou 2,8 milhões de homens chefes de família

com mais de 65 anos, e pouco mais de 2 milhões com o mesmo rendimento. No ano 2000, o novo censo realizado pelo IBGE constatou que 62,4% dos idosos com mais de 60 anos são responsáveis pelos domicílios sendo que 67% desses domicílios eram ocupados apenas por um idoso (domicílios unipessoais), do sexo feminino (IBGE, 2002).

Está bem estabelecido o perfil do cuidador informal de idosos: costuma ser do sexo feminino, filha ou esposa (muitas vezes idosa) que, com frequência, divide esta atividade com seus afazeres diários como, por exemplo, cuidar das crianças. Podemos imaginar o ônus desta árdua e desgastante tarefa, forjada numa repetitividade diária incessante, muitas vezes durante anos, com sobrecarga de atividades no seu cotidiano, sendo quase sempre uma atividade solitária e sem descanso, que pode levá-la um isolamento afetivo e social. Sabe-se, também, que o cuidador enfrenta rupturas de vínculos, tem sua saúde deteriorada, não tem férias e tem baixa participação social. Para o cuidador, portanto, trata-se não só de uma sobrecarga nas atividades, mas também de uma ameaça à sua saúde, já que muitos adoecem ou agravam problemas de saúde já existentes. Porém, não só os aspectos negativos são relevantes, ainda que sejam os mais estudados, mas transformações positivas são relatadas por cuidadores que passaram a ter suas vidas modificadas, dando a elas um sentido até então inexistente, com uma experiência interior de crescimento e de transformação (Floriani e Schramm, 2004).

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares estão sendo postas em questão até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. No Brasil é comum, mesmo nas famílias de renda geral mensal abaixo de dois salários mínimos, que a opção de internar o seu idoso em instituições asilares ocorra, predominantemente, no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários. Com todas as dificuldades, os cuidadores dos idosos das famílias visitadas durante a pesquisa referiram que, se puderem manterão o seu velho em casa, até o último minuto (Karsch, 2003).

Tanto nos Estados Unidos, como na Europa, há grandes investimentos das políticas públicas a fim de construir e manter redes de suporte a idosos, ou diretamente, ou prestando apoio aos cuidadores, dentre eles: familiares, voluntários e profissionais. Isto é conhecido porque pesquisas recentes, como as de Lechner & Neal apud Karsch (2003), mostram que os cuidados oriundos de redes informais de apoio constituem a mais importante fonte de suporte a idosos e, por isso mesmo, precisam ser estudados e amparados.

Estudos ingleses verificaram que 95% de todos os cuidadores são informais, sendo representados pelos cônjuges, filhos, noras, genros, sobrinhos, netos, amigos e membros de entidades paroquiais e de serviços, que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes, sob sua responsabilidade, os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade (Papaléo Netto, 1999).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada em 1994, reconhecendo a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento (Caldas, 2003).

Pode-se inferir, portanto, que o envelhecimento com dependência e a figura do cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira ocorre num momento de profunda desordem econômica, que está deixando a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade e formação de mais redes de apoio e solidariedade. Está se configurando um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perde a sua capacidade funcional.

A exclusão social é um processo que afeta a integridade física e o desenvolvimento de apreensão do conhecimento a ponto de constituir um biótipo do excluído, no qual o envelhecimento precoce se soma à imaturidade cognitiva e, conseqüentemente, ao asilamento. Portanto, a saúde dos que vivenciam essa situação social, pode por um lado aumentar as demandas sociais desses grupos e, por outro lado, dificultar o acesso aos direitos e serviços sociais (Escorel, 1994).

A preparação de recursos humanos para atender as demandas dessa recente mudança no perfil demográfico brasileiro é incipiente e precária. O processo educativo em relação a essa realidade emergente, necessita de pessoas preparadas, face às dificuldades geradas pelas novidades e imprecisões, próprias do universo a compreender e intervir.

Para Sá (2002), a preparação de recursos humanos compreende a formação de profissionais capazes de:

- apreender, histórica e criticamente o processo de envelhecimento;
- compreender o significado social da ação gerontológica;
- atuar nas questões da expressão da velhice e do envelhecimento, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento;
- compreender a natureza interdisciplinar da gerontologia, buscando ações compatíveis na área do ensino, da pesquisa e da prestação de serviços;
- estar aberto a mudanças, agindo com criatividade;
- zelar por uma postura ética e solidária no desempenho das ações gerontológicas;
- ter competência teórico-crítica, técnico-operativa e ético-política para uma ação gerontológica que atenda aos requisitos da eficiência, eficácia e efetividade.

O ato de cuidar realmente não é uma tarefa fácil, pois além de exigir tolerância perante as debilidades dos idosos, o cuidar exerce várias funções como prevenir os danos futuros, regenerar os danos passados, dar assistência física e emocional àqueles que muitas vezes guardam mágoas de seus familiares por terem sido abandonados nessa fase delicada de suas vidas. Logo, se faz necessário a prática educativa do ato de cuidar, que se estabelece pela relação mútua entre os sujeitos que vivem e compartilham juntos, que procuram interagir no diálogo compreensivo e no agir sobre a realidade.

Segundo Scortegagna (2001), o cuidado compartilhado requer:

[...] a solidariedade e a compreensão sejam desenvolvidas, respeitando-se a forma particular de cada um sentir e viver o mundo, através das suas experiências vividas, dos conhecimentos adquiridos, das diferentes formas de estabelecer relacionamentos e vínculos, do contexto sociocultural no qual estão inseridos e dos ganhos e perdas ao longo da existência (SCORTEGAGNA, 2001, p.46).

É nessa busca pelo outro, na compreensão e troca de experiências que o profissional que trabalha com idosos poderá ser o agente transformador e articulador de práticas educativas visando à arte do cuidado nos processos de saúde/doença.

A formação de recursos humanos em gerontologia, é de fundamental importância social, não só pelos benefícios que podem advir para os idosos, mas também para

promover mudanças culturais nas concepções sociais sobre a velhice. É nesse contexto que se encaixa a chamada “gerontologia educacional”, campo interdisciplinar que se desenvolve no contexto da evolução da educação de idosos, da formação de recursos humanos para trabalhar com a velhice e na mudança das perspectivas das sociedades em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento (Cachioni e Néri, 2004).

A educação gerontológica, como proposta socioeducativa, compreende também a formação de redes, articulando os diversos segmentos e atores sociais, cujas identidades vão se construindo num processo dialógico de identificações éticas e culturais, intercâmbios e negociações (Both e Portela, 2003).

Portanto, se fazem necessárias que as diversas instituições sociais, incluindo as universidades, estejam amplamente preparadas para trabalhar em redes e organizadas para receber e trabalhar com os idosos na pretensão de lhes dar motivações e oportunidades de permanecerem com espírito jovem, de querer aprender e viver em sociedade, de retomar a sua autonomia e liberdade e participar das decisões sociais e políticas, assegurando o controle de seu corpo, sua vontade e sua fala. Logo, a privação do ambiente social do idoso, levando-o a uma institucionalização e a convivência com outros idosos em processo ou já em déficit cognitivo, acentuam o seu interdito de expressão e possibilitam a regressão de seu intelecto.

A interação com as realidades mediadas pelo uso da linguagem estrutura o pensamento e, por conseqüência, a prontidão e o grau da qualidade do uso simbólico. Isso significa que a ausência da comunicação com o mundo-da-vida compromete a estrutura da saúde mental e, a ausência da cooperação verbal sobre objetos coletivamente interessantes, pode deixar o sujeito em situação precária na constituição das funções mentais superiores e, mesmo os afetos, porque associados aos objetos, ficam comprometidos (Both, 2000).

As mediações sociais e políticas deverão ser colocadas em prática o quanto antes para prover benefícios biopsicossociais que oportunizariam aos idosos melhores condições de saúde e reingresso à vida social compartilhada.

Segundo Both (2001) se faz necessário vários movimentos no sentido de dar suporte a esses idosos compreendendo ações preventivas na área da saúde aos asilados, ações preventivas aos idosos da comunidade, ações educacionais de cultura e lazer, ações de participação social, além de ações de políticas de atenção aos idosos e outras.

Nesse sentido, a disciplina de Fisioterapia Preventiva, em sua proposta curricular, pretende orientar os acadêmicos do curso de Fisioterapia da UPF para uma intervenção no meio asilar visando à superação das práticas fragmentadas e mecanicistas de atendimento

aos idosos, colaborando para que o processo de ensino-aprendizagem não seja absolutamente voltado para aspectos terapêuticos, mas para enfoques mais humanizadores e problematizadores do quadro de dependência, transparecendo as necessidades de redes de apoio social e compromisso político de ação e intervenção.

1.3 Políticas Públicas de Amparo ao Idoso

As significativas mudanças no perfil de morbidade e mortalidade dos adultos, com o rápido envelhecimento populacional e o crescimento significativo da parcela da população com mais de 85 anos, aumentará consideravelmente a demanda por serviços de prestadores de cuidados de saúde, em especial os de longa permanência, além de estabelecer como prioridade para o sistema de saúde, o desenvolvimento de estratégias que permitam a permanência dos idosos na comunidade, a fim de postergar ou evitar a sua institucionalização.

Em abril de 2002, na segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, na Espanha, foi aprovado o PIAE – Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, representando um compromisso internacional com o processo de envelhecimento acentuado da população mundial. Três grandes áreas foram eleitas prioritárias, a saber: a) como inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento de cada país; b) a importância singular e global da saúde; e c) como desenvolver políticas de meio-ambiente (tanto no aspecto físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedade que envelhecem (Veras e Caldas, 2004).

Assim, torna-se claro, que para atenderem-se essas demandas, é necessário o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde do idoso, que superem as práticas tradicionais de atendimento focalizadas na doença e partam para práticas preventivas e críticas de resolução e coordenação de medidas públicas de amparo ao idoso com formação de redes de apoio de diversos profissionais e métodos eficientes de atendimento preventivo, curativo e reabilitador.

Para Both (2000), algumas ações na esfera de políticas públicas devem ser viabilizadas e aplicadas para melhor atenção ao idoso, dentre elas: ações preventivas na área da saúde aos asilados; ações preventivas aos idosos da comunidade; ações

educacionais de cultura e lazer; ações de participação social e ações políticas concretas de atenção aos idosos como a criação dos Conselhos Municipais de Idosos que formulam, coordenam, supervisionam e avaliam as ações nos municípios dando uma atenção especial aos idosos asilados.

O Decreto-lei nº 8.842 de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso, afirma no capítulo II, seção I, Artigo 3º que a política do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I – a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida;

II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as condições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

Portanto, a lei já determina a responsabilidade que a sociedade tem para com seus velhos, garantindo-lhes o direito a participação social e sua autonomia. Contudo, a própria sociedade não possibilita a efetiva participação do idoso e não respeita as suas vontades, impedindo-o de expressar suas ações e discriminando-o em seu agir.

Observa-se que a Política Nacional do Idoso representou um grande avanço e conquista para os mais velhos e já está promulgada há mais de 10 anos. No entanto, a sua aplicação na sociedade está aquém do esperado. A lei não deixa claro como e quem deverá fazer essas deliberações, somente compartilha com a sociedade a obrigação de cuidar e responsabilizar-se para com o idoso. No artigo 4º, item III é evidenciado que deve haver prioridade do atendimento do idoso pela sua família, em detrimento do atendimento asilar, mas não há suporte suficiente a essas famílias, tais como a implementação dos Centros-Dia, gratuidade de exames preventivos na comunidade, programas de atendimento domiciliar aos velhos dependentes e semidependentes e ações educacionais efetivas de combate ao preconceito e promulgação da valorização e humanização do idoso no ambiente escolar e profissional. Além disso, sabe-se que para que se desenvolva uma mentalidade preventiva e promoção adequada à saúde do idoso é fundamental a evolução e

disseminação do conhecimento sobre o envelhecimento, sendo a educação a mediadora dessa adequação. Afirma Both (2001) que o processo educacional face à longevidade compreende todas aquelas ações que despertem na sociedade civil e nos órgãos públicos a promoção dos mais velhos, promotora de uma ordem mais justa, igualitária e fraterna aos idosos fragilizados dependentes e semidependentes de sua comunidade.

Na área educacional, a lei apresenta medidas para a adequação dos currículos e materiais didáticos para os cursos destinados aos idosos; o desenvolvimento de programas educativos sobre o processo de envelhecimento; integração dos conteúdos para reduzir o preconceito e aumentar o conhecimento sobre o assunto.

Recentemente, o Ministério Público baixou uma portaria regulamentando o funcionamento das casas asilares em todo o país, decorrente de um levantamento realizado no ano de 2005 pelo órgão, o qual ficou especificado que muitas casas asilares trabalhavam fora dos padrões de higiene e saúde. Algumas dessas exigências foram mencionadas pelo jornal O Nacional (2006), e são as seguintes:

- Elaboração de um estatuto da entidade;
- Contratação de um responsável técnico;
- Alvará de localização, licença sanitária e proteção contra incêndio;
- Contrato escrito de prestação de serviço com os idosos;
- Programa nutricional aos asilados;
- Plano de atendimento personalizado;
- Preservação de vínculos familiares;
- Programa de atividades físicas orientadas;
- Relatório mensal de atividades de cada idoso;
- Não abrigar idosos de outros municípios;
- Ter assistência emergencial;
- Contratação de um funcionário ou consultoria técnica para responder pelo asilo;
- Possuir livro de visitas.

Todas essas medidas, certamente beneficiarão os idosos em sua assistência, mas foram colocadas de forma impositivas, não possibilitando um apoio governamental no

sentido de auxiliar preventivamente as casas de longa permanência a cumprir de forma absoluta todas as recomendações.

A formulação de políticas públicas e a implantação de modelos de programas e serviços de saúde, com o uso racional de recursos, carecem da coleta de indicadores de saúde advindos de pesquisas que possam dar visibilidade às questões peculiares aos idosos, constituindo-se em instrumentos técnicos de formulação e também de poder de conscientização e convencimento políticos como referências concretas.

Segundo Teixeira apud Veras e Caldas (2004), além da busca de alternativas à crise do modelo médico hegemônico, é possível imaginar que uma das principais características das práticas de saúde no futuro será a ênfase concedida à pesquisa e às práticas de prevenção no meio acadêmico.

A concepção de uma microuniversidade temática, ou seja, a conjugação de atividades em três áreas de atuação da universidade: ensino, pesquisa e extensão, voltadas para o cuidado integral do idoso, estimula a criação de alternativas inovadoras com interações sinérgicas entre produção de conhecimento, formação, aperfeiçoamento de recursos humanos e prestação de serviços [...] face as demandas da população idosa (VERAS E CALDAS, 2004. p. 428).

A aplicação dessa nova abordagem metodológica poderá permitir ao docente uma reflexão crítica sobre o fazer pedagógico, favorecendo a mudança da ação e ampliando a possibilidade de intervenção consciente junto aos mais jovens no relacionamento intergeracional.

Para Cachione e Néri (2004), os professores que convivem e trabalham com idosos deverão desenvolver competências específicas, disposições afetivas e características pessoais que favoreçam a sua atuação, no sentido de beneficiar não só os idosos como também os não idosos e a sociedade como um todo. Esse deverá ser o papel orientador da universidade e do professor comprometido com a formação de seu aluno.

Para Pimenta e Anastasiou (2005), a Universidade como uma instituição educativa, cuja finalidade é o permanente exercício da crítica, deve ser o *locus* da produção do conhecimento, por meio da problematização dos conhecimentos historicamente produzidos, de seus resultados na construção da sociedade humana e das novas demandas e desafios que ela apresenta na atualidade.

2 PROCESSOS EDUCATIVOS EM FISIOTERAPIA FRENTE AS NOVAS PERSPECTIVAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

A fisioterapia é um curso da área da saúde, relativamente novo, que apresentou diferentes etapas ao longo dos anos, cada qual com sua particularidade e importância para o contexto social atual. Porém, ela sempre manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas. Essas características sofreram influências de três fatores predisponentes: um fator histórico ligado ao seu nascimento, um fator legal, que obedecendo à gênese limitou áreas e campos de atuação e a formação acadêmica determinada pelos preceitos das ciências biomédicas, notadamente da medicina (Andrade, Lemos e Dall’Ago, 2006).

A grande demanda por esses profissionais ocorreu após a segunda Guerra Mundial, onde se observou um significativo aumento no número de indivíduos com seqüelas físicas e, também, em virtude do período de industrialização e avanços tecnológicos que estimularam o aumento vertiginoso de acidentes laborais. A necessidade por reabilitação consolidou o exercício fisioterápico na prática e, só depois de alguns anos, houve a sua regulamentação profissional. Em 1951, criou-se o primeiro curso de formação técnica em Fisioterapia na Universidade de São Paulo. Esses profissionais eram denominados de fisioterapistas, com função de auxiliarem os médicos, que cuidavam e prescreviam a reabilitação do paciente. Evidencia-se que o fisioterapeuta era um técnico, que aplicava um tratamento orientado pelo médico, portanto, sem participação ativa na tomada das decisões terapêuticas.

O reconhecimento legal da autonomia profissional ocorreu por meio do Decreto-Lei nº 938/69 de 13 de outubro de 1969, que criou as profissões de Fisioterapeuta e

Terapeuta ocupacional, ampliando sua competência por meio da redação dos artigos abaixo citados:

Art. 1º. É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

Art 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomado por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art 3º. É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e preservar a capacidade física do paciente.

Ainda hoje podemos observar na prática profissional e nos planos pedagógicos dos cursos uma visão somente de assistência à doença, ocorrendo de forma, muitas vezes fragmentada por áreas específicas de conhecimento e geralmente afastada dos reais problemas de saúde da população.

Em 17 de dezembro de 1975, a lei nº 6.316 cria o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOS, órgãos de fiscalização do exercício profissional. Nesse documento, em seu artigo 13º, estabelece que o exercício profissional pode ocorrer na administração pública, direta e indireta, em hospitais, clínicas, ambulatórios, creches, asilos ou exercício de cargo, função ou emprego de assessoria, chefia ou direção. Existe como podemos evidenciar de uma forma indireta, uma determinação do tipo de atenção a ser prestada por esses profissionais, com ações que se caracterizam por ser meramente remediadoras, curativas, recuperadoras ou reabilitadoras. Essa era a política de assistência à saúde da época, não no sentido de uma promoção ou prevenção a saúde, mas centradas nas doenças que acometiam os indivíduos nesses locais (Andrade, Lemos e Dall’Ago, 2006).

Somente na década de 90, os profissionais da Fisioterapia passam a atuar na prevenção. A partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB nº 9.394/96), que estabelece a autonomia para as Universidades elaborarem seus currículos, os cursos de Fisioterapia incorporam a prevenção nas suas estruturas curriculares (Brasil, 1996).

O indivíduo, nesse sentido, constitui o eixo central sobre o qual se constrói a atuação profissional em saúde. Pensar em saúde de uma pessoa implica, primeiramente, contemplar todas as condições que direta ou indiretamente a influenciam como as condições físicas, psicológicas, sociais, espirituais e também como elas se relacionam com o seu meio ambiente e como encaram a sua própria vida. Cabe ressaltar, que o tipo de

assistência prestada pelos profissionais da saúde na população, sofre uma forte influência de fatores históricos, filosóficos, educacionais, emocionais, psicológicos, econômicos, sociais e políticos que determinam a sua forma de abordagem frente ao paciente (Botomé & Rebelatto, 1999).

O fisioterapeuta, como profissional da saúde, não só se encontra inserido no mesmo contexto das demais profissões, no que diz respeito a ter uma formação direcionada para a doença do que para a saúde, como também é o que mais padece desse infortúnio, já que é frequentemente visto como o “profissional da reabilitação”, ou seja, aquele que atua exclusivamente no momento em que a doença, a lesão ou a disfunção já esta estabelecida. Hoje, a profissão já atingiu maturidade suficiente para modificar o seu perfil profissional atuando em diversas áreas e desenvolvendo ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, usando nessas ações programas de orientações e promoções em saúde, tendo como princípio fundamental o conjunto de conhecimentos científicos relativos aos fatores que possam causar infortúnios ao ser humano, bem como conhecer os mecanismos de interferência junto a esses fatores, visando eliminá-los ou minimizá-los (Deliberato, 2002).

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES) analisaram as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde, dentre eles a fisioterapia, possuindo como referenciais a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior da Unesco,¹ que estabeleceu os princípios denominados “pilares da educação para o mundo contemporâneo” e que orientam a formação dos egressos dos cursos superiores, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, no intuito de tornar a educação um processo de construção do ser cidadão. Nesse aspecto, assim recomenda-se a formação do perfil do formando egresso/profissional fisioterapeuta, segundo o Conselho Nacional de Educação:

* Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do individuo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções,

¹ Para maiores esclarecimentos sobre o relatório indica-se a obra de DELORS, Jaques. Educação um tesouro a descobrir. Brasília: Unesco, 1998.

desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

No entanto, nota-se, ainda, a predominância do caráter tecnicista e pragmático da formação dos egressos em fisioterapia em cursos espalhados pelo país. Os projetos políticos pedagógicos orientam os currículos universitários baseando-se na Diretriz Curricular Nacional implementadas por essa lei. Contudo, a formação do perfil do egresso está ainda balizado pelo binômio saúde-doença, implementando ações para evitar a segunda em detrimento da promoção da primeira, com base no rigor científico e intelectual considerando o corpo em fragmentos ou partes a serem reabilitadas.

A fisioterapia, influenciada pelo pensamento mecanicista, adotou o chamado modelo biomédico para orientar a visão de corpo, saúde, doença, cura e relação profissional-paciente. A partir dessas concepções, fundamentou o processo de formação e de intervenção profissional dos médicos e dos demais profissionais da saúde através de uma adoção obrigatória das diretrizes promovidas pelo Relatório Flexner, no ano de 1910. Esse relatório, tinha como objetivo determinar uma substancial fundamentação científica à formação médica nos Estados Unidos evidenciando “[...] pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial e [...] exclusão da análise da totalidade do organismo [...]” (Fontes, 2001, p. 18).

Nesse sentido, o modelo conceitual que orienta as práticas assistenciais e educativas nas ciências da saúde teve origem no método científico proposto por Descartes e Newton no século XVII, que se denominou Paradigma² Newtoniano-Cartesiano.

Para Capra (1982, p14) “vivemos hoje num mundo globalizado nos quais os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes”. Essa afirmação contrasta com a perspectiva de paradigma mais tecnicista e positivista que influenciam ainda hoje a formação dos egressos para o mercado de trabalho. Para Fontes (2001), o paradigma cartesiano caracteriza-se por ser:

² Paradigma aqui entendido de acordo com o conceito adotado por KUNH, 1987 em sua obra “As estruturas das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva 1987; que assim expressa o conceito de paradigma: “...um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma” (Kunh, 1987, p. 219).

[...] positivista, uma vez que não aceita outras formas de conhecimento além do proporcionado pela metodocientífica; é determinista, pois acredita descrever objetivamente os fenômenos naturais, sustentado na relação causa-efeito; é experimentalista, já que se baseia na certeza rigorosa dos fatos da experiência; é racionalista, pois crê no conhecimento seguro obtido por meio da razão instrumentalizada pela matemática; é dualista, já que separa a realidade humana em corpo e mente, em normal e patológica; é reducionista, pois restringe o fenômeno vital às interações físico-químicas do corpo; e é mecanicista, dado que concebe o ser humano como uma complexa máquina (FONTES, 2001, p17).

Felizmente, hoje, segundo o autor, o quadro epistemológico científico que se configura é um cenário no qual se instaura uma nova tendência paradigmática, cuja consciência é pautada na superação do modelo clássico. Nesse sentido, não é possível que se compreenda o fenômeno complexo que é o envelhecimento humano, com base na simplicidade das explicações mecânicas da ciência (Fontes, 2001). Frente a essa perspectiva de mudança de paradigma, cabe-se uma reflexão sobre o processo de formação do fisioterapeuta e a sua atuação intergeracional, abordando o idoso de forma mais comprometida com a ética e a moral e com responsabilidade social, contribuindo e intervindo de forma mais efetiva na realidade.

2.1 Plano Político-Pedagógico e Currículo do Curso da Fisioterapia

O projeto pedagógico de um curso de nível superior segue as recomendações básicas da instituição e das orientações por parte do Conselho Nacional de Educação (CNE/CES, 2002) já mencionado.

Partindo do pressuposto, que o curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo baseou-se fundamentalmente nessas orientações do CNE/CES, também evidenciamos que, em seu objetivo, havia a preocupação em proporcionar um processo de ensino-aprendizado em que os acadêmicos do curso aprendam a aprender, o que envolve não só o domínio de conteúdos teóricos e das técnicas intervencionistas, mas que se garanta a capacitação profissional com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos e a comunidade em geral. Botomé & Rebelatto (1999) apontam para a responsabilidade da Universidade, ao mencionarem que “(...) dependendo de como são concebidos a universidade e seus objetivos, o processo ensino-aprendizagem nela

desenvolvido estará orientando os futuros profissionais e, como decorrência, seus campos de atuação em direções provavelmente muito diferentes” (p. 73). Logo, a análise e atenção ao plano político pedagógico e ao currículo de um curso universitário são de suma importância no momento de considerarem-se as diversas dimensões de como é trabalhado um determinado tema, como por exemplo, o envelhecimento humano.

Nesse sentido, Pimenta e Anastasiou referem:

esse projeto é pedagógico, porque discute o ensinar e o apreender num processo de formação, de construção de cidadania, e não apenas de preparação técnica para uma ocupação temporal. E, por isso também é político, porque trata dos fins e valores referentes ao papel da universidade na análise crítica e transformação social e nas relações entre conhecimento e estrutura de poder (PIMENTA E ANASTASIOU, 2005, p.171).

Desse modo, podemos compreender que a responsabilidade da formação de um cidadão comprometido e responsável por sua sociedade, perpassa por uma formação universitária que possibilite uma educação para a cidadania e para a coerência do ato pedagógico compreendido na formação do currículo do curso.

A lei nº 8842/94 que instituiu a Política Nacional do Idoso ressalta que na área da educação será dada maior ênfase ao processo de envelhecimento. Assim está descrito na lei:

a) adequar currículos, metodologias e materiais didáticos aos programas educacionais destinados ao idoso; b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis de ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto; c) incluir a Gerontologia e Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores (BRASIL, 1994).

A partir dessas considerações, questiona-se: a conquista da longevidade humana já é digna de ser pesquisada e trabalhada pelas políticas educacionais e fazer parte dos currículos dos cursos de nível superior? Como se dá a abordagem do envelhecimento e a relação intergeracional nos cursos de nível superior? Dúvidas que podem ser trabalhadas e analisadas pelas instituições sociais. Nesse sentido, é percebido pelos professores que o ato

educativo compreende intenções em relação ao destino que se quer dar ao ser humano ao final do processo educacional.

Ressalta Both (1999) que a mudança curricular é efetivamente produzida pelas experiências do ambiente escolar, o que acontece pela vontade e motivação de professores e acadêmicos em alcançar aprendizagens correspondentes às novas exigências conscientemente assumidas, isto é, os acadêmicos e professores devem estar atraídos e instrumentalizados para tomar conta de conceitos e hábitos que expressem o novo projeto pedagógico, qual seja o de entender o processo do envelhecimento.

O exame do currículo, nesse contexto, é fundamental para que se direcione o aluno na compreensão do processo de asilamento e a visão histórico-social constituída. Conforme Botomé e Rebellato:

(...) o exame do currículo, no sentido de verificar o que está sendo proposto como conhecimento necessário para determinado tipo de profissional, e como está sendo efetuada essa proposição, parece ser essencial. Pelo menos, na medida que permite maior “visibilidade” do perfil do futuro profissional e das possíveis direções que a profissão poderá ou deverá apresentar futuramente (BOTOMÉ E REBELATTO, 1999, p.76).

Na atual grade curricular do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, apenas quatro disciplinas abordam de forma aprofundada os aspectos do envelhecimento humano, sendo elas: Reumatologia, Geriatria e Gerontologia, Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica e Fisioterapia Reumatológica.

A priori, as quatro disciplinas enfatizam questões que envolvem as alterações físicas e orgânicas relacionadas com o processo de envelhecimento humano e, apenas a disciplina de Geriatria e Gerontologia trabalha a questão do cuidado do idoso institucionalizado. Através da descrição do objetivo geral dessa disciplina podemos constatar a importância ressaltada ao idoso: “Proporcionar ao aluno uma visão geral dos conhecimentos indispensáveis na atuação junto a idosos saudáveis bem como aqueles que são atendidos a nível domiciliar, em instituições hospitalares, asilares e em atividades comunitárias” (UPF, 2007).

Essa visão geral na atuação junto aos idosos não está bem esclarecida na proposta da referida disciplina, contudo sugere-se que os acadêmicos obterão algum conhecimento no atendimento a idosos asilados, sem especificar como será elaborado esse conhecimento.

Outra circunstância a ser mencionada é o fato dessa disciplina ser apenas teórica, não havendo, portanto, visitas ou intervenções em asilos. Destaca-se ainda, que disciplinas mais específicas da Fisioterapia como a Fisioterapia Reumatológica e Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia não abordam outros critérios, a não ser os aspectos patológicos, físicos e mentais, que acometem os idosos. Não há na ementa ou nos objetivos qualquer referência ao atendimento do idoso institucionalizado.

Nessa perspectiva, pergunta-se como ocorre a relação ensino-aprendizagem no curso de Fisioterapia direcionado para a questão do envelhecimento humano? Como estão sendo preparados os egressos para atuarem com os idosos institucionalizados, sem autonomia plena e muitos em quadro de dependência? O curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo está preparando adequadamente esse futuro profissional para atuar como um agente integralizador de uma rede social, com visão totalitária das múltiplas dimensões sociais que consiste uma casa asilar?

Faz-se aqui necessário apontarem-se algumas alterações nas ementas ou no próprio currículo do curso, a fim de melhor esclarecer e divulgar a situação social do idoso em todas as suas dimensões, evitando o tratamento de forma excluída, como a sociedade de um modo geral propaga. Não somente os aspectos da doença devem ser enfatizados, mas também as diversas formas de intervenção que o fisioterapeuta pode realizar para a melhora da qualidade de vida do idoso e dos seus cuidadores.

A disciplina de Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica expõe assim a sua ementa:

* Conceitos de geriatria e gerontologia. Alterações do envelhecimento. Política Nacional do Idoso. Avaliação fisioterapêutica em geriatria. Tratamento fisioterapêutico específico em relação a determinadas patologias. Recreação Dinâmica em Grupo. Estatuto do idoso (UPF, 2007).

Observou-se que a ênfase é dada na perspectiva da doença, especificando-se o tratamento fisioterápico para determinadas patologias. No objetivo geral é referido o conhecimento do Estatuto do Idoso, uma pequena visão das diversas faces e configurações do envelhecimento humano. Essa disciplina apresenta 2 créditos práticos exercidos em um asilo do município, no qual, segundo informações do docente responsável, são oferecidos exercícios cinesioterápicos visando a movimentação das articulações para prevenir as seqüelas da imobilização. Brown apud Guccione (2002) cita que os idosos podem obter ganhos substanciais de força, flexibilidade, equilíbrio, resistência, e capacidade física funcional que resultam em aumento do bem-estar psicológico e eficiência. Mas, de que

adiantaria ao idoso asilado tantas conquistas na parte física, se esse sujeito está cerceado de sua autonomia e limitado na sua participação social?

Tem-se um agir do profissional fisioterapeuta direcionado para o aspecto da doença, ou seja, uma visão muito reducionista e fragmentada, onde a relação profissional-paciente mostra-se mediada pela patologia, demonstrando claramente a influência do pensamento cartesiano.

A disciplina Fisioterapia Reumatológica é muito mais específica para os alunos entenderem os processos patológicos que afetam a terceira idade. Seus conceitos e tratamentos fisioterápicos das diversas patologias são repassados pelo professor em sala de aula, na qual o aluno não participa e não intervém diretamente nos problemas dos idosos acometidos por essas doenças.

Na disciplina de Fisioterapia Preventiva, além da importância dada aos aspectos físicos da reabilitação, procura-se orientar os acadêmicos para a adequação do ambiente asilar com base na Portaria 810/89, que descreve as normas e os padrões ergonômicos para o adequado funcionamento das casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento dos idosos. São enfatizados conhecimentos sobre os cuidadores formais da casa asilar, aspectos que o fisioterapeuta pode e deve se preocupar quando adentra a uma casa asilar, pois esses fatores podem contribuir de forma direta ou indireta na atenção do idoso asilado. É valorizada e estimulada a cidadania, o comprometido com as políticas sociais. Mediante essa análise cabe perguntar-se: o professor da fisioterapia que atua junto a idosos transmite e orienta seus acadêmicos para essa abordagem mais integralizadora? De que técnicas e conceitos pedagógicos o professor utiliza para obter uma resposta do aluno de forma menos tecnicista e mais crítica e problematizadora, superadora das práticas mecanicistas até agora empregadas? Como os acadêmicos reagem e respondem a esse processo de ensino?

Nesse sentido, Botomé (1994) estabelece alguns critérios e princípios norteadores para a análise dos currículos de formação superior. Um currículo adequado é aquele que fornece pistas, instrumentos que possibilitem o aluno a estabelecer, desenvolver respostas e saídas para as situações com as quais irá se deparar no mundo real.

Verifica-se a grande importância da formação didática do professor, na perspectiva de que ele seja um mediador competente para transmitir, ensinar e vivenciar com o aluno, para que este possa atuar de forma mais global nas diversas situações pertinentes ao quadro de institucionalização do idoso, contribuindo com alguma qualidade de vida em um ambiente tão complexo.

As disciplinas que compõem o quadro do currículo da Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo estão, ainda, na prática, voltadas para os aspectos mecanicista e reducionista de formação profissional. O egresso do curso de Fisioterapia necessita rever os diversos ângulos de sua atuação e perceber a importância de fazer parte de uma rede de apoio interdisciplinar, problematizadora, com visão integral e ações concretas, no sentido de participação e humanização do atendimento fisioterápico a idosos institucionalizados.

2.2 Capacitação Pedagógica

Muito se tem estudado e pesquisado na área de capacitação para a docência do ensino superior no país. Trata-se de uma discussão sobre a profissão de professor universitário, ou melhor, sobre os saberes docentes dos profissionais que vêm assumindo uma segunda profissão, a de ser professor universitário. Este é o caso do professor fisioterapeuta. Certamente, a prática docente com qualidade em qualquer área, não só exige a formação específica na disciplina em que se ministra a aula, aliada a vocação e competência, mas também uma formação pedagógica, geralmente deficiente na realidade do fisioterapeuta (Saraiva e Maynard, 2004).

Em uma pesquisa realizada por Saraiva e Maynard (2004) com 72 acadêmicos e 3 professores da Universidade de Barra Mansa, no Rio de Janeiro, constatou-se que todos os professores e 42% dos acadêmicos consideravam para o ensino, o conhecimento específico mais importante que o conhecimento didático-pedagógico. Entretanto, essa mesma pesquisa também revelou que 33% dos professores e 88% dos acadêmicos achavam necessária a implantação de disciplinas que capacitassem o profissional para atuar na docência da graduação em Fisioterapia. Os autores entendem que o ensinar exige conhecimentos didáticos-pedagógicos, mas a pesquisa revelou o fato de que muitos professores acreditam que somente os conhecimentos específicos são suficientes para uma adequada performance como docentes. Isso pode parecer paradoxal, pois esses docentes no momento de transmitir os seus conhecimentos aos acadêmicos colocam-se como detentores do saber e sua preocupação com a contextualização é suprimida (Saraiva e Maynard, 2004). Logo, os profissionais da fisioterapia quando alçados no magistério de nível superior, não sendo possuidores de conhecimentos didáticos-pedagógicos, ministram aulas no paradigma estereotipado daqueles que, também sem formação, foram seus professores,

o que acarreta em despreparo ou muita ênfase dada a questões técnicas, sem considerar o contexto e sem levar o aluno à construção de seu próprio conhecimento.

Segundo Botomé e Rebellato (1999), quanto mais o conhecimento for apenas “reproduzido” e “transmitido”, em vez de também ser produzido, levando em consideração a realidade circundante, mais distante estarão os futuros profissionais de obter resoluções para os problemas da população do país.

Nesse sentido, Freire (2003) torna explícito alguns conceitos e idéias que merecem ser respeitados pelos profissionais da educação, tais como:

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou construção; ensinar inexistente sem aprender; o educador precisa, em sua prática docente, reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão; não há ensino sem pesquisa; ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; ensinar exige curiosidade; ensinar exige disponibilidade para o diálogo (FREIRE, 2003, p.68).

Para Vigotsky (1988, p.33) o processo do conhecimento implica em “uma relação entre o sujeito que busca conhecer o objeto a ser conhecido, de tal forma que entre ambos estabelecem-se relações recíprocas que modificam tanto o primeiro quanto o segundo”.

Segundo Dickel (2004, p.67), o professor pode tomar a si o direito da direção de seu trabalho e, comprometendo-se com a busca de uma sociedade justa, provocar em seus acadêmicos a capacidade de inventar um mundo alternativo. Logo, a educação em saúde deve ter um enfoque transformador, vinculando a teoria histórico-crítica da sociedade, articulando os pressupostos de educação integral concebida na práxis pedagógica, mediadora de mudanças sociais e da construção da verdadeira cidadania e respeito ao outro. Paulo Freire (2004) interpreta essa busca da esperada cidadania da seguinte forma:

Eu tenho que respeitar o estudante na sua própria maneira de saber o mundo e, a partir daí, ter também total respeito por ele, por seu saber. Eu tenho que mostrar ao aluno e aluna que há necessidade de alcançar um outro nível, que dá a nós um saber mais exato, do que o saber do senso comum nos dá (FREIRE, 2004, p. 151).

Essa realidade esperada contrasta com a perspectiva alimentada por parte dos profissionais da fisioterapia que pretendem somente atuar em ambientes hospitalares ou

clínicas, negligenciando o crescimento da população idosa no país e a sua conseqüente institucionalização, tornando-se um novo nicho de perspectiva laboral. Será que os acadêmicos das instituições de nível superior estão sendo realmente preparados para se deparar com esse perfil de paciente em um ambiente complexo como a casa asilar? De que forma o currículo e a metodologia, empregados pelo professor da fisioterapia que atua junto aos idosos, estão orientando os futuros profissionais?

Para Fontes (2001) as atividades pedagógicas baseadas nos métodos tradicionais de ensino favorecem uma visão distorcida e descontextualizada dos problemas de saúde, formando profissionais incapazes de lidar com essas questões nos locais em que elas surgem.

A casa asilar apresenta-se como um meio diferenciado do ambulatorial, em que os acadêmicos da fisioterapia comumente estão acostumados. É um local em que os sujeitos que recebem o atendimento estão com dificuldades de locomoção e comunicação e apresentam funções cognitivas alteradas, o que para o aluno pode ser uma barreira para a sua prática fisioterápica. Outra limitação poderá ser o espaço físico da casa e, ainda, a visão por parte do administrador, cuidador ou responsável sobre o que é e o que o profissional da fisioterapia realiza junto aos idosos.

O profissional da fisioterapia nesse ambiente é um agente integrante de uma equipe interdisciplinar preocupado com as funções físicas e mentais dos idosos, mas também atuante nas esferas primária, secundária e terciária de atenção à saúde. Pode desenvolver a reabilitação dos idosos acometidos de incapacidades físicas e também avaliar ergonomicamente as condições da casa asilar, prevenindo quedas e propondo modificações na estrutura da casa. Pode, ainda, realizar o levantamento do perfil epidemiológico das doenças que acometem os idosos institucionalizados para elaborar programas preventivos e demandas de políticas públicas e, também, pode ser um agente educacional, transmitindo aspectos de saúde preventiva e curativa para todos os que atuam na casa asilar.

Oferecer essa nova visão, essa nova dimensão social de atuação profissional requer que o próprio professor reveja o seu processo de ensino-aprendizagem oportunizando aos acadêmicos uma mudança paradigmática na forma de atendimento e intervenção desse profissional frente às demandas de sua atuação no ambiente asilar.

2.2.1 Atuação Docente Transformadora

O processo de intervenção fisioterápica mediada pela ação do professor junto ao aluno se dá preferencialmente no ambiente asilar, um local de grande complexidade, onde novos paradigmas e práticas pedagógicas se fazem necessários, a partir de uma concepção interacionista, uma educação moderna que substitua, segundo Assmann (1998), a “pedagogia das certezas” por uma pedagogia da “complexidade”, ou seja, por uma pedagogia construtora de saberes, sem preconceitos, aberta para o inesperado e a solidariedade.

A educação, enquanto prática social, pelo compromisso social que assume nesse processo de mudança paradigmática, vem sendo redimensionada no âmbito universitário para fazer frente à nova sociedade. Para Libâneo (1994) vivemos em um momento histórico marcado por avanços tecnológicos e científicos que intervêm nas várias esferas da vida social, provocando mudanças econômicas, sociais políticas, culturais, afetando também as universidades e o exercício da docência.

De acordo com pesquisa realizada por Tardif (2005), os professores utilizam, em suas atividades cotidianas, conhecimentos práticos provenientes do mundo vivido, dos saberes do senso comum³, das competências sociais. Suas técnicas apóiam-se em saberes cotidianos, em conhecimentos sociais baseados na linguagem natural. Ora, os professores que lidam com a questão do envelhecimento e asilamento também podem ser portadores de estereótipos, passados de geração em geração sobre o significado do processo de asilamento, o que será necessário, em um primeiro momento, desvelar e ressignificar a imagem do idoso asilado em sua consciência para que este possa levar ao aluno construir uma nova imagem e conceituação do mecanismo de asilamento.

Esse processo requer uma maior criticidade e superação das práticas pedagógicas tradicionais desses profissionais. Coloca Freire (1999, p.72) que: “este aprofundamento de tomada de consciência, não é, e jamais poderia ser, um esforço de caráter intelectualista, nem tampouco individualista. Não se chega à conscientização por uma via psicologista, idealista ou subjetivista, como tampouco se chega a ela pelo objetivismo”.

³ A interpretação de senso comum colocada nesse trecho se baseia na tese de doutorado de Elli Benincá denominada: O senso comum pedagógico: práxis e resistência. UFRGS-RS/2002. Segundo Benincá senso comum é o conjunto de sentidos construídos no cotidiano cultural, extraídos da experiência com os contextos sociais ou gerados no atendimento às necessidades básicas do ser humano, que estruturam e sustentam a concepção do mundo e se transformam em consciência prática.

O papel do professor na problematização epistemológica é desafiar seus educandos para o cultivo de uma postura dialógica, crítica, inovadora, compromissada diante do mundo. Para Zitkoski (2003) quanto mais educado for o ser humano nesse processo de educação-conscientização-humanização, em um processo de intersubjetivação de sua consciência, mais ele irá alargar os horizontes de sua visão de mundo a partir da qual será capaz de entender as razões dos fenômenos que o cercam e, além disso, comprometer-se com a transformação da realidade constitutiva de nosso mundo.

Entretanto, é importante não somente os acadêmicos aprenderem a resolver os problemas de saúde ligados aos seres humanos idosos, mas compreenderem as questões de saúde, como um todo, interpretando e construindo a realidade através de uma reflexão histórico-crítica e contextualizada dentro do processo de asilamento.

Nessa concepção pragmática do ensino, a tarefa do professor tomaria um outro rumo, uma vez que desse outro ponto de vista, as dificuldades de aprendizagem não se limitam ao entendimento, mas devem-se essencialmente às barreiras que são colocadas pela vontade ao entendimento, a saber, a vontade de aceitar novos pontos de vista sobre a significação, novas regras a serem seguidas.

Segundo Pimenta e Anastasiou (2005), a profissão docente é uma prática educativa, ou seja, é uma forma de intervir na realidade social mediante a educação. Portanto ela é uma prática social e somente por ela é que alcançamos à evolução e nos tornamos mais humanos.

Freire (2004), ao abordar a importância do professor na busca pela cidadania e apreensão do conhecimento afirma que:

Chega-nos, agora, um outro tipo de saber fundamental para nós, professores, professoras e alunos. Para continuar sendo um ser social e histórico, político e cultural, no mundo, um ser que atua, pensa, fala, cria, eu preciso exercitar ao máximo a diminuição da distância entre o que eu digo e o que eu faço. Esse exercício para diminuir essa distância entre o meu discurso e a minha prática se chama qualidade ou virtude da coerência, sem a qual o trabalho pedagógico se acaba. Eu diria até sem a qual a gente se perde (FREIRE, 2004, p.154).

Paulo Freire direciona o caminho para a prática educativa junto aos acadêmicos e proporciona a reflexão em torno do nosso agir pedagógico coerente, valorizando e respeitando o aluno. Assim, a práxis pedagógica freiriana pode ser contextualizada, no sentido de não ser entendida somente como ato reflexivo, nem tampouco no sentido

corporal-pragmático, de que a ação corporal e a força física seriam suficientes para a constituição do social e do cultural. Para Freire, o conceito de práxis está na ação e reflexão voltados para a transformação do homem sobre o mundo para transformá-lo.

Para Eidam e Dalbosco (2005, p.122) é justamente nesse sentido que o conceito de práxis forma uma espécie de “terceiro termo”, capaz de fazer a mediação entre homem e mundo, práxis é a mediação entre homem e mundo, na qual ambos se encontram criticamente.

Aqui, mais uma vez, a categoria da práxis detém um sentido especial, uma vez que essa ciência se propõe, não só interpretar o velho e o processo do envelhecimento, mas a agir e intervir no seu cotidiano, inserido na comunidade e na vida em sociedade.

Zitkoski (2003) aponta outra característica importante na concepção epistemológica freireana, a noção de conhecimento como uma construção coletiva mediada dialogicamente, que deve articular a experiência da vida prática com a sistematização rigorosa crítica-humanizadora.

Para Freire (2002, p. 78) a ação própria da educação se dá pela palavra, pois “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

É nesse atributo do diálogo, inserida na práxis pedagógica diária do professor, que se fundamenta na busca do aprendizado do aluno, na troca de conhecimentos e na promoção de uma educação voltada para a cidadania que se conduz a emancipação.

Complementa Tardif (2005), um profissional do ensino é alguém que deve habitar e construir seu próprio espaço pedagógico de trabalho de acordo com limitações complexas que só ele pode assumir e resolver de maneira cotidiana, apoiado necessariamente em uma visão de mundo, de homem e de sociedade. Portanto, a pedagogia não pode ser outra coisa senão a prática de um profissional, isto é, de uma pessoa autônoma, guiada por uma ética do trabalho e confrontada diariamente com problemas para os quais não existem receitas prontas (Tardif, 2005).

Pensa-se que, no cotidiano, não só da vida escolar, mas também no mundo-da-vida, o professor e sua didática, podem ser instrumentos de socialização e manifestação de cultura e cidadania, re-elaborando e articulando novas formas de aprendizagem e ressignificando pensamentos e atitudes dos seus acadêmicos numa prática transformadora de conceitos.

No ensino das profissões da saúde, a redução do outro, a um problema ou patologia, a visão unilateral do processo saúde-doença e a falta de percepção sobre a complexidade bio-psico-social humana figuram como grandes empecilhos para o

desenvolvimento da compreensão pelo futuro profissional da realidade a ser enfrentada (Ricieri, 2006).

Portanto, como aborda o projeto político pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, o aluno deverá demonstrar interesse pela saúde como um todo, ter consciência da sua função como profissional da saúde e através do senso crítico da realidade e do trabalho ético, ser um agente transformador, visando à qualidade de vida da comunidade (UPF, 2007).

O educador pode conduzir os seus acadêmicos para a reflexão sobre as questões do envelhecer, produzindo consciência crítica do real, percepção de mundo, de si mesmo e dos outros para que cada sujeito possa lutar pela vida e viver como sujeito-cidadão (Scortegagna, 2001). Concorde-se com Scortegagna (2001), no sentido de que o professor é co-responsável por despertar o interesse para reflexões acerca do viver-envelhecer saudável e da importância de construir, a partir da infância, a valorização da pessoa idosa pela produção de conhecimento em relação ao tema.

Logo, o agir do profissional da fisioterapia em ambiente asilar é uma ação complexa, de múltiplos significados. Ser agente de transformação exige habilidades de ver mais do que um ser humano necessitando de atendimento técnico para reabilitação, mas um ser integrado em um ambiente amistoso, cheio de prerrogativas históricas e alguns desencantos. Fazer com que o aluno da fisioterapia possa visualizar esse ambiente com outros olhos, superando a concepção do senso comum, interferindo diretamente em resoluções internas e externas da vida asilar, requer manifestações em prol de práticas contextualizadoras, utilizando-se de linguagens articuladoras de conhecimentos da realidade evidenciada. Portanto, como dirigir o acadêmico para essa ação? De que forma o professor da Fisioterapia pode passar esse tipo de conhecimento articulado para o seu aluno? Como o aluno manifestará esse conhecimento problematizador?

Isso só é possível através de uma prática educativa que possibilite a transformação, redimensionamento de valores, crenças e conceitos. O professor da Fisioterapia, ao interagir com o aluno, pode oportunizar um momento único através do diálogo e da reflexão sobre o envelhecer, exercendo assim um processo de conscientização e apropriação da responsabilidade social de sua formação.

Cabe, portanto, ao professor adotar estratégias de ensino não impositivas, mas sim reflexivas da problemática a ser vivenciada, utilizando uma linguagem reveladora dos fatos e problemas que surgem no ambiente asilar, interligando os saberes e promovendo a

percepção por parte do aluno da problemática do envelhecimento humano, com autonomia restrita e com limitações sociais devido ao isolamento asilar.

A Universidade pode como espaço interno e potencial externo de comunicação entre seus pares, ser responsável efetiva pela história do envelhecimento, assumindo a sua adequação da ciência à realidade biopsicossocial dos mais velhos. Salienta Both (2000) que:

[...] a Universidade pode, dessa forma, escolher não uma razão instrumental de ensino, mas uma razão comunicativa, buscando validar seu discurso pelo conhecimento coletivo e pela justificativa moral, tendo em mente a universalização dos resultados da ciência e da ética e sendo coerente com a realização do ser humano na formação permanente do ciclo da vida. (BOTH, 2000, p. 114).

Percebe-se a dimensão em torno da responsabilidade da Universidade como local de perpetuação do diálogo intergeracional que irá propiciar a formação de um novo conhecimento do aluno frente ao processo da institucionalização do idoso. Portanto, o diálogo, como interação social, é dinâmico em sua natureza. Os atos comunicativos, isto é, as contribuições conversacionais entre professor-aluno-idoso, são sempre dependentes do enquadramento interacional e, concomitantemente, renovadoras e transformadoras do contexto, o que possibilita a construção e reconstrução dinâmica do significado. Isto se faz através de práticas institucionais, quais sejam a família, a escola, a universidade, que orientam padrões de conduta previamente definidos, direcionando o comportamento humano para um determinado sentido. Esta interação é mediada pela linguagem, pelo enunciado, pelo ato educacional.

A superação do velho paradigma de atendimento mecanizado e descontextualizado por parte da fisioterapia, estará sendo oportunizado por uma prática de aprendizado coerente com a realidade visitada e analisada por processos educativos esclarecedores da dinâmica asilar, ressaltando o diálogo como instrumento de aproximação em busca da formação ética e cidadã dos sujeitos envolvidos.

2.3 Interacionismo e mediações simbólicas

Diante da complexidade das práticas de atendimento aos idosos institucionalizados e, a busca por processos de ensino-aprendizagem que podem viabilizar a magnitude dos fatores envolvidos, exige-se uma ação conjunta entre professor e acadêmico para questões éticas e sociais a serem enfrentadas. Por isso, uma prática docente com uma linguagem multidisciplinar e interdisciplinar se faz necessária para uma melhor mediação da própria práxis da fisioterapia no atendimento aos idosos asilados. Essa prática requer a mediação de um projeto educacional sintonizado com as demandas sócio-política-econômica-cultural que permeie a formação de um profissional de nível superior. As interlocuções entre as diversas disciplinas podem dar conta do cenário de crescimento demográfico da população envelhecida e fragilizada na comunidade. Isso pode significar uma nova reorganização social e humana, sob um enfoque de linguagem intersubjetiva e de mundo, como norteadores de todos os projetos a serem constituídos e implementados na sociedade (Both, 2002).

Lev S. Vygotsky foi um dos grandes pensadores da educação que atribuiu enorme importância ao papel da interação social no desenvolvimento do ser humano. Em suas pesquisas, procurou explicar como o processo de desenvolvimento da consciência do ser humano é socialmente constituído e construído. A consciência, para Vygotsky (2005) era vista como resultado da relação social com os outros, mediada pelo uso da linguagem. A linguagem foi uma preocupação central para Vygotsky, estabelecendo-a como constituidora do sujeito, procurando focar em seus estudos a relação entre pensamento e linguagem (Freitas, 1996; Vygotsky, 2005). Desse modo, coloca Rego (2004):

Os sistemas simbólicos (especialmente a linguagem), funcionam como elementos mediadores que permitem a comunicação entre os indivíduos, o estabelecimento de significados compartilhados por determinado grupo cultural, a percepção e interpretação dos objetos, eventos e situações do mundo circundante. É por essa razão que Vygotsky afirma que os processos de funcionamento mental do homem são fornecidos pela cultura, através da mediação simbólica (REGO, 2004, p. 55).

Através do interacionismo entre professor-acadêmico-idoso asilado e seu contexto, o processo de aprendizagem será construído, estabelecido e reinventado para superar práticas por vezes mecanicistas e descontextualizadas.

Diante do contexto do envelhecimento humano e dos múltiplos fatores envolvidos com a questão do asilamento, busca-se uma prática discursiva situada em um contexto histórico-social reveladora dos problemas enfrentados pelos idosos institucionalizados. Portanto, nessa realidade, evidencia-se a necessidade de repensarmos as políticas públicas e educacionais de atenção do idoso asilado, a formação dos profissionais que atuam junto a essa parcela da população e a sociedade como um todo, na perspectiva de se implementarem ações e práticas interacionistas de redes de apoio e cuidado desses idosos. É preciso, segundo Lobrot apud Bertrand e Valois (199-, p.169) “transformar o mundo fazendo participar ao máximo todos os indivíduos nos processos de produção, isto é, impedi-los de serem alienados.”

As teorias de Vygotsky consideram o homem como um ser essencialmente social e histórico que, na relação com o outro, em uma atividade prática comum intermediada pela linguagem, se constitui e se desenvolve enquanto sujeito (Freitas, 1996).

Nesse sentido, o atributo da linguagem oral, pronunciada pelo professor poderá auxiliar o aluno no processo de interiorização da realidade social do idoso institucionalizado, visto de uma maneira a considerar o idoso não como um ser marginalizado e morto socialmente, mas como um refém de circunstâncias sócio-políticas excludentes.

Elaborando um paralelo sobre as questões de desenvolvimento e aprendizado, em Vygotsky observa-se a importância da dimensão do social na formação da chamada “Zona de Desenvolvimento Proximal”, preconizada no âmbito do desenvolvimento da consciência da criança. Portanto, o desenvolvimento pleno do ser humano depende do aprendizado que realiza num determinado grupo cultural, a partir da interação com outros indivíduos (Rego, 2004). Isto quer dizer que, no momento em que o acadêmico da fisioterapia se depara com o ambiente asilar, este considera suas noções pré-concebidas historicamente de velho e de asilo e passa a atuar de maneira culturalmente já imposta.

Vygotsky identifica dois níveis de desenvolvimento: um se refere às conquistas já efetivadas, o qual denominou de desenvolvimento real ou efetivo, que pode ser entendido como referente aos conhecimentos já conquistados e dominados pela criança, pois já consegue realizar sozinha. Nesse caso, por analogia, o acadêmico da Fisioterapia já sabe atuar de forma técnica e mecanicamente no intuito de reabilitar e atender ao idoso

institucionalizado com déficits de movimentação, portanto, esse nível de desenvolvimento já foi conquistado. O outro nível de conhecimento, o qual Vygotsky chamou de nível ou zona de desenvolvimento potencial ou proximal (ZDP), em que a criança também é capaz de realizar ações, só que mediante a ajuda de outra pessoa. Analogicamente, aqui entra a presença do professor que medeia através do diálogo com seu acadêmico, compartilhando experiências sobre o ato de envelhecer e das possibilidades da institucionalização do idoso e suas particularidades. Através dessa abordagem interacionista, pode o docente da fisioterapia dialogar com o acadêmico frente a problemas mais profundos a cerca do processo de envelhecimento humano, superando as concepções pré-estabelecidas, seja pelos conhecimentos advindos do senso comum ou de experiências familiares, a fim de congrega ações mais eficazes de transformações sociais e pessoais.

Logo, seria ideal que a aprendizagem do acadêmico da fisioterapia se desenvolvesse na concepção Vygotskyana, por processos de ensino que fazem a mediação dialógica entre um nível real e outro potencial inserido em uma dinâmica social (casa asilar), sendo função do professor a organização das relações aí estabelecidas, das quais o conhecimento é um produto. O professor poderia desenvolver, orientar e direcionar o processo de apropriação da cultura colocando-se como mediador entre as atividades dos acadêmicos e os conhecimentos os quais estes interagem, configurando o que Vygotsky denominou de experiência histórica e social (Vygotsky, 1988; 2005).

2.4 Práticas Transformadoras: como fazer?

O avanço demográfico da população com mais de 60 anos é um fato, uma constatação sem retorno. A parcela de idosos com mais de 85 anos também já é acentuada.

No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente, no entanto já existem muitos estudos que apontam, que esse é um processo irreversível, diante do comportamento dos níveis de fecundidade e mortalidade registrados nos últimos censos já realizados.

Nossa população institucionalizada tende a crescer, decorrente das várias situações já mencionadas em capítulos anteriores. Questiona-se, portanto, como sociedade estamos preparados? Como profissionais da área da saúde estamos preparados? Como profissionais da fisioterapia estamos preparados?

Observa-se que os acadêmicos em práticas de atendimento fisioterápico em uma casa de longa permanência do município de Passo Fundo-RS, questionados sobre o que achavam das visitas realizadas na casa asilar, nas atividades da fisioterapia preventiva, no primeiro semestre de 2006, relataram as seguintes verbalizações: “... me transpareceram abandonados, solitários”. Outros ainda relataram: “...em relação a fisioterapia os trabalhos realizados são poucos e a assistência é precária, isso é grave pois é um dos locais que mais necessita desse atendimento e isso não ocorre na maioria das casas asilares...”.

Os acadêmicos transmitem em suas falas, a preocupação da total assistência em relação à saúde e bem estar dos idosos. No entanto, no momento do atendimento os acadêmicos se voltam aos problemas focais de limitação das atividades físicas, de forma fragmentada, como se não houvesse relação dos distúrbios apresentados em relação ao contexto social de vida desses idosos.

Logo, as práticas fisioterápicas a serem implementadas, comprometidas com o idoso asilado em sua plenitude e em seu contexto, poderão ser orientadas e formuladas por uma dinâmica interacionista, transformadora de sua realidade social ou ser meramente uma reprodução de práticas mecanicistas e reducionistas, descontextualizadas e despreocupadas com as diversas dimensões sócio-políticas que envolvem o processo de institucionalização.

Para Freire (1997):

O desenvolvimento de uma consciência crítica que permite ao homem transformar a realidade se faz cada vez mais urgente. Na medida em que os homens, dentro de sua sociedade, vão respondendo aos desafios do mundo, vão temporalizando os espaços geográficos e vão fazendo a história pela sua própria atividade criadora (FREIRE, 1997, p.33).

Portanto, o desenvolvimento de uma consciência crítica por parte do acadêmico da fisioterapia frente aos problemas evidenciados em uma casa asilar, faz com que ele perceba de modo mais prático o seu modo de agir como um sujeito que opera no social, ou seja, um verdadeiro ator social transformador da realidade em que vive. O papel do professor na problematização epistemológica é desafiar seus educandos para o cultivo de uma postura essencialmente dialógica e crítica diante do mundo. Essa proposta de educação, no sentido amplo do termo, concebe como sinônimo a educação-conscientização-humanização.

Segundo Zitkoski:

Quanto mais educado é o ser humano que, em constante processo de intersubjetivação de sua consciência, vai alargando os horizontes de sua visão de mundo a partir da qual é capaz de entender as razões dos fenômenos que o cercam e, além disso, comprometer-se de modo corajoso e esperançoso com a transformação da realidade constitutiva de nosso mundo (ZITKOSKI, 2003, p.123).

Tanto as colaborações de Freire, quanto as colocações de Vygotsky, na formulação de prerrogativas educacionais para dar conta do processo do conhecimento humano, são válidas para o aprendizado de práticas transformadoras que poderão ser utilizados pelo professor da fisioterapia nas instituições asilares.

Portanto, através de ações concretas no sentido de revelar a importância de uma consciência de rede de apoio às instituições asilares, importância de intervenções interdisciplinares, linguagem interacionista e práticas superadoras da visão tecnicista para práticas integralizadoras e compartilhamento da responsabilidade social perante os idosos institucionalizados são objetivos a serem conquistados pelo professor, que trabalha em prol da qualidade de vida e inclusão dos sujeitos na sociedade.

Oportunizar a troca de experiências por meio de uma ação-participante nas casas asilares é o desfecho que se espera ao desenvolver o presente trabalho, através de oficinas que permitam o diálogo vivido e a ampliação do conceito de ser um agente transformador da realidade social de idosos institucionalizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano é um ser inconcluso como dizia Paulo Freire e, portanto, apto a aprender como um sujeito crítico, para transformar a realidade e para nela intervir, recriando-a e buscando a mediação para uma vida mais humana, ética e histórica.

O presente trabalho não se encerra aqui em suas conclusões, mas talvez seja o despertar de uma nova configuração epistemológica de intervenções educacionais e fisioterápicas com ressignificações para a sua ação além do reducionismo técnico e fragmentado junto a idosos institucionalizados.

O curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo está adequado às exigências da lei e dos pressupostos da Política Nacional do Idoso, pois em sua grade curricular apresenta disciplinas como Gerontologia e Geriatria e ações fisioterápicas nessas disciplinas. Entretanto, pela leitura e análise de suas ementas e a ação prática dos acadêmicos no ambiente asilar, apresenta-se aquém de intervenções críticas e problematizadoras do contexto e da real situação das instituições de longa permanência.

A busca de um ensino-aprendizagem realista, crítico e reflexivo pautou o presente trabalho durante todo o semestre. A forma de condução das oficinas e das intervenções práticas realizadas na instituição asilar permitiu o desvelamento da situação de abandono e fragilidade estrutural que se encontram as instituições asilares, necessitadas de uma maior intervenção por parte do Estado e da sociedade através de medidas que, parcialmente, já foram alcançadas na teoria, pela regulamentação do Estatuto do Idoso, mas sem relevância e resolubilidade na prática.

Os acadêmicos do V nível da Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, pautados numa práxis transformadora da ação-reflexão-ação demonstraram um

amadurecimento em suas colocações e na forma de pensar o contexto asilar após as intervenções e oficinas realizadas, revelando um sentimento de maior engajamento social e participação ativa na tomada de decisões.

A troca de idéias proporcionada entre os diferentes atores sociais, sejam eles professores e gerontólogos renomados, promotor público do município, professor-pesquisador, administradora da casa asilar e o convívio com os próprios idosos oportunizou um novo olhar e uma reconstrução do conhecimento acerca da necessidade de uma interdisciplinaridade em formas de redes de amparo, para atuarem em prol de uma melhor qualidade de vida aos idosos asilados. Essa nova concepção transpareceu nos depoimentos dos acadêmicos que evidenciaram essa lacuna na formação profissional, no que tange ao comprometimento como agentes de transformação, cientes de sua responsabilidade social e profissional.

Na categoria representação das casas asilares e as causas que envolvem a institucionalização do idoso, pode-se perceber a passagem de uma concepção sentimental e ideológica para uma concepção mais racional, da real situação das casas asilares e dos motivos das institucionalizações de um idoso pela família, onde há influência da evidência do mercado consumidor, entre outros.

Em relação à categoria políticas públicas e casas asilares antes das intervenções, pode-se perceber o desconhecimento por parte dos acadêmicos de qualquer política pública de amparo às casas asilares, o qual foi compreensível, pois os acadêmicos não participavam e nem evidenciavam situações onde o poder público intervisse de qualquer forma no auxílio às instituições asilares.

Quanto à questão das responsabilidades sociais, os acadêmicos antes das intervenções detinham uma idéia de que o Estado e município cumpriam suas obrigações junto à essa parcela da população, no entanto foi possível verificar o quanto esses poderes estão afastados das reais necessidades da casa asilar, sendo que após as intervenções os acadêmicos apontaram que a maior responsabilidade para com os idosos fica mesmo por parte da família e dos administradores das casas asilares, os quais devem se comprometer ainda mais em razão da falta de ações estratégicas e preventivas do governo estadual e municipal.

Em relação à ação da fisioterapia no ambiente asilar houve de certa forma, uma mudança paradigmática na relação terapeuta-paciente que possibilitou a ampliação do leque do conhecimento por parte dos acadêmicos, das várias possibilidades de intervenção fisioterápica em casas de longa permanência, onde cabe a eles serem os agentes de

transformação social e interlocutores de uma práxis baseada no comprometimento e na autonomia da constituição de sujeitos críticos, históricos e responsáveis.

As reflexões emergidas das análises colhidas durante a pesquisa indicaram a necessidade de uma intervenção fisioterápica mais voltada para os aspectos sociais e políticos por parte das disciplinas que trabalham o envelhecimento humano e também a necessidade de uma visão sociointeracionista e problematizadora das reais necessidades de um trabalho fisioterápico em instituições asilares.

Não foi pretensão do presente estudo alterar o currículo ou alterar o plano político pedagógico do curso, o que demandaria um novo estudo ou, ainda, propor como deve ser o trabalho de um fisioterapeuta ou de um professor em uma casa asilar, mas sim proporcionar reflexões em torno das possibilidades de intervenções, na busca de novos significados para uma práxis mais consciente, humana e democrática atenta as novas demandas e perspectivas do envelhecimento da população contido nos capítulos iniciais deste trabalho.

Retomando os capítulos abordados nesse trabalho considera-se que o idoso asilado hoje é um ser carente de atenção de todos que os cercam e principalmente dos mais jovens. A profissão de fisioterapeuta requer atitudes e posturas humanas e comprometedoras do processo complexo de envelhecimento humano.

Notou-se que, por meio do estudo, surgiram profundos laços de amizade e solidariedade entre os acadêmicos para com os mais velhos, uma maior compreensão e aproximação entre as gerações e um amor incondicional pela essência da vida humana, seja ela restrita a casa asilar, seja ela no seio familiar, ou na sociedade como um todo. Respeitar os cabelos brancos em sua totalidade representa respeitar-se a si mesmo, como espécie que vive em uma comunidade responsável por sua longevidade, nas diferentes formas em que esta se apresenta.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Arméle Dorneles de; LEMOS, Jadir Camargo; DALL'AGO, Pedro. Fisioterapia. In: HADDAD, Ana Estela (coord). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - MEC, 2006.
- ANGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 27-31.
- ASSMANN, H. Reencantar a Educação: rumo à sociedade aprendente. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BEAUVOIR, Simone de. A velhice. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BENINCÁ, Elli. O senso comum pedagógico: práxis e resistência. 2002. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NÉRI, L. A & DEBERT, G.G. (orgs) Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus, 1999.
- BERTRAND, Yves; VALOIS, Paul. *Paradigmas Educacionais: escola e sociedades*. Lisboa: Instituto Piaget, [199-] 278 p.
- BORN, Tomiko. Cuidado do idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.
- BORN, Tomiko & BOECHAT, Norberto Serôdio. A Qualidade dos cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- BOSI, Eclea. Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos. São Paulo: EDUSP, 1987.
- BOTH, Agostinho. Longevidade e Educação. In: FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1110-1118.

- _____. Educação Gerontológica: Posições e Proposições. Erechim: São Cristóvão, 2001.
- _____. Identidade existencial na velhice: mediações do Estado e da Universidade. Passo Fundo: UPF, 2000.
- _____. Gerontologia: educação e longevidade. Passo Fundo: Imperial, 1999.
- BOTH, Agostinho; PORTELLA, Marilene R. Gerontologia uma proposta socioeducativa para idosos. In: BOTH, A; BARBOSA, M.H.S; BENINCÁ, C.R.S. (orgs). Envelhecimento Humano: múltiplos olhares. Passo Fundo: UPF, 2003.
- BOTH, Tatiana Lima; CARLOS, Sérgio Antonio. Jubilamento: o interdito de uma vida de trabalho e suas repercussões na velhice. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Passo Fundo, v.2, n.1, p.30-42, jan./jul. 2005.
- BOTOMÉ, Sílvio Paulo. Contemporaneidade, Ciência, Educação e...Verbalismo! Erechim: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, 1994.
- BOTOMÉ, Sílvio Paulo & REBELATTO, José Rubens. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2ªed. São Paulo: Manole, 1999.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8842/94. Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994.
- BRASIL. Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 de jul. 1996.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237-E, p. 20-24, de 13 dez, 1999.
- BRASIL.Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, v.134, n.248, p.27833-841,23 dez. 1996.
- BRAZ, Melissa M; FIALHO, Francisco A.P. Reflexões sobre o ensino de Fisioterapia. Revista Físio&Terapia, São Paulo, v. 5, n. 27, p.22-23, jun/jul. 2001.
- CACHIONI, Meire; NERI, Anita L. Educação e Gerontologia: desafios e oportunidades. In: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. v. 1. n.1. Passo Fundo: UPF, 2004.
- CALDAS, Pereira C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, mai/jun. 2003.
- CARVALHO-FILHO E; PAPALÉO-NETO, M. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Ateneu, 2000.

CAPRA, Frijot. O ponto de Mutação: A ciência, a sociedade e a cultura Emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CHAIMOWICHZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública. v.31, n.2, jan. 1997.

CHAUÍ, Marilena. Escritos sobre a Universidade. São Paulo: Unesp, 2001.

CIENCIA HOJE. Como anda a saúde do idoso no Brasil. São Paulo: 1998.

CNE/CES. Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de Março de 2002. Seção 1, p.11.

DELIBERATO, Paulo C. P. Fisioterapia Preventiva – Fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2002.

DELORS, Jaques. Educação um tesouro a descobrir. Brasília: Unesco, 1998.

DICKEL, Adriana. Buscando referencias para a discussão sobre a formação do professor-pesquisador contribuições para o debate. In: BENINCA, E; CAIMI, Flávia E. Org. Formação de Professores: um diálogo entre a teoria e a prática. 2ªed. Passo Fundo: UPF, 2004.

EIDAM, Heinz; DALBOSCO, Cláudio A. Educação como prática de liberdade – Paulo Freire como contraponto. Revista Espaço Pedagógico, Passo Fundo, v.12, n.1, p.119-137, jan/jun, 2005.

ENGELHARDT, Eliaz et al. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r252/arti252/htm>. Acesso em: 30 de dezembro de 2006.

ESCOREL, Sarah. Exclusão social e saúde. Saúde em Debate, São Paulo, n. 43, p. 38-43, jun. 1994.

FONTES, Olney Leite. Educação nas ciências da saúde e novas configurações epistêmicas. Saúde em Revista. Piracicaba, v. 3, n. 5/6, p. 15-22, 2001.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, 2004.

FRAIMAN, Ana Perwin. Coisas da idade. São Paulo: Hermes, 1988.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Tolerância. São Paulo: Unesp, 2004.

_____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 26ªed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

_____. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. Educação e mudança. 21 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____. Conscientização: teoria prática da Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes; 1980.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. Vygotsky e Bakhtin Psicologia e Educação: um intertexto. 3 ed. São Paulo: Ática, 1996.

FREITAS, Elizabete V et al. Atividade física no Idoso. In: FREITAS, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 857-865.

FREIRE JÚNIOR, Renato Campos; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Revista Interface. v. 9, n. 16, p. 147-158. set 2004/fev.2005.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª. Ed São Paulo: Atlas, 1996.

GUCCIONE, Andrew A. Fisioterapia Geriátrica. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti; CASARA, Miriam Bonho; CORTELLETTI, Ivonne Assunta; RAMALHO, Maria Helena; SASSI, Antenor; BORGES, Maria Neli. A realidade do idoso institucionalizado. Textos Envelhecimento. UnATI/UERJ. Rio de Janeiro. v.7, n.2 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Estudos e Pesquisas: Informações Demográficas e Socioeconômicas, n. 9, 2002.

_____. Tábuas completas de mortalidade. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o instituto, 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm. Acesso em: 20 de dezembro de 2006.

JUCHEN, J. O asilamento na visão do asilado: realidade de três asilos na cidade de Passo Fundo-RS. 2001. Monografia de Especialização: Universidade de Passo Fundo, UPF, 2001.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.23 n, 3, 1987.

KARSCH, Ursula, M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 39-44, jun. 2003.

KONDER, Landro. O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KUHN, Thomas S. As estruturas da Revolução Científica. São Paulo: Perspectiva, 1987.

LEME, Luis Eugênio G; SILVA, Paulo Sérgio Carvalho Pereira da. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1999.

LIMA, Fernanda C.; GLASEL, Cláudia; FIALHO, Aline S. Estamos envelhecendo. Kinesis. Santa Maria, v. 2, n 15, p.7-18, nov./dez. 1997.

LIBÂNEO, José C. Didática. São Paulo: Cortez, 1994.

LUZ, Denise Cornélio. Formação profissional em Educação Física, Terceira Idade e Qualidade de vida. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2002.

MENDES, W.: Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

MESQUITA, P. M. Residenciais para idosos. In: BOTH, A; BARBOSA, M.H.S; BENINCÁ, C.R.S. (orgs). Envelhecimento Humano: Múltiplos olhares. Passo Fundo, v.1, n.2, p. 96-109, dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

ONU. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br>. Acesso em: 20 de dezembro de 2006.

O NACIONAL. Por um lar digno. Passo Fundo, 12/13 ago. 2006.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTES, José Ribeiro. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia A velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos. Docência no ensino superior. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NÉRI, Anita L. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papirus, 1995.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78

RAUBER, Jaime José; SOARES, Marcio. Apresentação de trabalhos científicos: normas e orientações práticas. 3Passo Fundo: UPF, 2003.

REGO, Teresa Cristina. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 16 ed. Rio de Janeiro, 2004.

RICIERI, Denise da Vinha. Aprendizagem baseada em projetos como método de operacionalização da Teoria da Complexidade de Edgard Morin: um enfoque voltado à formação de profissionais de saúde. Revista Fisiobrasil, São Paulo, v. 10, n. 80, p. 5-6, nov./dez. 2006.

SÁ, Jeanete Liasch Martins. A formação de recursos humanos em gerontologia: Fundamentos Epistemológicos e Conceituais. In: FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1119-1124.

SANTANA, R.F. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência. Textos sobre envelhecimento. UnATI/UERJ. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.13-18, jan. 2003.

SARAIVA, Simone Abrantes; MAYNARD, Kenia. A capacitação pedagógica para o docente de fisioterapia. Revista Fisioterapia Brasil. São Paulo, v. 5, n. 5, p. 369-373, set/out. 2004.

SILVA, Edinete B. Nascimento e. A relação Familiar e o Idoso. Gerontologia, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 75-78, 1996.

SBCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2007. Disponível em: <http://www.cirurgiaplastica.org.br>. Acesso em: 20 de março de 2007.

SILVA, Marina da Cruz. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos sobre Envelhecimento. UnATI/UERJ. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, maio. 2005.

SOARES, Josiane Campos. Análise do estado mental de idosos institucionalizados em asilos. 2005. Monografia (Especialização em Gerontologia)-Curso de Pós Graduação em Gerontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2005.

STEGLICH, Luis Alberto. Crises normais na vida adulta: dos 18 aos 80 anos de idade. A aposentadoria: problemas e soluções. Passo Fundo: UPF, 1992.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. Vivendo e aprendendo: para um envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF, 2001.

TARDIF, Maurice. Saberes docentes e formação profissional. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

UPF- Universidade de Passo Fundo- RS. Plano Político Pedagógico e Ementas do Curso de Fisioterapia. Passo Fundo, 2007.

VERAS, Renato. Peixoto. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das Universidades da terceira idade. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n.2, p. 423-432, 2004.

VIEIRA, Elaine B; KOENIG, Anne M. Avaliação Cognitiva. In: FREITAS, Elizabete et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VYGOTSKY, L.S. et al. Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem. São Paulo, Ícone/EDUSP, 1988.

_____. Pensamento e Linguagem. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZITKOSKI, Jaime José. Diálogo e conscientização: a construção do conhecimento na pedagogia freireana. Revista Espaço Pedagógico, v. 10, n.2, p. 112-128, jul./dez. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world is fast ageing – have we noticed. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: < <http://www.who.int/ageing/en/index.html>>. Acesso em 29 dez. 2006.

ANEXOS

Anexo A -Questionário antes da intervenção.

Responda as questões abaixo de forma mais completa que puder, deixando bem claro a sua posição sobre os temas apresentados.

- 1) O que você considera que seja uma casa de longa permanência?
- 2) Qual a razão de existir uma casa asilar?
- 3) Quais as possíveis causas que podem levar ao ser humano a ser institucionalizado?
- 4) De quem é a responsabilidade social dos idosos abrigados em casas de longa permanência?
- 5) Quais as políticas públicas de amparo a casas asilares que você conhece?
- 6) De que forma o fisioterapeuta pode integrar-se e agir no ambiente asilar?

Anexo B – Textos Contextualizadores

Textos sobre Envelhecimento
ISSN 1517-5928 *versão impressa*

Textos Envelhecimento v.8 n.1 Rio de Janeiro 2005

O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas

The process of aging in Brazil: challenges and perspectives

Marina da Cruz Silva*

Resumo

Em 2025, os idosos no Brasil atingirão uma cifra aproximada de 30 milhões de pessoas, o equivalente a 15% da população. Estudos mostram que, devido às quedas das taxas de fecundidade, sobretudo a partir das décadas de 70 e 80 e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas, o envelhecimento da população brasileira é irreversível. O país de jovens começa a mudar sua estrutura demográfica com o aumento e a presença notável dos cabelos grisalhos. O presente artigo objetiva demonstrar as referidas mudanças demográficas, bem como os aspectos sócio-econômicos dos idosos, sistema de proteção brasileiro para essa faixa etária, além de traçar uma reflexão sobre os desafios e as perspectivas concernentes à temática no contexto de medidas, programas e leis até então colocadas e/ou propostas para os idosos.

PALAVRAS-CHAVE: transição demográfica; envelhecimento da população; política de saúde; idoso; condições de vida.

Introdução

“Quando quis tirar a máscara,
estava pregada à cara. Quando a tirei
e me vi ao espelho, já tinha envelhecido.”
Fernando Pessoa

A frase acima ilustra de modo explícito a forma pela qual o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo em vários países da América Latina e do Caribe, incluindo o Brasil. Neste país, tal processo vem acontecendo de forma rápida, de modo que somente “ao retirar-se a máscara”, foi possível perceber o que havia por detrás dela: o envelhecimento populacional.

É válido lembrar que na Europa e América do Norte, o fenômeno do envelhecimento apresentou-se de forma paulatina, ou seja, teve início há quase cem anos atrás. Esse não tem sido o caso do Brasil, cujo processo começou na década de sessenta, sendo marcado por uma velocidade de expansão sem precedentes.

Os indicadores demográficos que respondem pelo processo de envelhecimento de determinada população são vários. Aqui dar-se-á destaque, a priori, ao declínio da taxa de mortalidade infantil e a redução do índice de fecundidade. Todavia, a reflexão sobre o envelhecimento de uma população não pode e nem deve se resumir a uma mera análise demográfica, mas sobretudo incluir os aspectos sócio-econômicos e culturais de um povo, a fim de que se possa perceber de forma mais nítida as conseqüências, mudanças, desafios e perspectivas que esse processo traz consigo e quais as medidas e as políticas sociais que devem ser adotadas diante desse novo fenômeno, que se apresenta à sociedade brasileira.

Parafrazeando Lehr (1999, p. 23), pode-se inferir que é preciso haver uma mudança de valores, sobretudo no que tange à imagem negativa que a sociedade propaga dos idosos, de fragilidade e dependência.

Entre as necessidades de um grande grupo de indivíduos idosos, está a exigência de oportunidades de serem incluídos nas decisões a respeito da sociedade e de sua vida diária. Os indivíduos da Terceira Idade não desejam ser desligados e serem rotulados como objetos de cuidado somente.

Portanto, faz-se necessário refletir acerca do processo de envelhecimento no Brasil, a fim de que se possa aprimorar e levantar algumas reflexões sobre a temática.

População Idosa no Brasil: Crescimento e Projeções

A classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, embora a mesma tenha sido adotada de forma massiva e quase como exclusiva nas discussões sobre o envelhecimento. É fundamental também levar em conta as idades biológica, social e psicológica que não coincidem necessariamente com a cronológica. Portanto, a diferença entre as mesmas é importante, a fim de que se possa compreender melhor as múltiplas dimensões da velhice.

Assim, a autora Duarte (1999, p. 38) chama à atenção quanto à idade cronológica: Cronologicamente, devemos considerar antes de tudo que os calendários são diversificados e a idade cronológica é adotada de maneira também distinta, conforme a sociedade considerada. Em nosso caso a utilização do calendário greco-romano dá a cada um e à nossa sociedade a idade própria da civilização euroamericana. Seria diverso se pertencêssemos à cultura egípcia, terena ou fenícia.

No Brasil, para fins de levantamentos demográficos, considera-se idoso o corte definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), para os países subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento, isto é, a partir de 60 anos. Assim, quando se refere ao velho em solo brasileiro, inclui-se na contagem aquelas pessoas que atingiram essa idade, porém não se pode e nem se deve esquecer que a velhice possui diversas faces, sobretudo numa sociedade como a brasileira marcada pela desigualdade social, onde há uma exorbitante concentração de renda e conseqüentemente um alto índice de pobreza. Neste caso, faz-se necessário lembrar que o jovem pobre de hoje será também o idoso pobre de amanhã.

Quanto à idade biológica, concernente aos aspectos ligados às modificações físicas e biológicas, pode ocorrer de forma diferenciada entre os indivíduos de uma mesma sociedade. Desse modo, Aragó (apud Duarte, 1995, p. 42) argumenta que não se pode centrar nesta faceta biológica a noção de senectude, apesar do declive biológico ser real e em certa medida irreversível. Portanto, não existe momento algum em que o crescimento psicológico do indivíduo deva cessar. O desenvolvimento psicológico pode conservar uma real independência no que tange à irreversibilidade do processo biológico. Assim, o fator biológico terá maior ou menor peso conforme seja a personalidade do indivíduo.

Por outro lado, a idade psicológica relaciona-se às modificações cognitivas e afetivas transcorridas ao longo do tempo. E na velhice, esse potencial não pára, desde que a capacidade de reserva do sistema nervoso¹ não seja comprometida devido a manifestação de uma demência. Desse modo, não se pode deixar de assinalar a existência do grande potencial

latente para o rendimento intelectual na velhice.

A idade social, conforme Mishara/Riedel (apud Duarte, 1999, p. 43), designa papéis que se pode, se deve, se pretende e se deseja que venham a desempenhar na sociedade. Determinados papéis sociais podem entrar em conflito com aspectos arbitrários da idade cronológica. Este conflito entre as idades social, psicológica e cronológica constitui uma forma de dissonância, sobretudo quanto se faz referência ao item isolamento social do idoso, podendo ser ocasionado muitas vezes, por exemplo, pela aposentadoria ou morte de parentes, antecipando assim a morte social frente à biológica.

A reflexão sobre as idades outrora mencionadas faz-se necessária para que o envelhecer seja percebido nos seus mais diversos aspectos, lembrando que cada uma dessas idades apresenta pontos de relevância significativa diferenciada e complementam uma a outra. Assim, não se pode perder de vista a importância de cada uma delas no que concerne a uma percepção mais abrangente do indivíduo idoso, haja vista que o processo de envelhecimento apresenta peculiaridades bem diversificadas.

Feita a reflexão acima, procurar-se-á enumerar o processo de envelhecimento no Brasil, tendo em mente as mais diversas facetas que o envolvem. Não há dúvidas de que o fenômeno no Brasil possui dimensões complexas, sobretudo no que diz respeito à velocidade com a qual o mesmo vem ocorrendo. Para ilustrar melhor essa dinâmica demográfica e a forma que a mesma tem se dado, não se poderia deixar de lado dois componentes, quais sejam: taxas de mortalidade infantil e natalidade.

O descenso da taxa de mortalidade infantil tem sido ocasionado, sobretudo, devido às melhorias nas áreas de saúde, infra-estruturas e técnicas sanitárias, proporcionando a diminuição de doenças infecto-contagiosas dentre outras. Conforme a tabela abaixo, percebe-se um declínio gradativo e contínuo da taxa de mortalidade infantil². Havendo uma queda acentuada, a partir da década de oitenta, cujo número correspondia a 82,8 por mil nascidos vivos, segundo dados do IBGE³.

Conforme o IBGE, a taxa de mortalidade infantil em 1940 era em torno de 163,4 passando para 29,7 mortos por 1.000 nascidos vivos em 2000. Quando se analisa a taxa na população dos 20% de maior renda no Brasil, essa cai para 15,8 por 1.000, sendo a mesma equivalente a menos da metade dos 20% mais pobres (34,9 por 1.000 nascidos vivos). Ainda assim, é mais do que o triplo da encontrada na média de países desenvolvidos, de 5 mortos por 1.000 nascidos vivos, segundo a Unicef. A taxa de 15,8 entre os 20% de maior renda coloca essa parcela do Brasil ainda atrás da média de toda a população, por exemplo, de Cuba (7), Costa Rica (9), Chile (10) e Uruguai (14) e próxima da taxa média da Argentina (16). Não há dúvidas de que o Brasil vem conseguindo avanços importantes na redução de seus níveis de mortalidade infantil, porém esse índice ainda é bastante elevado, até mesmo nas classes de maior renda do país, como foi destacado acima.

O aumento do índice da população idosa está também relacionado à queda da taxa de fecundidade. No Brasil, conforme dados do IBGE, 44% das mulheres em idade reprodutiva têm menos de dois filhos. Só existe uma fecundidade maior (mais de 4 filhos por mulher) nos "bolsões de miséria", mas isso corresponde somente a 6,2% do total. Entre 1990 e 2000 a queda da fecundidade foi de 12%, tendo em vista a continuidade da queda dessa taxa, o país terá que estimular a reprodução, como tem sido feito em muitos países desenvolvidos, seja incentivando as mulheres em idade fértil a ter mais filhos, seja ajudando aquelas com problemas de infertilidade. Observando a tabela abaixo, percebe-se de forma nítida o declínio significativo dessa taxa, sobretudo na década de noventa, apresentando um índice de 2,5. A média atual corresponde a cerca de dois filhos, tendendo a decair, segundo as prognoses feitas para os anos de 2010 e 2020.

TABELA 1

Anos	Taxa de Fecundidade
1960	6,21
1970	5,76
1980	4,01
1990	2,50
2000	2,04
2010	1,85
2020	1,81

Fonte : Fundação IBGE, Anuários Estatísticos , 1965, 1982, 1992, 1994 e 1996.

Levando-se em conta os dois componentes acima referidos e as diversas idades que acompanham os seres humanos ao longo da vida, é importante enumerar o contingente de pessoas acima de sessenta anos na sociedade brasileira, para se ter uma noção mais abrangente desse fenômeno.

De acordo com os dados do IBGE, havia no Brasil, em 2002, cerca de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 9,3% da população, sendo 56% deste total, mulheres. Nota-se com isso um dos fenômenos típicos da velhice em todo o planeta, ou seja, a feminização. Esse processo também não deixa de ocorrer no Brasil, pois as mulheres têm uma expectativa de vida bem maior do que a masculina.

Estudos têm sinalizado um rápido aumento do número de idosos no Brasil. A estimativa do IBGE para o ano de 2025 equivale a 15% de idosos da população total, correspondendo aproximadamente a 30 milhões. Para evidenciar melhor a dimensão do célere processo de envelhecimento no Brasil, tomemos como parâmetro, a França, onde foram necessários 120 anos para que o número de idosos passasse de 7% do total dos habitantes do país para 14%. O Brasil vai experimentar um aumento equivalente num período de 20 anos.

Aspectos sócio-econômicos do Idoso

“Honra-se a velhice, mas ela não é amada”
Diderot

Com as respectivas quedas da taxa de mortalidade infantil e fecundidade, mencionadas anteriormente, não poderia deixar de ter havido, na sociedade brasileira, um aumento na expectativa de vida ao nascer. Segundo os relatos do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), esse índice médio em 2001 correspondia a 67,8 anos. Considerando a expectativa de vida na década de setenta, a qual equivalia em torno de 52,67 ano, houve um aumento significativo. Todavia, o Brasil apresenta uma expectativa de vida inferior a outros países da América Latina, como é o caso do Uruguai com 75,1; Argentina 73,9; Colômbia 71,8 e Paraguai 70,5.

O prolongamento da vida é mais elevado nas camadas sociais privilegiadas, chegando com uma esperança de vida de 70 a 80 anos em média, enquanto a mesma se mantém em patamares críticos de 40 a 50 anos nas camadas e regiões de baixa renda.

Há ainda uma diferença significativa referente à expectativa de vida entre homens e mulheres, correspondendo em torno de 7,6 anos. Esta diferença explica, em parte, a chamada feminização da velhice no Brasil. Contudo, há que se destacar, conforme relatam pesquisas

gerontológicas, que as mulheres de idade avançada (e não os homens) estão mais expostas à pobreza e à solidão. Além disso, detêm maiores taxas de institucionalização, possuem um maior risco de morbidade, consultam mais médicos e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida****. Portanto, a mulher idosa constitui um grupo social que merece intervenções sociais que levem em conta as suas condições específicas.

Para Magalhães (1989, p. 16) “a distribuição da velhice por classes e grupos sociais mostra o perfil equivalente da concentração da riqueza e do poder em nosso país. No meio rural e na periferia urbana os velhos excluídos, anônimos e marginalizados. Nas classes médias, o isolamento, a perda de papéis familiares e de trabalho, associados às perdas de poder aquisitivo, não compensadas pela aposentadoria”.

O processo de envelhecimento no Brasil e na América Latina vem ocorrendo em um contexto marcado por uma alta incidência de pobreza****, desigualdade social e um desenvolvimento institucional, caracterizado pela falta de sintonia com o contingente da população idosa. Ademais, dados referentes à pobreza na velhice ainda são limitados ou quase que inexistentes, havendo nesse sentido uma lacuna no que tange a esse aspecto. Contudo, pode-se partir do princípio de que a pobreza numa sociedade desigual como a brasileira ocasionará, conseqüentemente, a reprodução da pobreza na velhice, sobretudo quando se considera alguns aspectos, muitas vezes, peculiares a essa faixa etária, ou seja, a morbidade *****.

Segundo os dados do IBGE, referente ao rendimento mensal das pessoas de 60 anos ou mais, para o ano de 2002, 42,8% desse contingente populacional possui uma renda mensal de um salário mínimo*****. Embora este índice tenha decaído nos últimos 10 anos, o mesmo ainda é bastante elevado. Por outro lado, o número de idosos que recebem mais de cinco salários mínimos aumentou de 11,2% em 1991 para 19,3% em 2002.

Um aspecto que tem garantido uma melhoria das condições de vida dos idosos em áreas rurais está relacionado à universalização da aposentadoria rural, que também passou a beneficiar os trabalhadores rurais, inclusive os que não contribuíram diretamente com a previdência social. Instituída pela Constituição de 1988, a aposentadoria rural beneficia atualmente cerca de 6,8 milhões de trabalhadores rurais. Para receber um salário mínimo, eles precisam comprovar tempo de serviço de até 15 anos no campo e ter idade acima de 55 anos (mulheres) e 60 anos (homens). Como a legislação só mantém essas condições até 2006, não havendo mudanças, só terá direito ao benefício quem, até o período determinado, atingir a idade mínima de aposentadoria. Seria de grande relevância se a esfera governamental garantisse esse benefício como direito incondicional, havendo a necessidade de alteração dessa legislação, a qual o limita a um determinado período de tempo.

Ainda segundo os dados do IBGE, referentes ao ano de 2002, quase seis milhões de idosos têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Este dado é fundamental para desmistificar a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes, e pode-se perceber que o mesmo desempenha um papel sócio-econômico de fundamental importância na família. Este fato pode contribuir para o rompimento de preconceitos e da falta de solidariedade com essa parcela da população, muitas vezes associada à carga e inutilidade social.

Um outro fenômeno, registrado pelo estudo Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil, do IBGE, é o crescimento do número de netos e bisnetos que vivem sob a custódia dos avós, sendo, na maioria das vezes, cuidados e sustentados por eles. Em 1991, eram 2,5 milhões de netos e bisnetos, passando para 4,2 milhões em 2000. Tal fenômeno pode contribuir positivamente no que concerne ao diálogo e a solidariedade entre as gerações, desde que o idoso não seja explorado e assuma a mera posição de responsável, mas seja visto como sujeito com uma contribuição social a oferecer.

Se a velhice passar a ser encarada como fase normal da vida e não como marginal, haverá uma mudança significativa em relação ao papel e importância dos idosos na sociedade brasileira. Contudo, há muitas trilhas a serem percorridas, sobretudo porque o idoso ainda é forte alvo de preconceitos numa sociedade marcada pelo consumo. Conforme assinala

Magalhães (1989, p.

A sociedade contemporânea oferece pouca oportunidade ao idoso para exercitar e ativar a lembrança, instrumento e conteúdo fundamental de seu diálogo com as demais gerações. Indispensável também à formulação de seu pensamento. O que foi produzido no passado não tem interesse hoje e possivelmente será destruído amanhã. O ciclo permanente de produção e de consumo exige incessantemente a destruição e o desaparecimento do que foi produzido no passado e a criação permanente de novas formas de produção e consumo.

Portanto, é possível afirmar que as condições sócio-econômicas do idoso brasileiro refletem a desigualdade social existente no país, o qual oferece a seus cidadãos chances marginais em garantir as seguranças mínimas para uma existência humana social e digna. A pobreza na velhice é um dentre os vários outros resultados do ciclo vicioso da desigualdade social brasileira, além da existência de sistema de proteção social precário, o qual será relatado no próximo item.

Sistemas de Proteção do Idoso brasileiro

Mas uma política voltada para o idoso é mais do que uma política de cuidado (care) ou uma política de sistemas de aposentadorias. E a política do cuidado tem de também incluir outros aspectos além dos financeiros.

A política para o idoso é a política do estar saudável.

Ursula Lehr

No Brasil, o surgimento de um sistema legislativo de proteção às pessoas idosas é recente, pois a Política Nacional do Idoso (PNI) data de 1994. Antes da implantação da mesma, conforme assinala Rodrigues (2001, p. 149), o que houve, em termos de assistência a essa faixa etária, consta em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) e de inúmeros decretos, leis, portarias. Na legislação merecem destaque a Lei nº 6179, de 1974, que cria Renda Mensal Vitalícia***** e a Constituição de 1998, sobretudo nos aspectos relacionados à Aposentadoria Proporcional por tempo de serviço, à Aposentadoria por idade e a Pensão por morte para viúva e viúvo.

É importante salientar que antes da década de 70 o trabalho realizado com idosos no Brasil era de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas. Há que se destacar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social do Comércio (SESC), fundado em 1946, que desde então tem oferecido um trabalho de atenção às pessoas idosas, prestando inegável contribuição à causa da velhice no país.

No breve relato sobre as políticas desenvolvidas para o idoso até 1970, pode-se notar o caráter paliativo, fragmentário, pois não abrange em sua plenitude uma noção ampla dos direitos sociais dos cidadãos. Com a Política Nacional do Idoso, ainda que apenas em nível legislativo, parece que a tendência arcaica e frágil de tratar as pessoas idosas tende a tomar um outro rumo, pois a lei prevê a garantia de direitos sociais de forma ampla, defendendo a causa do idoso nos mais diversos parâmetros.

Levando em conta os aspectos relatados anteriormente, faz-se necessário traçar um breve relato da Política Nacional do Idoso (PNI), pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96, que estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerado população idosas o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais.

A lei em questão estimula a articulação e integração institucional para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para Integração da PNI, sendo composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação, da Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão e a Secretária de Desenvolvimento Urbano.

A Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do

convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, através, inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária. Suas diretrizes priorizam o atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos médicos na área da Gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

Constam na lei dispositivos que regem a prioridade do atendimento ao idoso no Sistema Único de Saúde; a realização de programas de saúde e medidas profiláticas específicos; a elaboração de normas padronizadas para atendimento geriátrico e a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso, como casas-lares e hospitais-dia.

Na área da educação, a lei apresenta medidas para a adequação dos currículos e materiais didáticos para os cursos destinados aos idosos, inclusive em cursos de ensino à distância; o desenvolvimento de programas educativos, nos meios de comunicação, sobre o processo de envelhecimento. Além disso, a inserção, na educação formal, de conteúdos voltados para o idoso, com o objetivo de reduzir o preconceito e aumentar o conhecimento sobre o assunto.

Conforme a PNI, devem ser criados mecanismos que impeçam a discriminação e possibilitem a participação do idoso no mercado de trabalho. Os programas de assistência ao idoso devem elaborar critérios que garantam o acesso do idoso à moradia popular; o desenvolvimento de condições habitacionais adaptadas às condições de acesso e locomoção, que podem ser limitadas pela idade; e a diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas.

Para possibilitar ao idoso a participação em eventos culturais, os preços de ingressos devem ser reduzidos em todo o território nacional; devem ser estimulados a desenvolver atividades culturais e de lazer; devendo ser possibilitada a transmissão de suas habilidades e informações ao público jovem, como forma de preservar e continuar a identidade cultural.

Por fim, é assegurado ao idoso o direito de dispor seus bens, pensões e benefícios, exceto em casos de incapacidade judicialmente comprovada. É dever de todo cidadão denunciar qualquer mau trato, negligência ou desrespeito infligido ao idoso.

Apesar do caráter inovador e do avanço da PNI, há muito a ser feito até que os direitos sociais dos idosos sejam plenamente respeitados e levados a sério, conforme assinala a autora Goldman (2000, p. 19):

Mesmo estabelecidos em instrumentos legais como nas Constituições, Códigos e Estatutos, os direitos sociais só se concretizam na prática. Em países pouco desenvolvidos como o Brasil, o aparato legal contempla os direitos sociais, mas a realidade desmistifica a letra morta da lei. O usufruto dos direitos sociais só pode ser garantido com a efetiva participação política da população através dos instrumentos de organização, de pressão e de denúncia”.

Vale salientar que a velhice não torna um ser humano menos ou mais importante que os demais cidadãos, porém o caráter débil e a falta de respeito aos direitos humanos e sociais no Brasil colocam os idosos numa posição crítica, haja vista os cuidados específicos exigidos nesta fase etária da vida. Desse modo, é comum nos países, onde os direitos sociais não são totalmente respeitados, a criação de estatutos na tentativa de assegurar e respeitar os grupos mais vulneráveis. Assim, após sete anos tramitando no Congresso, foi aprovado em setembro de 2003, através do Projeto de Lei nº 3561/1997, o Estatuto do Idoso^{*****} no Brasil.

O Estatuto dispõe de 118 artigos, trazendo algumas novidades almeçadas há tempos pela sociedade civil, como o sistema de cotas de 3% das moradias construídas com recursos federais para facilitar o acesso à moradia condigna ao idoso, salário mínimo mensal aos cidadãos com mais 65 anos de idade – dois anos a menos que os 67 anos completos exigidos pela Lei Orgânica da Assistência Social – garantia de reajuste do benefício sempre que o salário mínimo for reajustado, sem entretanto a ele vincular-se, pois consta de proibição constitucional.

Além dos benefícios citados, ainda abarca em seu texto a determinação de adequação das

empresas prestadoras de serviço para abrigar pelo menos 20% do seu quadro com pessoas maiores de 45 anos, a obrigação do poder público em fornecer medicamentos e instrumentos de reabilitação e tratamento, a vedação de reajustes discriminatórios em razão da mudança de faixa etária pelos planos de saúde, além de prever a gratuidade no uso do transporte coletivo, dentre muitas outras novidades que irão beneficiar os idosos. Contudo, os entraves existentes à implementação do estatuto e das demais leis vão desde a capacitação de recursos, ao fortalecimento de um sistema de informação capaz de gerar dados fidedignos, utilizando métodos específicos para a análise desta população, passando pela capacitação de recursos humanos, visando à construção de políticas cada vez mais eficazes na prática.

Observa-se, portanto, que do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas e implementadas, no entanto, isso não é suficiente para assegurar a implantação plena desses direitos. Desse modo, a mobilização e participação dos idosos, em todas as frentes, quer seja nos partidos políticos, associações de aposentados e pensionistas, confederações, centros de convivência, enfim, nos mais diversos espaços da vida social, é fundamental como forma de resistência às ações políticas que insistem em negar direitos conquistados de forma árdua pelos movimentos sociais de aposentados nas décadas de 80 e 90. A participação efetiva das pessoas idosas, mostrando sua força política, organizando-se, criando parcerias e alianças com representantes dos poderes legislativo, executivo e judiciário, ONGs entre outros órgãos tanto da esfera civil como governamental poderá contribuir de forma significativa para reverter “a morte” da lei escrita e convertê-la em realidade.

Considerações Finais

Apesar do envelhecimento significativo da população brasileira, é somente a partir da década de setenta que se pode notar um “interesse” e maior preocupação com e pela temática, havendo assim um verdadeiro “boom” de programas, eventos e projetos destinados aos idosos, com destaque para as Universidades da Terceira Idade, Grupos de Convivência, Programas de Saúde, Conselhos Nacional, Estadual e Municipal, Delegacias do Idoso, Associações, campanhas, dentre muitos outros.

Todavia, é válido lembrar que muitos desses programas ainda não se expandiram por todo o Brasil, havendo a ausência desses em muitas regiões, onde há demanda por esses serviços de importante relevo. Aqui se coloca mais um desafio, qual seja: garantir e assegurar a participação do idoso frágil, pobre e analfabeto nesse processo, pois já é consabido que, na maioria das vezes, acabam participando desses projetos apenas os idosos saudáveis, que possuem uma noção mais ampla de seus direitos, dado suas condições físicas, econômicas e sociais, que os colocam numa posição mais favorável na influência e na tomada de decisões. O que se pretende é alcançar a inserção de todos os idosos, respeitando, evidentemente, suas capacidades e limitações.

Outro aspecto, que reflete a debilidade no trato com essa parcela da população, está ligado à falta sistemática de pesquisas nessa área. Além da frágil introdução das disciplinas relacionadas ao envelhecimento (Geriatría e Gerontologia) no currículo acadêmico, colocando, assim, um desafio para os profissionais que trabalham a temática. Por conseguinte, é preciso conhecer de modo mais sistemático e preciso o rosto do processo de envelhecimento no Brasil, a fim de oportunizar uma sintonia entre os programas, projetos e políticas de intervenções sociais para os idosos.

Espera-se que, juntos, os profissionais da área em questão possam desenvolver métodos de pesquisa próprios e relacionados à realidade brasileira, de modo que se possa evitar a simples importação e tradução literal de testes e métodos dos chamados países de primeiro mundo, que têm uma realidade sócio-econômica e cultural totalmente divergente da brasileira. Nesse caso, defende-se aqui uma melhor adaptação dos testes psicométricos à realidade brasileira, sobretudo os referentes à suspeita e ou existência de uma demência, a exemplo do Mini-Exame do Estado Mental, Teste do Relógio entre outros. Além disso, o Brasil precisa de dados e estatísticas próprias, sobretudo no que se refere ao item quedas, um grande responsável e causador da dependência na velhice, pois ainda não se dispõe de dados nacionais sobre esse

aspecto, o que impede, de certa forma, o desenvolvimento e aplicação de métodos, intervenções, prevenções próprios no trato dessa problemática.

Apesar da existência de uma grande lacuna nessa área do conhecimento, não se pode negar que está havendo um despertar de Norte a Sul, Leste a Oeste, com centenas de profissionais e idosos a estudarem, refletirem as questões e as problemáticas dos idosos brasileiros.

Portanto, há que se combater a gerofobia, assegurar um atendimento de saúde que considere as características típicas da velhice, garantir um sistema de aposentadoria básica universal, desmistificar a idéia da velhice associada à fragilidade, ao fim etc. Assim, perceber-se-á que há muito para ser vivido nessa fase da vida, sobretudo no que tange ao diálogo entre as gerações. Por último, não há como negar que a sociedade brasileira está ficando grisalha, jamais em tempo algum da história, houve tantos indivíduos atingindo uma idade avançada; contudo, parafraseando Lehr, não é somente importante acrescentar anos a vida, mas também acrescentar vida aos anos. Isso será assegurado com a execução, na prática, dos direitos sociais dos idosos, previstos nas leis e estatuto acima mencionados.

Notas

*Formada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará e em Letras pela Universidade Federal do Ceará, mestranda em Psicologia Gerontológica – Universidade Erlangen-Nürnberg na Alemanha, bolsista do KAAD (Serviço Acadêmico Católico para Estrangeiros), membra-efetiva da Diretoria da ONG Brasilieninitiative.

¹ O Termo Capacidade de Reserva (em alemão Reservekapazität) tem sido utilizado para se diferenciar entre um processo de envelhecimento normal ou patológico do cérebro. Fala-se em processo patológico quando essa capacidade de reserva é atingida e/ou comprometida, ou seja, a margem de desempenho potencial e intelectual do idoso é prejudicada sobretudo com distúrbios relacionados à memória de curta duração, neste caso fala-se em demência de modo geral.

² Taxa de Mortalidade Infantil: refere-se ao número de óbitos entre crianças menores de 1 ano por cada 1000 (mil) nascidas vivas em igual período.

³ IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

⁴ Para maiores detalhes sobre o assunto, ver Greenberg, Kopito, 1994.

⁵ No Brasil, o número de pobres permanece ainda elevado. Para o Pnud (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) são 22,4% os brasileiros que estão abaixo de uma linha de pobreza definida como sendo de até US\$ 2 por dia. Daria, portanto, US\$ 60 ao mês ou R\$ 180 reais, inferior ao salário mínimo. Mas há outras maneiras de medir a pobreza, entre elas a que é utilizada pela Fundação Getúlio Vargas, que aponta para 33% de pobres (ou 56 milhões de pessoas).

⁶ O termo morbidade está relacionado a presença simultânea de várias doenças crônicas, que caracterizam o paciente geriátrico. Com isso, não se quer dizer aqui que envelhecer significa necessariamente ser dependente e frágil, mas esse fenômeno é um fato que não se deve deixar de lado quando se fala em velhice, pois a mesma apresenta diversas faces e uma delas pode ser exatamente a morbidade que exige uma série de cuidados especiais.

⁷ O valor do atual salário mínimo equivale a 260 Reais, equivalente a aproximadamente US\$ 84.

8 A Lei 6179/1979 aprova o amparo da previdência para os velhos com mais de 70 anos e para os inválidos desde que cumpram alguns pré-requisitos: não exercer atividade remunerada, não ser mantido por outra pessoa e não ter outro meio de sustento. O valor do benefício correspondia à irrisória quantia de meio salário mínimo. Lembrando que a expectativa média do brasileiro na década de 70 girava em torno de 53 anos, poucos eram os idosos que tinha acesso a esse tipo de benefício

9 O Estatuto do Idoso entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004. Ele tem por objetivo garantir direitos e estipula deveres para melhorar a vida de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil

Referências Bibliográficas

AROMANDO, Jorge. Envejecimiento de la población y perspectivas socioeconómicas para el Adulto mayor en la sociedad Argentina. Revista de la Escuela de Economía y Negocios, UNSAM, San Martín, Provincia de Buenos Aires, p. 55-78, 2000.

BRASIL. Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul.1996.

DUARTE, L. R. S. Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. Est. Interdiscipl. Envelhec., UFRGS, Porto Alegre, v.2, p. 35-47, 1999.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9, 2002.

_____. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto, 1965.

_____. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto, 1982.

_____. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto, 1992.

_____. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto, 1994.

_____. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: o Instituto, 1996.

GOLDMAN, Sara Nigri. Velhice e direitos sociais. In: PAES, Serafim Paz et al (Org.). Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: ANG-RJ; CBCISS, 2000. p. 13-42..

HEREDIA, Olga Colinet. Características da terceira idade na América Latina e no Brasil. Est. Interdiscipl. Envelhec., UFRGS, Porto Alegre, v.2, p. 7-21, 1999.

LEHR, U., OSWALD, W. D. Altern - Veränderung und Bewältigung. Bern: Huber-Verlag, 1990.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. A invenção social da velhice. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.

PEREZ DIAS, J. La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. In : STAAB, A. S. ; HODGES, L.C. Enfermería gerontológica. México: McGraw Hill, 1998. p. 541-563.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política Nacional do Idoso - retrospectiva histórica. Est.

Interdiscipl. Envelhec., UFRGS, Porto Alegre, v.3, p. 149-158, 2001.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher Idosa: a feminização da velhice. Est. Interdiscipl. Envelhec., UFRGS, Porto Alegre, v.4, p. 7-19, 2002.

Abstract

In 2020 there will be around 30 million of elderly people in Brazil. They will represent around 15% of the population. Due to the fertility decline above all in the 70s and 80s and the gradual reduction of the mortality rate occurred in the last decades, studies show that the aging of the

Brazilian population will not be reversible any more. Therefore, Brazil, which used to be considered as a young country, begins to change its demographic structure because of the significant increase of the „grey” hair fraction of its population. The main objective of this article is to show the social and economic aspects related to these demographic changes. Finally, there will be some reflections on the challenges and perspectives related to the aging process of society and possible political measures to cope with these problems.

KEYWORDS : demographic transition; demographic aging; health policy; aged ; living conditions.

Recebido para publicação em: 10/12/2004

Aprovado em: 04/03/2005

Correspondência para:

Marina da Cruz Silva

E-mail: marinacruz@hotmail.com

0

Artigo de Revisão -Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos- Gerontologia 4(2):75-78. 1996

A Relação Familiar e o Idoso

Edinete B. Nascimento e Silva

RESUMO

Este trabalho apresenta alguns casos relacionados à proporção de pessoas idosas morando com seus familiares. Acorda também o papel do idoso na família através dos tempos, a influência dos filhos nas decisões dos pais, a obrigação filial e a influência da distância geográfica na relação pai e filho. Chama a atenção para a importância do papel da família e da comunidade sugerindo que deve haver uma interação entre ambas, no sentido de direcionar o idoso para a sua independência e, ao mesmo tempo, assegurar uma assistência concreta, quando se fizer necessária, respeitando contudo as diferenças individuais.

UNITERMOS: Família, Idoso.

Um aspecto comum relacionado ao envelhecimento é a presença de uma geração interdependente, isto é, a noção de uma geração cuidando de outra.

RAPP ¹, em pesquisa realizada nos estados Unidos, aponta que em 8% das residências americanas havia um familiar prestando cuidados a um idoso. Uma pesquisa realizada por Shana apud DEBERT ² relata que 20% dos idosos da Dinamarca, 28% dos Estados Unidos e 42% da Inglaterra vivem com os filhos. Em trabalho realizado recentemente constatamos que, entre 828 sujeitos, o número de pessoas que convivem com idosos é cerca de 18,5%. Em trabalho anterior, constatamos que em 252 famílias estudadas, 22 idosos, correspondendo a um índice de 14%.^{3,4}

Estes dados justificam o interesse surgido nos últimos anos em relação às pessoas que cuidam ou convivem com os idosos. Sugerem também que o fato de muitas pessoas terem um idoso na família poderá se constituir em um problema que se manifesta em diversas circunstâncias – desde aquelas relacionadas aos aspectos de ordem física até choque de gerações, tão freqüente entre adolescentes e idosos, ou mesmo adultos e idosos. Muitas vezes uma dessas situações mal compreendida leva a problemas sérios na dinâmica familiar, gerando conflitos. O velho se torna, então, um catalisador de agressões e insatisfações dos membros da família.

Em várias épocas e culturas, o velho já ocupou desde uma posição de anonimato até postos significativos na sociedade. Em épocas remotas, o fato determinante do bem-estar e do prestígio do idoso era ligado não só ao seu papel religioso e político no grupo como também as suas condições econômicas. Em algumas culturas da antiguidade, foi tido como sábio detentor de poderes e crenças, sendo merecedor de todo o respeito. No período pré-industrial, de um modo geral, era mantido integrado na organização familiar, formada por um grupo de pessoas que viviam sob o mesmo teto. Protegido e amparado, ele podia mesmo ocupar uma posição de destaque.

No início da formação da sociedade brasileira, o patriarcalismo era a forma dominante de composição familiar. O domínio do patriarca se estendia para além do próprio núcleo familiar abrangendo afilhados, compadres, protegidos, escravos e agregados. No séc. XVIII e XIX o homem atingia o apogeu de seu prestígio e poder em torno de 50 anos. Os filhos gravitavam em torno da casa paterna, onde os mais velhos eram

os centros das atenções. De uma certa maneira este padrão de vida familiar e os valores a ele associados se mantiveram intactos em certas regiões do país, de forte tradição agrária e pastoril. A migração de grupos provenientes dessas regiões para as industrializadas ou em vias de industrialização, que se alocaram principalmente nas periferias de grandes centros urbanos, foi marcada por fortes conflitos de valores, que se refletiram especialmente na vida familiar. Muitas vezes, os novos arranjos de moradia dificultam o acolhimento dos parentes idosos ou favorecem o conflito por determinarem a coabitação de pessoas mais idosas com jovens e adultos. A exigüidade do espaço físico impossibilita o exercício da horticultura ou de pequenas criações. A dispersão das pessoas pelo trabalho, a excessiva valorização da televisão, as dificuldades de transporte, a impossibilidade do exercício de lazer e das práticas religiosas habituais no novo ambiente tornam o velho desadaptado e sem função. Quando ele adocece é raro haver pessoas disponíveis para cuidar dele, uma vez que em geral, a maioria trabalha. Com isso sua qualidade de vida global tende a ser pior do que em suas regiões de origem. Assim sendo, ao se analisarem os motivos e os efeitos da migração para as cidades, percebe-se que, enquanto para os jovens esta pode ser uma perspectiva atraente, para o idoso pode ser apenas um evento que concorre para o aumento da solidão e de problemas financeiros.^{5,6}

Como no Brasil prevalece a idéia de que a família deve responsabilizar-se pelo idoso, e como paralelamente existem escassos recursos de apoio que possam acudi-la nesse momento, muitas vezes o apoio e a proteção ao idoso se transformaram num sério problema. Ficar viúvo ou sozinho é uma ocorrência natural nessa etapa da vida. Morar só, porém, é privilégio de um pequeno grupo. De um modo geral, e no Brasil, em particular, a pessoa idosa dificilmente permanece sozinha em sua residência. Quando perde o cônjuge e não tem mais filhos em sua companhia, por não ter condições de arcar com as despesas, por limitações físicas, dentre outras razões, termina por morar com filhos ou parentes próximos. Na casa destes, muitas vezes, procura realizar alguns trabalhos leves (costura, cozinha, olhar crianças, entre outros), para ocupar o tempo livre e se sentir mais útil, contribuindo nas atividades domésticas da família. Mas isso não evita que, muitas vezes, seja a causa de discórdias e ressentimentos.

Muitos estudiosos da área da gerontologia têm feito pesquisas envolvendo o relacionamento intergeracional, por perceberem que este é um aspecto que não pode ficar em segundo plano, quando se pensa em promover melhores condições de vida não só para o idoso como também para sua família. O ritmo de vida nos dias atuais contribui para que as pessoas embora convivendo sob o mesmo teto, mal se vejam, quase não sobrando tempo para os membros da família desenvolverem um hábito tão salutar – conversarem entre si – que pode propiciar o entendimento de muitas situações e colaborar provavelmente para um melhor relacionamento.

O idoso, na maioria das vezes, no âmbito familiar e social, não desempenha um papel tão passivo como se costuma imaginar. É importante que se busquem as forças que lhe restam, no sentido de promover uma interação positiva e não nos prendermos às forças perdidas.

GREENBERG e BECKER⁷ em estudo realizado sobre o papel do idoso como recurso da família, observaram que muitos pais idosos são suportes para os filhos, quando estes experienciam situações estressantes como divórcio, dependência a drogas, distúrbios emocionais, entre outras. Segundo os autores, estes pais são fortemente afetados pelos problemas dos filhos e estão frequentemente muito envolvidos. Chamam a atenção para que o fato de que o grupo de apoio, quando existe, é geralmente para a família nuclear que se defronta com esses problemas, mas não se estende a família extensa, isto é, não envolve neste apoio os pais idosos e avós.

PRATT ⁸ estudou a influência dos filhos nas decisões das mães idosas no que se refere a saúde, finanças e decisões domésticas. Nesse trabalho constatou que as pessoas idosas recebem uma quantidade significativa de conceitos de seus filhos e que os membros da família são influentes na rede de decisões do idoso. No mesmo estudo relata que as idosas se comportam de um modo geral, com o que se costuma chamar de “autonomia consultiva”, ficando com a decisão final, após consultarem a filha. A autora sugere que a filha pode promover a autenticidade nas decisões da mãe – tornando-se uma observadora atenta dos valores e preferências da mesma, considerando-se que a sua influência é baseada largamente no conhecimento das preferências da mãe.

FYNLEY ⁹ fez um estudo sobre a obrigação filial como determinante da proteção para idosos e constatou que essa obrigação é desenvolvida de forma diferente para homens e mulheres: a variável afeição tem um impacto menor para os homens e a obrigação filial difere com respeito a sogro e sogra. O autor sugere que estudos longitudinais sejam realizados no sentido de determinar se a obrigação filial influencia a afeição ou se a afeição é prenúncio de obrigação.

Um estudo realizado por MERCIER ¹⁰ que pesquisou a influência da distância geográfica entre pais e filhos, quando filhos e filhas moram longe dos pais, são as filhas que tradicionalmente mantêm contato com o sistema familiar através de cartas visitas e telefonemas. São também as filhas que assumem o papel de cuidadoras, quando isso se faz necessário. Diferenças entre as interações dos filhos e filhas com os pais se tornam menor acentuadas quando ambos vivem perto deles. No entanto o filho, quando mora perto dos pais, geralmente se torna cuidador à revelia, isto é, por falta de opção. É interessante observar que na quase totalidade das pesquisas mencionadas, a convivência dos idosos é muito mais acentuada com filhos ou parentes do sexo feminino, que são aqueles que tradicionalmente mantêm contatos com o sistema familiar.

O familiar com que o idoso passa a conviver geralmente se encontra na meia- idade ou até mesmo na velhice – fase em que novos papéis familiares lhe são atribuídos, como por exemplo, a responsabilidade de ser filho de pais idosos, tendo de tomar decisões por eles à medida que envelhecem, ocorrendo então uma inversão na relação de autoridade. Muitas vezes esse convívio se torna um desafio para o familiar, quando associado a questões tais como limitações funcionais, estado afetivo e tipo de doença do idoso. Um dos grandes problemas existe exatamente em proporcionar cuidados, afeto e proteção a um ser que pode se tornar cada vez mais dependente.

De acordo com CANTOR ¹¹, o papel da família continua sendo muito importante para a pesquisa gerontológica, muito embora este papel esteja mudando. É importante o papel emergente de cuidados formais com o idoso no lar, que está surgindo em países do Primeiro Mundo, substituídos os fornecidos pelos membros da família. No entanto, sugere o autor, os cuidados formais e informais não devem ser formalizados, isto é, devem manter uma interação, que possa direcionar os idosos para sua independência auto-aprimoramento, ao mesmo tempo assegurando uma assistência concreta quando se fizer necessária. A família continuará a desempenhar um importante papel, mas muitas de suas funções atuais podem ser divididas com a comunidade. Portanto estes sistemas devem ser suportes mútuos trabalhando cooperativamente e em sintonia para prover cuidados físicos ou sociais nessa fase da vida.

No entanto, é bom lembrar tende a ignorar a independência e competência do idoso. O comportamento dependente é esperado e estimulado sugerindo uma percepção segundo a qual o idoso é naturalmente incompetente. É difícil determinar até onde vai a obrigação filial, pois mesmo sabendo que a cultura tem muita influência, não podemos esquecer a importância das diferenças individuais.

Anexo C - Questionário após a intervenção e a oficina

- 1) O que você considera que seja uma casa de longa permanência?
- 2) Qual a razão de existir uma casa asilar?
- 3) Quais as possíveis causas que podem levar ao ser humano a ser institucionalizado?
- 4) De quem é a responsabilidade social dos idosos abrigados em casas de longa permanência?
- 5) Quais as políticas públicas de amparo a casas asilares que você conhece?
- 6) De que forma o fisioterapeuta pode integrar-se e agir no ambiente asilar?
- 7) Como você percebe o engajamento do fisioterapeuta nas redes de amparo a casa asilar.
- 8) Dentre o trabalho realizado nesse semestre, qual o motivou mais a fazer parte de uma rede de apoio social no trabalho com idosos institucionalizados?

ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de Mestrado em Educação intitulada: “Intervenções educacionais e seus significados com acadêmicos de Fisioterapia em casa de longa permanência”, a qual pretende verificar e analisar o processo de ensino-aprendizado do aluno construído no curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo frente a intervenções em instituições de longa permanência, tendo por autor da pesquisa o professor Anderson V. Cattelan.

O presente estudo pretende analisar como é a percepção (imaginário histórico) do aluno de Fisioterapia na sua atuação prática em ambiente asilar e através de intervenções pedagógicas de ensino provocadas pelo professor-pesquisador, analisar uma nova linguagem e uma nova forma de abordagem de atuação da fisioterapia frente à complexidade asilar.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente livre e você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou repreensão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição caso não queira participar da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Os benefícios oriundos da pesquisa repercutirão na formação profissional do fisioterapeuta substituindo uma visão restrita de atendimento de reabilitação para uma visão crítico-humanista e transformadora com enfoque problematizador das responsabilidades sociais.

Para a realização dessa pesquisa você responderá a questões pertinentes sobre o processo de asilamento de idosos e a atuação da fisioterapia nesse ambiente. O questionário será aplicado em dois momentos antes e após as visitas orientadas em uma casa asilar da cidade de Passo Fundo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e os seus dados não serão divulgados de modo que permitam a sua identificação.

Qualquer dúvida que você tenha durante a realização desse trabalho poderá ser respondida pelo professor responsável pela pesquisa através do telefone: 54-35841568 ou celular: 9155-1914, ou ainda buscar qualquer informação junto ao Comitê de Ética da UPF pelo número: 3316-8370.

Nos termos e considerando-me livre e esclarecido consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando ao autor do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante

Assinatura do participante

Assinatura do responsável da pesquisa

Obs: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do CNS, foi enviado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com o pesquisador responsável.