

Amanda Guiduci Marcial

**FISIOTERAPIA GERIÁTRICA DOMICILIAR E AS
INTERAÇÕES COM O LAZER**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional - UFMG

2013

Amanda Guiduci Marcial

FISIOTERAPIA GERIÁTRICA DOMICILIAR E AS INTERAÇÕES COM O LAZER

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Estudos do Lazer da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Lazer.

Área de concentração: Lazer, Cultura e Educação

Linha de Pesquisa: Lazer, Cidade e Grupos Sociais

Orientadora: Professora Luciana Karine de Souza
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional - UFMG

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação em Estudos do Lazer
Área Interdisciplinar

Dissertação *Lazer e fisioterapia: interações nos processos de avaliação funcional e de orientações a idosos em atendimento domiciliar* de autoria da mestranda Amanda Guiducci Marcial defendida e aprovada em 28 de fevereiro de 2013, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e submetida à banca examinadora composta pelos professores:

Prof. Dr. Luciana Karine de Souza (Orientadora)
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Hélder Ferreira Isayama
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Rodrigo de Souza Balk
Centro de Ciências da Saúde de Uruguaiana
Universidade Federal do Pampa

DEDICATÓRIA

A José Guiduci que inspirou os primeiros passos na profissão e permanece me inspirando sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar presente em minha vida.

A Edilce Maria Guiduci pelo amor incondicional e os belos exemplos de superação.

Aos meus irmãos Rodrigo e Patrick, às minhas sobrinhas Maria Luisa, Isabela, Marina, Maria Clara, à minha cunhada Jeane e à Valéria T. M. de Almeida por darem um sentido maior ao lazer na casa da vovó Dудuce.

Ao meu Requim por estar presente em minha vida, com amor e companheirismo.

Aos amigos Camila, Janaína, Fabrício, Will e Artur por todo apoio sempre.

A Professora Luciana Karine de Souza, pela integralidade em sua orientação acadêmica, e, principalmente, por confiar em meu trabalho, acreditar nas ideias iniciais e incentivar meus estudos.

A Giselle por toda disponibilidade e ajuda.

Aos professores do mestrado, em especial, Professora Christianne Luce Gomes, Professor Helder Isayama, Professor Marcus Taborda e Professor Walter Ude pelos ensinamentos que possibilitaram ampliar meu aprendizado.

Aos colegas de mestrado por compartilhar a caminhada com importantes diálogos e lazeres.

A Cinira Veronesi por sua inestimável colaboração e apoio.

Aos fisioterapeutas pela disponibilidade e interesse em participar, bem como pela troca de experiências.

Por fim, a todos os pacientes que, direta ou indiretamente, contribuíram para minhas reflexões sobre a prática profissional em fisioterapia domiciliar com idosos.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo discutir a interação entre Lazer e Fisioterapia no contexto do atendimento a idosos em domicílio. Para tanto, foram realizados um estudo bibliográfico e entrevistas individuais semiestruturadas com fisioterapeutas. Buscou-se elementos que colaborassem no entendimento da necessidade e da importância da interação Lazer-Fisioterapia no tocante ao campo de trabalho geriátrico domiciliar, na contextualização do tratamento proposto em favor de uma prática profissional capaz de ampliar a abordagem, a avaliação, o tratamento e o alcance das técnicas aplicadas, e na geração de significados para o indivíduo em processo de reabilitação funcional. Participaram da amostra dez fisioterapeutas que atendem idosos em domicílio na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, devidamente inscritos no Conselho de Fisioterapia de Minas Gerais (CREFITO-4). A idade dos participantes variou de 25 a 34 anos. Todos cursaram graduação em Fisioterapia em instituições particulares, entre 2002 e 2011, iniciando a atividade profissional, em média, seis meses após diplomados. A análise dos dados coletados a partir das entrevistas permitiu identificar resultados que podem contribuir para o atendimento a idosos desde a relação Lazer-Fisioterapia. Os fisioterapeutas entrevistados reconheceram a importância do lazer na reinserção social do paciente idoso, mas apresentam dificuldades para a sistematização deste saber em suas práticas profissionais. Nenhum deles usa avaliação das atividades avançadas de vida diária (que incluem conteúdos do Lazer) em sua atuação profissional, embora reconheçam a existência dessa avaliação. O estudo constatou que a falta de embasamento teórico-conceitual dificultou o aprofundamento de questões relacionadas ao lazer com o paciente e/ou com os familiares/cuidadores. Logo, o tema lazer foi tratado com superficialidade, sem uma estreita e intrínseca relação com a funcionalidade do idoso. Outros estudos se fazem necessários no sentido de aprimorar e desenvolver novas propostas de atuação em fisioterapia. Essa demanda exige implementar mudanças para a aquisição de competências para a prática fisioterapêutica com idosos em domicílio. O presente estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas em fisioterapia que tratem de questões relacionadas ao atendimento de idosos em domicílio e a interação com o lazer, tendo em vista a escassa produção teórica específica a respeito de um tema que se mostra bastante relevante para o tratamento fisioterapêutico no sentido de melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida do paciente idoso.

Palavras-chave: Lazer. Fisioterapia. Idosos. Atendimento domiciliar. Avaliação.

ABSTRACT

The objective of this research is to discuss the interaction Leisure-Physical Therapy in the realm of home care service to elderly citizens. In order to pursue that aim, a literary review study and semi-structured individual interviews with physical therapists were conducted. It was argued that there is a need to acknowledge: 1) the relevance of Leisure-Physical Therapy interaction towards home care service to the elderly, 2) the attention to context specific aspects related to the service provided in favor of a professional practice that may broaden approach, evaluation, treatment, and scope of the techniques used, and 3) the generation of new experiences to the patient/client under functional rehabilitation. Ten physical therapists working with private home care for the elderly in the city of Belo Horizonte, Brazil, registered on the regional board of physical therapists, participated on the study. Age range was from 25 to 34 years-old, and participants got their physical therapy major degree in private universities somewhere between the years of 2002 and 2011, and starting to work as a professional approximately six months after graduation. Data analysis generated results that may contribute to service directed to the elderly by Leisure-Physical Therapy interaction. The physical therapists interviewed recognized how important leisure is to the social re-connection of the elderly patients/clients, but had difficulties in providing systematic or organized knowledge that supports the service. None of them claims to evaluate daily life advanced activities (that include Leisure contents) in their practice, although recognize that this type of evaluation exists. This study found that the lack of theoretical-conceptual framework for the physical therapists about their own practices made it difficult to deepen the Leisure aspects related to the patient/client and his/her family members/caretakers. Thus the participants treated Leisure as something superficial, narrowing it down to an intrinsic relation with the functionality of the elderly. Future studies are a must in order to develop and enhance new Physical Therapy practices. This demands implementing change towards competence acquisition for physical therapy dedicated to treat elderly patients at home. This study highlights the need for more research in the field of Physical Therapy, which deal with home care services to the elderly and its interaction with Leisure, considering the scarce theoretical background about such an area that is very relevant to physical therapy treatments in the sense of enhancing functional abilities and life quality of elderly patients/clients.

Keywords: Leisure. Physical therapy. Elderly. Home care. Evaluation.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	O que o fisioterapeuta entende por capacidade funcional	65
TABELA 2	Como o fisioterapeuta avalia a capacidade funcional do idoso	66
TABELA 3	Conhecimento do fisioterapeuta a respeito de protocolos de avaliação de ABVD e/ou AIVD	67
TABELA 4	Forma como o fisioterapeuta teve acesso aos protocolos de avaliação de ABVD e/ou AIVD	67
TABELA 5	Uso de protocolos de avaliação de ABVD e/ou AIVD na prática fisioterapêutica	68
TABELA 6	Como o fisioterapeuta avalia AAVD	69
TABELA 7	O entendimento do fisioterapeuta sobre lazer	70
TABELA 8	Percepção do fisioterapeuta sobre a importância do lazer na reinserção social do idoso	71
TABELA 9	Orientações fisioterapêuticas para o lazer	72
TABELA 10	Questionamentos do fisioterapeuta sobre a participação dos familiares no lazer do idoso	73
TABELA 11	O que o fisioterapeuta entende por envelhecimento	74
TABELA 12	Relação entre envelhecimento e a prática profissional	75
TABELA 13	O que o fisioterapeuta entende por abordagem biopsicossocial	76
TABELA 14	Estratégias fisioterapêuticas para a promoção de saúde a idosos	77
TABELA 15	Outros comentários	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades de Vida Diária
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNHAH	Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar
PNH	Programa Nacional de Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RNHF	Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Problema de pesquisa: o papel da fisioterapia na reinserção social do idoso em tratamento domiciliar através do incentivo à vivência/experiência de lazer.....	21
1.2 Relevância do tema: para que pesquisar se a fisioterapia incentiva vivências/experiências de lazer do idoso em tratamento domiciliar.....	22
1.3 Justificativa da pesquisa	22
1.4 Perguntas da presente pesquisa: o problema da ausência do tema lazer na fisioterapia.....	23
1.5 Objetivos da pesquisa.....	23
1.5.1 Objetivo geral.....	23
1.5.2 Objetivo específico.....	24
1.6 Considerações sobre envelhecimento.....	24
1.6.1 Envelhecimento e qualidade de vida.....	31

1.7 Sobre a fisioterapia.....	34
1.7.1 Breve histórico	35
1.7.2 Diretrizes curriculares e formação do profissional.....	36
1.7.3 Atuação profissional.....	37
1.7.4 Atendimento domiciliar.....	39
1.7.5 Humanização em Fisioterapia.....	42
1.7.6 Avaliação fisioterapêutica do paciente idoso.....	45
1.8 Sobre o lazer.....	52
1.8.1 Lazer: concepções.....	52
1.8.2 Lazer, fisioterapia, cidade e grupos sociais	55
2 MÉTODO.....	61
2.1 Participantes.....	61
2.2 Instrumentos	62
2.3 Procedimentos de coleta de dados	62
2.4 Procedimentos de análise dos dados	63
3 RESULTADOS.....	64
3.1 Resultados relacionados ao perfil dos participantes.....	64
3.2 Resultados para o entendimento de capacidade funcional	65
3.3 Resultados relacionados a avaliação da capacidade funcional do idoso.....	66
3.4 Resultados relacionados ao conhecimento de protocolos para avaliar ABVD e AIVD.....	67
3.5 Resultados relacionados à forma de acesso aos protocolos para avaliar ABVD e AIVD.....	67
3.6 Resultados relacionados a como avaliam ABVD e AIVD.....	68
3.7 Resultados relacionados a avaliação das atividades avançadas de vida diária	68

3.8	Resultados para o entendimento sobre lazer.....	69
3.9	Resultados para a percepção sobre a importância do lazer na reinserção social do idoso.....	71
3.10	Resultados para a resposta sobre as orientações fisioterapêuticas para o lazer de idosos	72
3.11	Resultados sobre o questionamento sobre a participação dos familiares no lazer do idoso	73
3.12	Resultados para o entendimento sobre envelhecimento	74
3.13	Resultados para a relação entre envelhecimento e a prática profissional	74
3.14	Resultados para o entendimento sobre a abordagem biopsicossocial	76
3.15	Resultados para as estratégias fisioterapêuticas para a promoção de saúde de idosos	77
3.16	Resultados para o questionamento se gostaria de acrescentar algo mais	78
4	DISCUSSÃO	79
4.1	O início da atividade profissional e a capacitação do fisioterapeuta para o atendimento a idosos	80
4.2	O entendimento do profissional sobre a capacidade funcional de idosos e o conhecimento de protocolos para avaliar ABVD, AIVD E AAVD	84
4.3	O entendimento do profissional sobre o lazer, as orientações fornecidas e o questionamento da participação de familiares no lazer do idoso	84
5	CONCLUSÕES	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS.....	94

ANEXO A Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102
ANEXO B Roteiro de entrevista com o fisioterapeuta.....	103

APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória acadêmica e vivência profissional, desde 1998, com o atendimento a pacientes idosos, sempre esteve presente o interesse por uma abordagem diferenciada na Fisioterapia. A monografia apresentada para conclusão do bacharelado, intitulada “Fisioterapia e Abordagem Psicossomática”, trouxe reflexões a respeito do significado da assistência fisioterapêutica sob esta perspectiva. Essas reflexões geraram questionamentos sobre a formação acadêmica, caracteristicamente marcada pelo cunho mecanicista, bem como sobre a prática fisioterapêutica e sobre a compreensão do corpo.

A realidade institucional no contexto do serviço fisioterapêutico prestado, em diferentes setores, mostrou-se distante dos conteúdos teórico-práticos obtidos durante a graduação e das concepções a respeito da relação teoria e prática. A experiência de quatro anos no setor público, caracterizado pela pressão por volume de atendimentos, escassez de recursos, dentre outros fatores, foi enriquecida e facilitada pelos estudos realizados sobre a interdisciplinaridade entre os saberes da Fisioterapia e da Psicossomática, possibilitando propostas de intervenções focadas na qualidade do atendimento aos pacientes e na obtenção de resultados percebidos pelo paciente e constatados através das reavaliações fisioterapêuticas.

Diferentes experiências de trabalho, em diferentes setores – ambulatório (SUS), consultório (particular), clínica (particular e SUS) e domicílio (particular) – permitiram observar e vivenciar na prática as diversas formas de atuação da Fisioterapia. Estas vivências revelaram que, no atendimento domiciliar, o fisioterapeuta, bastante inserido no contexto de vida do paciente, estabelece, além da relação com o paciente, outras relações necessárias para o desenvolvimento do tratamento, como, por exemplo, com os familiares e cuidadores.

Motivada por essas questões e pela consolidação da prática profissional com idosos, busquei a formação *lato sensu* mediante Especialização em Reabilitação Geriátrica e Gerontológica, obtendo o título de Especialista pelo Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa do Envelhecimento e pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Na monografia apresentada, intitulada “Abordagem Biopsicossocial em Fisioterapia Geriátrica: uma proposta interdisciplinar” propunha a interação entre Fisioterapia Geriátrica e Turismo de Saúde com o intuito de repensar o papel social da Fisioterapia, preventivo e/ou interventivo, considerando o impacto do tratamento na vida do paciente, de forma individual e coletiva.

O eixo norteador de minha concepção sobre a prática fisioterapêutica nos trabalhos de conclusão dos cursos de graduação e de especialização indica uma preocupação com o papel social da profissão e com a prática interdisciplinar – isto é, com outros saberes, outras disciplinas – como proposta de atuação profissional. Essas reflexões e elaborações teóricas são fruto das observações sobre o universo do paciente, sobre os resultados obtidos no processo de reabilitação em domicílio e sobre as especificidades e peculiaridades que orientam e que determinam as intervenções fisioterapêuticas em minha prática cotidiana.

Esta prática profissional vem, desde a especialização, sendo dedicada exclusivamente ao setor domiciliar. Neste contexto, a prática fisioterapêutica carece, em geral, de sistematização, enquanto campo estabelecido de atuação profissional. Determinado por particularidades, o setor domiciliar carece também de referenciais científicos específicos sobre as práticas desenvolvidas, diferenciadas daquelas realizadas em instituições públicas e/ou privadas.

A prática fisioterapêutica domiciliar requer do profissional uma articulação de saberes. Realizada em ambiente e contexto diferenciados, sujeita a distintas interferências, particulares de cada paciente, a prática difere da realizada no consultório/clínica e/ou no hospital/instituição em função de alguns fatores: na lógica do tempo e do espaço – do tempo da terapia; do espaço não adaptado e que, num determinado tempo, se mescla com o espaço-cotidiano do paciente; a circulação nesse espaço-cotidiano; a interação com a família e com outras pessoas (cuidadores e outros prestadores de serviço); e a relação profissional-paciente, estabelecida num ambiente que não pertence ao profissional (dado que se trata da residência do paciente).

O paciente em tratamento domiciliar também traz questões diferentes das apresentadas em outros espaços de atendimento, como o uso do tempo e do espaço e as possibilidades de vivência das capacidades funcionais reabilitadas de forma individual e coletiva. Essas questões fazem repensar o papel social da Fisioterapia, despertam para o caráter humanizado do atendimento e ressaltam a preocupação com uma abordagem ampla. Esse movimento resulta na prescrição de um tratamento que promova sentido para o idoso e desperte sua sensibilidade para o envolvimento com o processo de reabilitação proposto. Ressalta-se também a importância de despertar sensibilidade nas demais pessoas envolvidas (familiares, cuidadores, etc.).

O tratamento em domicílio põe limitações à proposta de tratamento fisioterapêutico convencional. Muitas vezes é necessário criar, no domicílio, condições que assegurem qualidade ao tratamento proposto, para além da aplicação de técnica correta e assertiva.

Assim, refletindo sobre a necessidade de ampliar e contextualizar a abordagem de idosos em tratamento fisioterapêutico domiciliar e, preocupada com a prática do papel social da profissão, busco conhecimentos científicos teóricos e metodológicos para investigar questões pertinentes ao atendimento fisioterapêutico domiciliar direcionado a esse grupo social.

Todas as questões que surgiram da prática no domicílio me levaram às reflexões sobre como ampliar o alcance da proposta de tratamento, aliada ao contexto do desenvolvimento integral do ser humano, considerando sua vivência de saúde/doença e também seus aspectos sociais, históricos e culturais. Essas reflexões conduziram a uma atuação voltada para a qualidade de vida do paciente, a fim de contribuir para o seu processo de reinserção social.

Ao preocupar-me com a qualidade de vida do paciente durante o processo de reabilitação física realizada em domicílio, preoquei-me com as diferentes dimensões que constituem sua vida, entre elas a sua sociabilidade e o seu lazer. Assim, busquei aproximações entre as ciências da saúde e as ciências humanas e sociais, visualizando a possibilidade de cooperação e de uma interação com os estudos do lazer em favor da prática profissional humanizada em fisioterapia que promova a reinserção social do paciente.

Nesse sentido, creio ser relevante refletir sobre a interação entre fisioterapia e lazer, isto é, como estes saberes podem dialogar em favor da preservação, da manutenção e/ou da conquista da capacidade funcional, contribuindo para a independência e autonomia do idoso. Através da interdisciplinaridade Fisioterapia-Lazer, tenho a intenção de contribuir com a qualidade de vida do idoso que demanda o tratamento fisioterapêutico domiciliar.

1 INTRODUÇÃO

A motivação principal deste projeto de pesquisa surge da prática fisioterapêutica com idosos, voltada ao contexto do atendimento domiciliar. Neste atendimento, foi possível constatar particularidades do contexto de vida do paciente e perceber que, mesmo apresentando aptidão para o uso das capacidades funcionais reabilitadas, alguns idosos não voltavam a inserir o lazer em suas vidas.

Além disso, visto que o fisioterapeuta dispõe de instrumentos de avaliação de capacidades funcionais que podem ser utilizados para identificar a relação do paciente com o lazer, acredita-se no importante papel do profissional de fisioterapia sobre estas questões. Sobretudo, porque ao orientá-lo, no contexto do processo de reabilitação, busca-se motivar o idoso a vivenciar/experienciar o lazer em sua rotina diária, ampliando o alcance do processo de reabilitação. Essas orientações ao lazer mostram a importância do papel social da fisioterapia no incentivo à reinserção social do idoso.

Para realizar a avaliação das capacidades funcionais, o fisioterapeuta deve utilizar as escalas que avaliam as atividades de vida diária: as atividades básicas, as atividades intermediárias ou instrumentais, como também as escalas que avaliam as atividades avançadas, além de outros instrumentos que permitam conhecer melhor o paciente em tratamento fisioterapêutico, aproximando o profissional das questões relacionadas à saúde e à qualidade de vida do idoso. Assim, pode identificar como a reabilitação fisioterapêutica contribui para a reinserção social, através do incentivo à vivência/experiência de lazer do idoso, em suas atividades diárias. Portanto, é no contexto do atendimento a idosos em domicílio que surge o questionamento a respeito da contribuição do fisioterapeuta sobre o incentivo ao lazer.

A partir disso, perguntas se apresentam diante deste problema, a exemplo do incentivo às vivências/experiências de lazer ao idoso em tratamento fisioterapêutico domiciliar que, a princípio, traz consigo um potencial para ganhos em saúde física, em relação constante com a saúde psicológica e social. Outra pergunta que se apresenta é, considerando o atendimento domiciliar como, quase sempre, a primeira possibilidade de atuação profissional em fisioterapia e o lazer como prática possível que perpassa o movimento/tempo/cotidiano do paciente idoso, o tema atuação domiciliar e lazer compõem o currículo dos cursos de graduação em Fisioterapia?

Ademais, considerando a interdisciplinaridade pertinente ao campo do lazer e da fisioterapia, questiona-se: Há na literatura científica a discussão sobre a interdisciplinaridade entre lazer e fisioterapia? E também, em fisioterapia, considerando a avaliação das capacidades funcionais, há preocupação em incluir as atividades avançada de vida diária?

Outra questão que se apresenta é se familiares, cuidadores e profissionais de saúde (em especial, o fisioterapeuta) percebem e respeitam as vontades do paciente em relação ao lazer que, através das AAVD's (atividades avançadas de vida diária), está presente no conjunto de dimensões avaliadas pelo fisioterapeuta na atenção à capacidade funcional do idoso. Estas pessoas significativas para o idoso garantem o seu envolvimento ativo e colaboram para a realização do lazer que o interessa?

O presente trabalho se fundamenta nas questões relacionadas ao tratamento fisioterapêutico domiciliar com idosos, partindo do princípio de que deve colaborar com a (re)conquista da funcionalidade para realizar as atividades de vida diária, as básicas, as instrumentais e as avançadas, mas também deve propor um processo de reabilitação que possibilite a reinserção do paciente idoso no contexto social, reforçando sua autonomia, promovendo saúde com qualidade de vida. Assim, esse estudo propõe investigar se os fisioterapeutas que atendem em domicílio, utilizam instrumentos para avaliar as capacidades funcionais do paciente idoso e se, quando avaliam, incluem as atividades avançadas de vida diária (AAVD) e fazem relação entre o lazer e o instrumento de AAVD na prática profissional.

Essas reflexões apontam para a necessidade de interação fisioterapia-lazer, constatada, efetivamente, no cotidiano da prática profissional da fisioterapia geriátrica domiciliar. Espera-se que a análise de tais questões possa contribuir para compreender o distanciamento teórico e prático entre estas duas áreas que se dedicam ao indivíduo e que são perpassadas pela vivência do tempo, no espaço, através do movimento humano.

Busca-se discutir sobre a atuação do fisioterapeuta na elaboração da proposta de tratamento domiciliar e na interação com o lazer. Esse diálogo é primordial para a atuação neste contexto de atendimento, que se caracteriza pela inserção do profissional no domicílio do paciente. Almeja-se, pois, compreender a importância da interação desses saberes, fisioterapia e lazer, para a consolidação do papel social da reabilitação física/funcional domiciliar com idosos. Logo, é necessário fundamentar a importância dessa interação para as vivências/experiências das capacidades funcionais reabilitadas através de referenciais teórico-conceituais e/ou empíricos sobre lazer, fisioterapia, envelhecimento, tratamento domiciliar e avaliação das capacidades funcionais.

1.1 Problema de pesquisa: o papel da fisioterapia na reinserção social do idoso em tratamento domiciliar através do incentivo à vivência/experiência de lazer.

Observa-se, no atendimento realizado em domicílio, que a fisioterapia não amplia o alcance de sua prática profissional. Ainda vinculada ao modelo biomédico vigente, não se observa no conjunto de ações do fisioterapeuta a preocupação com a reinserção social do paciente idoso. É clara a demanda de uma proposta de tratamento que contemple o ganho ou a manutenção das capacidades funcionais, considerando o contexto de vida no qual o idoso está inserido. Pouco se percebe, na prática profissional da fisioterapia domiciliar, a preocupação em integrar diferentes procedimentos ao conjunto de ações pertinentes ao tratamento proposto. Acredita ser necessária uma postura profissional preocupada com o desenvolvimento motor e o desempenho das capacidades funcionais para propiciar o desenvolvimento integral do ser humano, considerando seu contexto social, histórico e cultural.

Neste sentido, busca-se promover uma reflexão sobre a interação entre a fisioterapia e o lazer. A proposta é agregar outros saberes à prática fisioterapêutica a fim de proporcionar a adequação e a ampliação do processo de abordagem, avaliação e de orientação, com o objetivo de contribuir para o processo de reinserção social do idoso em tratamento domiciliar. Para este estudo, o incentivo ao lazer é visto como um importante elemento motivador à reinserção social do paciente idoso.

Tal proposta surge da constatação do pequeno número de estudos específicos produzidos; da crescente demanda do tratamento domiciliar, bastante conveniente a esse grupo social e seus familiares, do relato de pacientes que passaram por tratamentos anteriores e apresentaram queixas em relação à conduta fisioterapêutica que pouco contribuía para a reinserção social e para o processo de melhoria da qualidade de vida. Se o envelhecer não é estático e está em constante construção, corpo-movimento, acredita-se que o diálogo entre o lazer e a fisioterapia possa contribuir para contextualizar o tratamento proposto, ampliando as práticas de saúde e, também, de cidadania, além de cooperar em favor de uma prática profissional em fisioterapia que cumpra também o seu papel social, ampliando o alcance das técnicas aplicadas, estabelecendo significados para o indivíduo, muitas vezes, portador de patologias crônicas.

1.2 Relevância do tema: para que pesquisar se a fisioterapia incentiva vivências/experiências de lazer do idoso em tratamento domiciliar.

Pode-se apontar a relevância desta pesquisa mediante seu potencial em termos de relevância científica e relevância social. Em termos de relevância social, pretende-se refletir sobre o papel profissional da fisioterapia na sociedade e sobre a sua responsabilidade na prevenção, na promoção de saúde e na qualidade de vida do idoso em tratamento fisioterapêutico domiciliar. Em termos de relevância científica, busca-se apontar a importância da interdisciplinaridade entre a fisioterapia geriátrica domiciliar e o lazer no incentivo a reinserção social e no desenvolvimento e/ou manutenção das capacidades funcionais do idoso.

1.3 Justificativa da pesquisa

A seguir, pode-se justificar a importância dessa pesquisa, através da: 1) Reflexão sobre a interdisciplinaridade entre fisioterapia e lazer; 2) Escassez de produção científica sobre a interdisciplinaridade entre fisioterapia e lazer; 4) Escassez de produção científica sobre fisioterapia domiciliar com idosos e lazer; 5) Escassez de investigações sobre o impacto do lazer na qualidade de vida e na capacidade funcional do idoso; 6) Promoção de redes de contato sociais mediante o incentivo ao idoso às vivências/experiências de lazer; 7) Reflexão sobre o papel da profissão do fisioterapeuta na sociedade, ultrapassando o tecnicismo arraigado em sua prática e dedicando atenção à reinserção social do paciente idoso; 8) Prevenção, promoção de saúde e de qualidade de vida ao idoso em tratamento fisioterapêutico, auxiliando-o na conscientização da relação entre os aspectos reabilitados e a retomada da vida diária, em especial, seu lazer; 9) Reflexão sobre a oferta de recursos para as vivências/experiências do lazer, auxiliando a reinserção social do idoso; 10) Consideração de que o paciente geriátrico, como integrante de grupo social vulnerável (dado o atraso da sociedade em reconhecer os direitos do idoso e valorizá-lo como cidadão) e tendo passado por tratamento de saúde, necessita que familiares, cuidadores e profissionais de saúde (em especial, o fisioterapeuta) percebam e respeitem suas vontades com relação ao lazer, colaborando para a sua realização e envolvimento; 11) Importância do fortalecimento dos laços entre os idosos e a cidade, através das vivências/experiências de lazer.

1.4 Perguntas da presente pesquisa: o problema da ausência do tema lazer na fisioterapia.

Na busca de desenvolver embasamento teórico-conceitual que sustente uma proposta de tratamento condizente com a realidade e a demanda do indivíduo que envelhece, espera-se refletir sobre a interação entre fisioterapia geriátrica e lazer, no contexto do atendimento domiciliar.

Assim, são traçadas as seguintes perguntas de pesquisa:

- Qual o papel da fisioterapia na reinserção social do idoso em tratamento domiciliar?
- Quais seriam as causas da ausência ao incentivo às vivências/experiências de lazer de idosos em tratamento fisioterapêutico domiciliar?
- Considerando o atendimento domiciliar como, quase sempre, a primeira possibilidade de atuação profissional em fisioterapia e o lazer como prática possível que perpassa o movimento/tempo/cotidiano do paciente idoso, por que a ausência do tema atuação domiciliar e lazer na composição curricular dos cursos de graduação de Fisioterapia?
- Por que é rara na literatura científica a discussão sobre a interdisciplinaridade entre fisioterapia e lazer?
- Considerando a avaliação das capacidades funcionais, porque é rara na literatura científica em fisioterapia a inclusão das atividades avançada de vida diária na avaliação das capacidades funcionais do idoso?
- As pessoas significativas para o idoso garantem o seu envolvimento ativo e colaboram para a realização do lazer que o interessa?
- Pode-se denunciar a falta de contextualização do tratamento fisioterapêutico domiciliar pela não preocupação em avaliar as AAVDs?
- Há contribuição do lazer na qualidade de vida do idoso?

1.5 Objetivos da pesquisa

1.5.1 Objetivo geral

Investigar as interações entre a fisioterapia geriátrica domiciliar e o lazer.

1.5.2 Objetivo específico

Investigar se os fisioterapeutas utilizam protocolos de avaliação das atividades de vida diária (ABVD, AIVD e AAVD) para avaliar as capacidades funcionais e se fazem relação das AAVD's com o lazer e a funcionalidade do idoso.

1.6 Considerações sobre envelhecimento

O envelhecimento é um tema tratado com preconceitos e, como aponta Lopes (2007, p.143) “a imagem da velhice apontada nas pesquisas ainda está predominantemente ligada a atributos negativos, em todas as faixas etárias pesquisadas”. Para Lopes,

os significados culturais que se somam às terminologias induzem uma representação social e a uma imagem que reduzem os mais idosos a uma situação de fragilidade e, conseqüentemente, de dependência. É essencial romper com essa visão cultural de um destino a ser cumprido na vivência da velhice. (LOPES, 2007, p.144).

Além disso, no âmbito do trabalho com idosos é necessário ter clareza a respeito das dimensões do envelhecimento e o que representa para cada indivíduo.

Os idosos, mesmo apresentando uma boa saúde e uma boa capacidade funcional, à medida que envelhecem, são acometidos por uma variedade de doenças crônicas que predisõem a conseqüências disfuncionais, comum a esse grupo populacional. No entanto, como bem pontua Driusso e Oishi (2007, p.4) embora o aumento na expectativa de vida tenha elevado a ocorrência de doenças crônicas e limitações funcionais, “preliminarmente, temos que nos lembrar de que velhice não significa doença, pois é possível envelhecer sem doenças, tornando-se mais ativos”. Nesse sentido, Neri e Fortes destacam as diferentes dimensões (físicas, psicológicas e sociais) que participam da construção singular da velhice, onde

os eventos de vida são importantes fontes de influência para o desenvolvimento humano durante todo o curso de vida, orientando a personalidade ao enfrentamento de desafios ao seu ajustamento biológico, social e psicológico e, com isso, promovendo o seu desenvolvimento (NERI; FORTES, 2004, p.51).

Portanto, cabe destacar as questões relacionadas à subjetividade no processo de envelhecimento, alterando significativamente a maneira como cada indivíduo percorre este processo, no decorrer da vida, a maneira como interage com a presença de limitações físicas, psicológicas e sociais.

Nessa mesma direção, Fleck aponta que

envelhecer satisfatoriamente depende, assim, do delicado equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades/potencialidades do indivíduo. Tal relação irá possibilitar ao idoso lidar, com diferentes graus de sucesso, com as perdas características do envelhecimento (FLECK, 2008, p.221).

Dessa forma, cada indivíduo enfrenta à sua maneira e com os recursos que dispõe o envelhecimento natural no curso de vida.

Segundo Komatsu (2003, p.73) “podemos tratar como senescência o envelhecimento natural, ou fisiológico, e, como senilidade, o envelhecimento com doença(s), ou patológico, mas, por vezes são tênues as divisas entre a fisiologia e a patologia do envelhecimento”. Citando autores como Hershey (1984) e Busse (1969), Spirduso (2005) coloca que o processo de envelhecer refere-se a sintomas clínicos e inclui os efeitos do ambiente e das doenças diferenciando-se dos processos de envelhecimento, que se referem às alterações universais, próprias da idade. O que se pode perceber nestas definições é que os autores usam nomenclaturas diferentes para conceituações semelhantes sobre o envelhecimento. Senescência é sinônimo de processos de envelhecimento e, esses processos, podem sofrer os efeitos das influências ambientais aumentando a vulnerabilidade à doenças, predispondo à senilidade, acelerando o processo de envelhecer.

Driusso e Oishi (2007), assim como Camarano (1999), apontam que o envelhecimento está associado a um declínio das funções orgânicas, das capacidades físicas que têm relação com funções psicológicas e comportamentais e que estão também relacionados às condições socioculturais. Já Komatsu (2003, p.06) aponta que “muito embora seja difícil delinear conceitos universalmente aceitáveis, o envelhecimento pode ser considerado segundo as dimensões biológicas, populacionais e psicológicas”. Dessa forma, Driusso e Oishi (2007), Camarano (1999) e Komatsu (2003) sugerem que o envelhecimento é um fenômeno complexo, de natureza biopsicossocial. Camarano (1999, p. 5) aponta que “o grupo social “idoso”, mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com idades avançadas, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas”. Essa visão parte da premissa de que não há um perfil de “idoso único”, mas sim de uma sociedade que envelhece, com base em suas características culturais.

Além de sofrer interferências das características culturais, outros fatores também interferem nos processos individuais de envelhecimento. Apontando as condições socioeconômicas e as condições de gênero, Belsky (2010) corrobora Camarano (1999) e Spirduso (2005) sobre a predominância da população feminina entre os idosos em todo o

mundo, sendo mais evidente nos países desenvolvidos. Para Camarano (1999, p. 79) “a idade não é um fator que homogeneíza as condições entre idosos”. Todas as interferências das diferenças genéticas somadas às interferências sociais, culturais e econômicas são determinantes nos processos de envelhecimento. Contudo, alguns temas são universais para o grupo social idoso, como o enfrentamento de questões relacionadas à saúde física (doenças crônicas, demências), à saúde psicológica (depressão) e ao social (aposentadoria, família, viuvez). Neste projeto de pesquisa tem-se a intenção de apresentar brevemente essas questões, destacando-as no contexto brasileiro. Para Dias,

os idosos brasileiros envelhecem em condições heterogêneas de funcionalidade, controle de doenças e agravos, acessibilidade aos serviços de saúde, características da rede de suporte social, estilo de vida e contexto psicossocial, tendo por resultado, por um lado, pessoas idosas com total autonomia, ainda contribuintes com o desenvolvimento do contexto socioeconômico e, preservando seus papéis sociais. Por outro lado, existem pessoas em condições de total dependência para o exercício de suas atividades cotidianas e com perda de autonomia (DIAS, 2009, p.13).

Isso diz da relação dos diversos fatores que coexistem com os agravos à saúde ou as enfermidades de determinado grupo social, logo pode dizer sobre o perfil epidemiológico do idoso brasileiro.

Sobre estas questões, Camarano (1999) aponta que o perfil epidemiológico do idoso no Brasil é bastante diferenciado daquele das faixas etárias mais jovens, apresentando maior peso as doenças crônico-degenerativas, as insuficiências cardíaca e respiratória, bem como o AVC (acidente vascular cerebral) e a demência de Alzheimer. Para Papaléo Netto (1996, p.11) “diferentemente das pessoas mais jovens, nos idosos, portadores de doenças, que frequentemente são múltiplas, somam-se os efeitos das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento normal e os decorrentes de modificações funcionais produzidas pela presença de doenças concomitantes”. Chiarello (2007) ressalta as desordens reumatológicas que, segundo a autora, afeta cerca de 80% da população idosa, contribuindo para a dependência física e, conseqüentemente para a redução da qualidade de vida desse grupo social. Nesses casos, como agravante, as doenças concomitantes, geralmente, vêm acompanhadas de dor e, autores como Rebelatto e Morelli (2004), lembram que o idoso que apresenta relato de dor, quase sempre é portador de complicações que incluem depressão, fadiga, perturbação do sono, dificuldade de deambulação, descontrole esfintérico, reabilitação comprometida, uso de muitos medicamentos e diminuição da socialização, podendo potencializar desequilíbrios na saúde psicológica do idoso, corroborando Carneiro e Falcone (2004) que relacionam uma variedade de transtornos psicológicos às deficiências em interagir socialmente.

Para Pereira *et al.* (2009, p.47) “as doenças crônicas representam a principal causa de incapacidades, a maior razão para a demanda por serviços de saúde e respondem por grande parte dos gastos do setor de saúde”. Assim, tendo em vista a expectativa para o aumento da população idosa no Brasil, há que se considerar os novos desafios que se apresentam. Entre esses desafios destacam-se a importância do trabalho preventivo e educacional em saúde para esse grupo social. O controle de patologias crônicas, principalmente as que afetam a saúde física do idoso, podem incentivar a sua reinserção social, afastando quadros de transtornos psicológicos.

Dentre os transtornos psicológicos, destaca-se a depressão. Segundo Rosa *et al.* (2003), o estado de viuvez, a solidão, a hospitalização e a exclusão de atividades sociais também podem influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso, em relação às dimensões físicas, psicológicas e sociais, podendo agravar ou desencadear quadros depressivos. Fleck (2008, p. 128) expõe que “os efeitos a longo prazo dos transtornos depressivos são tão graves quanto aqueles observados em diversas condições médicas gerais”. Para este autor, os estudos recentes têm demonstrado que a depressão está associada a maior prejuízo físico e social, pior qualidade de vida, maior absenteísmo, menos dias livres de dor, maior custo de tratamento e pior percepção do estado de saúde, quando comparada à outras doenças físicas crônicas.

Dessa forma, destaca-se que o enfrentamento das questões relacionadas aos idosos deve perpassar a sua saúde física, a sua saúde psicológica e o seu social. O declínio das condições físicas e das condições cognitivas não ocorre somente através da relação com a idade cronológica, mas sim através da relação do indivíduo que envelhece com o contexto social no qual está inserido, considerando o conceito de longevidade apresentado por Camarano (1999). Para este autor, Camarano (1999, p.20), a longevidade “é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade”.

Para Porto,

a vivência plena do envelhecimento é um processo de construção pessoal altamente influenciado pela convivência familiar e comunitária em que o respeito, a consideração e a comunicação são fatores fundamentais para o alargamento, elevação e otimização das participações individuais e sociais (PORTO, 2009, p.190).

A mesma autora, Porto (2009, p.193), destaca que “quanto mais saudáveis forem as relações familiares, mais felizes e ajustados socialmente será o idoso”. No processo de envelhecer, a interação com diferentes gerações da família pode auxiliar no suporte dado ao

idoso e contribuir para o seu processo de adaptabilidade social, frente as mudanças enfrentadas.

Rodrigues e Rauth (2002, p. 108) destacam que “hoje, devido aos inúmeros estilos de vida, é difícil definir a família, mas ela continua a ser núcleo primário, promotor do suporte emocional, social e psicológico inevitável e indispensável às crianças, aos adultos e aos idosos”. Sobre o suporte ao idoso, outro autor, Deps, destaca que

o desempenho de atividades e o suporte social podem contribuir para reforçar o sentimento de valor pessoal. Consequentemente, reforçam o autoconceito e o sentimento de autoeficácia, facilitando o manejo das situações estressantes com as quais o idoso se depara em decorrência do declínio de suas forças físicas e de suas perdas pessoais e financeiras (DEPS, 2003, p.64).

Dentre essas situações estressantes enfrentadas pelo idoso, considerando o viés social do envelhecimento, cabe destacar questões relacionadas à aposentadoria.

Conforme França e Soares (2009, p.749), por ser uma temática ainda nova, a aposentadoria é acompanhada de contradições, que pode ser observada tanto naqueles que estão na transição quanto nos vários segmentos da sociedade. França e Vaughan argumentam que

o conceito de aposentadoria vem se modificando e diversos países já se deram conta da importância de reter seus trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, e isto também deve ser observado no Brasil. A longevidade é uma realidade e o maior desafio para as organizações será manter os trabalhadores mais velhos atualizados, e ao mesmo tempo promover a preparação para a aposentadoria para os que desejam ou precisam sair do mercado de trabalho (FRANCA; VAUGHAN, 2008, p.215).

Os autores, França e Vaughan (2008), destacam que a aposentadoria é uma transição que pode trazer perdas e ganhos, dependendo do contexto socioeconômico, político e cultural do país. Importante ressaltar a longevidade como uma realidade e a preocupação com a preparação para a aposentadoria do mercado de trabalho.

Rodrigues e Rauth (2002, p. 110) alertam que “envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver constitui-se em grande desafio para os indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida”. A aposentadoria apresenta-se com um dos desafios a serem vencidos relacionados ao envelhecimento populacional e que, segundo França e Soares (2009, p. 749) “sua preparação deverá estar pautada na construção de um projeto de vida em uma nova fase, auxiliando a pessoa a se apropriar de seus desejos, motivações e reais possibilidades na busca de ser feliz”. O que se espera, conforme apresentado por Belsky (2010, p.439), é que, considerando-a como “uma etapa socialmente

construída” a aposentadoria possa se consolidar como um ganho social, não significando fase de isolamento e de menos valia, contribuindo para desenvolvimento de fragilidade física.

Considerando que muitas famílias usufruem da aposentadoria conquistada pelo idoso, Alves (2007, p.128) destaca que “oitenta e oito por cento contribuem para a renda familiar”. Curiosamente, a autora revela que o poder na família, ou seja, a importância que a opinião do idoso tem para os membros de sua família, parece se restringir com a idade. Para Alves (2007, p.128), “há uma dicotomia entre, de um lado, a chefia material e, de outro, a subordinação da opinião, dado relevante a ser comentado, pois levanta aspectos interessantes das dinâmicas intergeracionais nas famílias e relativos ao lugar dos idosos na vida social”. Assim, questões relacionadas ao envelhecimento são relevantes para o idoso, bem como para todos os membros da família e da sociedade.

O estudo realizado por Camarano (1999, p.173), sobre o processo de acumulação e desacumulação de riqueza financeira ao longo do ciclo da vida, com ênfase à demanda de ativos na terceira idade, aponta que “os mais velhos são os que mais utilizam a caderneta de poupança, e também os que possuem o maior número de contas e o maior saldo”. Visto que, principalmente no contexto brasileiro, boa parte da renda familiar e, por vezes da economia local, têm a participação de ativos financeiros de idosos é possível constatar, corroborando Camarano (1999, p.197) que “a renda destes está longe de ser considerada desprezível para suas famílias”. Logo, outras questões se destacam em relação ao envelhecimento.

Dentre essas questões, ainda no viés social do envelhecimento, outro ponto a ser considerado é a sociabilidade entre os idosos. Para Dias (2009, p.24) “as pessoas idosas, em consequência da perda de parentes e amigos, são mais vulneráveis à redução de seus grupos sociais, isolamento social e solidão”. Estudos como o de Almeida e Maia (2010) apontam o envolvimento de profissionais em pesquisas sobre a amizade na velhice e destacam a eficácia das relações amigas no combate à solidão, à depressão, entre outros. Assim, ressaltam a importância das redes de sociabilidade e conseqüentemente, as redes de amizades para o idoso. Apesar das redes de amizades terem papel preponderante na sociabilidade e na construção das identidades dos jovens, ela é também bastante crescente entre os idosos, como afirma Alves (2007). Autores como Souza e Garcia apontam que

Os amigos, ao lado dos familiares (incluindo o cônjuge), são possivelmente as figuras mais importantes da rede social do idoso. O envelhecer, contudo, provoca mudanças nas relações familiares e nas relações com amigos quanto à estrutura da rede (lembrando que o idoso tem maior probabilidade de ter perdido um maior número de familiares e amigos) e ao papel social que desempenha. (SOUZA; GARCIA, 2008, p.179)

Isso reforça, mais uma vez, a importância do envolvimento do idoso, da família e da sociedade nas questões relacionadas ao envelhecimento.

Carneiro e Falcone (2004, p. 122) destacam que “a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida”. Importante ressaltar que esses autores entendem que “a aquisição do apoio social, por sua vez, depende de competência social ou de habilidades sociocognitivas (...) que se manifesta pelas habilidades de comunicação”. Partindo desse princípio, este projeto de pesquisa entende que a questão passa a envolver habilidades de comunicação de toda a sociedade: do idoso com seus familiares, dos familiares com o idoso, do idoso com outro idoso, dos membros da sociedade com os idosos, dos idosos com outros membros da sociedade, dos membros da sociedade entre si.

Derivada dos processos sociais que interatuam com os processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento, segundo Argimon (2004, p.40), possui uma plasticidade própria. É importante entender esta plasticidade a partir do conceito de capacidade funcional, emergindo do fato de que, desde que exista controle sobre a patologia ou patologias existentes, o idoso portador de uma ou mais doença crônica não necessariamente apresentará limitação para a realização de suas atividades (FREITAS, 2004, p. 28), sendo, portanto, ainda capaz de agir sobre si e sobre o mundo. Camara, com base nos estudos de Shubert (2006) e Okuma (1997), destaca que

o conceito de capacidade funcional pode ser definido como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária (CAMARA, 2008, p.250).

Assim, partindo desse princípio, vivenciar o processo de envelhecimento e de envelhecer, sendo portador de patologias crônicas, não implicaria em uma repercussão negativa em relação à qualidade de vida do idoso, com a família e em sociedade. A compreensão desta dimensão da vida pode garantir um envolvimento maior de toda a sociedade nas questões relativas aos direitos dos idosos, entendendo conforme Bianchi (1991, p.XIV) que, “antes de tudo, envelhecer não é o “problema” específico de uma faixa etária, envelhecimento diz respeito a todas as idades”. Compreendendo que o envelhecimento é uma fase da vida que nos acompanha, desde o nascimento.

A complexidade do tratamento de idosos, em virtude de todas as modificações somatopsíquicas próprias da idade e de todas as interações que realizou em favor ou realiza para o seu desenvolvimento, requer uma compreensão maior acerca desse indivíduo e de sua história de vida. Conforme Py

essa história se constitui como um processo que articula os elos associativos dos acontecimentos da sua vida, conferindo um sentido à sua existência. A história pessoal de cada sujeito é também uma criação social e se inclui na história da humanidade (PY, 2004, p.113).

Dessa forma, amplia-se o entendimento de saúde do idoso e contextualiza-se a atuação profissional do fisioterapeuta, que vai se preocupar com o indivíduo-idoso nas três esferas da saúde: física, psicológica e social.

Logo, o tratamento de idosos sem a finalidade de cura deve contemplar ações que estimulem, no envelhecendo, as vivências sociais, históricas e culturais, significativas e/ou ressignificadas, em seu contexto de vida. Esse entendimento corrobora Py (2004, p.111) e vai na direção de que “o corpo humano, percorrendo o processo de envelhecer apresenta-se como proposta de ação sobre si mesmo e sobre o mundo, na expansão de suas capacidades”. Portanto, torna-se importante compreender o processo de envelhecer do idoso que demanda fisioterapia.

Esta compreensão pode garantir assertividade na condução do tratamento e nas orientações propostas pelo fisioterapeuta, podendo contribuir para o processo de reinserção social e/ou a manutenção da sociabilidade do idoso, uma vez que, garantindo sua saúde física através do controle da dor e de patologias crônicas, ele pode, por si só, elencar prioridades em sua vida. Não se trata, no entanto, tão somente de garantir assertividade na condução do tratamento e nas orientações propostas pelo fisioterapeuta, mas de se ater às demandas que estão presentes hoje, e as que especialmente surgirão em função da interdisciplinaridade que o cuidado com idosos exige.

1.6.1 Envelhecimento e qualidade de vida

O aumento da população idosa, frente aos ganhos relacionados à expectativa de vida, demandam novos desafios a respeito da qualidade conferida a esses ganhos. Ao longo das últimas décadas constatou-se um avanço das pesquisas destinadas a esse grupo social a respeito da qualidade de vida, em diferentes áreas científicas. Para Fleck (2008, p.218)

“presentemente, os pesquisadores reconhecem que os avanços médicos contribuíram para o aumento do período de vida da população; no entanto, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da qualidade de vida”. Considerações sobre o envelhecimento apontam nessa direção. Spidurso (2005, p.6) coloca que “discussões sobre o estender o tempo de vida estão sempre ligadas a questões de qualidade de vida”. É a relação intrínseca entre viver mais e viver bem.

Embora não haja consenso em relação à definição de qualidade de vida, como apontam Seild e Zannon (2004, p.583-586) e Fleck (2008, p.25), Venturi e Bokany (2007, p.21) frisam a importância dos aspectos subjetivos e do equilíbrio de diferentes elementos na vida do indivíduo para a compreensão do conceito de qualidade de vida, assim como também argumenta Fleck (2008) quando ressalta que a qualidade de vida depende dos muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Para Fleck (2008, p. 221) tal ideia é reforçada por outros autores como Baltes; Baltes, 1990; Backman; Mäntyla; e Herlitz, 1990, que defendem que a qualidade de vida na velhice também pode ser entendida como um processo adaptativo multidimensional, a despeito da capacidade do sujeito para lidar com diferentes demandas.

Preocupada em formular um conceito que pudesse abarcar uma definição internacional sobre qualidade de vida (QV), a Organização Mundial da Saúde (OMS) se esforçou para relacionar a manutenção da capacidade funcional à preservação da autonomia. Esforços anteriores ao da OMS para a definição de QV pendiam ou para uma conceituação mais genérica ou para uma conceituação relacionada à saúde. A primeira foi influenciada por estudos sociológicos e a segunda esteve mais associada às enfermidades ou às intervenções em saúde (Seild e Zannon, 2004, p.581).

Segundo o grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (1995) da OMS, qualidade de vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, promover saúde ao indivíduo que envelhece, respeitando sua história de vida, vai na direção da promoção da QV e permite conduzir a uma nova maneira de olhar o envelhecimento e o idoso que demanda tratamento de saúde.

Conforme observa Fleck

a introdução do conceito de qualidade de vida foi uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor

intrínseco e intuitivo. Está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é o de viver bem e de sentir-se bem (FLECK, 2008, p.26).

No que diz respeito à oferta de serviço de fisioterapia para os idosos, é necessário se ater à questão da qualidade de vida na dimensão física, mas não somente. É necessário promover a interação da dimensão física com outras dimensões da vida, promovendo a saúde física com qualidade na vida do idoso. Segundo Mazo (2008, p.26), “nesse construto da QV ela é concebida como um resultado desejado de prática de promoção de saúde entre idosos”.

Venturi e Bokany (2007, p.21) apontam como “tímidos os avanços da sociedade brasileira em relação aos temas da velhice” e Pereira *et al* ressaltam que,

embora, no Brasil, haja carência de informações que permitam avaliação, ao longo do tempo, das condições de saúde da população idosa, acredita-se que a população idosa esteja vivendo mais, como também melhor, pois os indivíduos que conseguem sobreviver em idades avançadas são selecionados por melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2009, p.45).

Contudo, Venturi e Bokany insistem na necessidade de

“aumentar o volume do debate nessa direção, com reformulações nas políticas públicas, ampliação dos serviços e equipamentos sociais disponíveis para os idosos, rediscutindo a sua relevância e o seu papel social na família, nos grupos de convívio ou em outros espaços sociais” (VENTURI; BOKANY, 2007, p.25).

Para Venturi e Bokany permitir “a transformação da velhice numa etapa da vida em que se possa efetivamente dela usufruir, com dignidade e com novas possibilidades de realização” (p.29), significando realizar as mudanças necessárias nas políticas públicas, na oferta de serviços e oferta de equipamentos específicos, possibilitando aos idosos ter novas perspectivas diante da vida.

Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98, Lima-Costa *et al* (2002, p. 820) aponta que a percepção da própria saúde, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, o fato de estar acamado e o nível funcional cognitivo são melhores indicadores de qualidade de vida em idosos do que especificamente a presença ou não de enfermidades. Assim o fisioterapeuta ao ater-se a questões relacionadas ao envelhecimento, deve se preocupar com a qualidade do serviço prestado que pode refletir na qualidade de vida do paciente idoso.

No presente texto, previamente às considerações sobre a avaliação da capacidade funcional em idosos, são traçadas considerações acerca da importância do profissional de

fisioterapia em relação à utilização da avaliação das capacidades funcionais no trabalho com o idoso. Ater-se a essas questões permite desenvolver ações que potencializem, previnam perdas ou realizem a manutenção da capacidade funcional que, para Freitas (2004, p.33), “está interligada à preservação da autonomia, objetivo da atenção ao idoso e bandeira da Organização Mundial de Saúde”, em relação às ações destinadas a esse grupo social visando melhor qualidade de vida.

Para Mazo

os estudos sobre a qualidade de vida e o idoso tem-se revelado de grande importância para uma maior compreensão do processo de envelhecimento. Esses estudos devem levar em consideração que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea e subjetiva, em que cada indivíduo pauta a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Consequentemente, a avaliação da QV do idoso deve ser multidimensional e sensível à grande diversidade dessa população. (MAZO, 2008, p.60)

Assim, em relação à Fisioterapia, torna-se imprescindível, para uma ampla avaliação geriátrica, considerar os estudos sobre a qualidade de vida do idoso brasileiro, visando uma melhor qualidade na prestação do serviço, se preocupando com a adesão do paciente ao tratamento e ao alcance de metas funcionais para a independência na realização das atividades de vida diária (básicas, instrumentais e avançadas). No que se refere ao tratamento de patologias crônicas, segundo Blascovi-Assis (2004, p.19), “cabe ao profissional, nestes casos, estabelecer metas adequadas aos indivíduos, que possam ser atingidas gradativamente e que valorizem o seu desempenho, evidenciando suas potencialidades”. Dessa forma, busca-se atender às expectativas e às demandas do paciente idoso em tratamento fisioterapêutico.

1.7 Sobre a fisioterapia

O surgimento da Fisioterapia no Brasil ocorre no final do século XIX. Contudo, somente em 1959 é criada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas que, juntamente com a criação do primeiro curso superior de Fisioterapia em São Paulo e com a regulamentação da profissão sob Decreto-Lei 938/69 de 1969, impulsionou o desenvolvimento da profissão enquanto atividade de saúde (GAVA, 2004, P.27).

1.7.1 Breve histórico

Segundo Rebelatto (1999, p.42), as primeiras definições de Fisioterapia surgiram “menos como área de estudo e mais como ramo de trabalho”, avançando frente a demanda da reabilitação. Contudo, conforme aponta Gava (2004, p.32), “avançava sem autonomia sobre os seus tratamentos, sendo estes restritos aos médicos, (...) trazendo a herança do auxiliar técnico e do profissional restrito à reabilitação”. Assim, avançava sem desenvolver, a princípio, uma observação crítica, uma reflexão, um estudo sobre sua prática.

Para Nascimento (2006, p.244), “a formação desse profissional atravessada pela medicina parece ter dificultado a autonomia e a vinculação do fisioterapeuta com a comunidade, transformando-o em um profissional auxiliar, subordinado às regras emitidas pelos médicos”. A valorização do saber sobre a técnica, traduzida como condições necessárias para a obtenção de resultados na atuação profissional, sempre presente na prática da fisioterapia, é também evidenciada nos referenciais teóricos. Como bem lembra Bienfait (1997, p.13), “tal postura é vista nos livros acadêmicos que se preocupam com cálculos de ângulos precisos, raciocínios teóricos baseados em princípios mecânicos que, na maioria das vezes, não levam a algo prático e sim, apenas constatações mecânicas”. Essa postura contribuiu significativamente para a consolidação da profissão na área da saúde, porém, os raciocínios teóricos mecânicos incipientes orientaram uma prática fragmentada.

Assim, de forma circular, as bibliografias disponíveis influenciavam o estudo da prática vinculada ao modelo biomédico. A tudo isso, se soma o desenvolvimento do aparato tecnológico e a massificação dos atendimentos e dos tratamentos de fisioterapia. Para este estudo, tais fatores evidenciam as prováveis causas do distanciamento na relação entre fisioterapeuta-paciente, agravada pelas especialidades que reforçam o ensino fragmentado da profissão.

Atualmente a Fisioterapia, em seu contexto profissional, busca preencher suas lacunas históricas e ao mesmo tempo propor a atualização de seu conteúdo, solidificado em uma base prática, fragmentada e mecanicista, sem grandes reflexões e estudos específicos sobre o ser humano e o seu corpo, em sua amplitude nas dimensões biológica, psicológica e social. Sabe-se da difícil e trabalhosa tarefa de se criar possibilidades de abertura para novos conceitos, novas proposições de abordagem e novas propostas práticas. A fisioterapia deve buscar conhecimentos que permitam orientar uma proposta de tratamento condizente com a faixa

etária e com a realidade de cada paciente, evoluindo para compreender o significado do corpo e a dimensão que o movimento tem para esse indivíduo, em seu particular e no seu social.

1.7.2 Diretrizes curriculares e formação do profissional

Em 2002, após 33 anos de profissão no Brasil com base nesse modelo biomédico, o Conselho Nacional de Educação, através da Câmara de Educação Superior, apresenta as novas diretrizes curriculares propostas para os cursos de graduação em Fisioterapia a fim de orientar a organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País. O objetivo é formar o egresso/profissional – o Fisioterapeuta – com uma visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade.

As diretrizes curriculares, através do artigo 5º, diz do papel social da fisioterapia destacando, o objetivo de dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício de suas competências e habilidades, contribuindo para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e ecológicas. Deve exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social.

O entendimento do papel social da profissão, como citam Gava (2004) e Almeida e Guimarães (2009), contribui para o desenvolvimento de uma postura ética, generalista, reflexiva, crítica, humanizada e criativa que devem estar, através da formação acadêmica, presentes na prática fisioterapêutica.

A tentativa é de balizar os cursos e conferir a eles maior qualidade, sugerindo uma formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando o profissional a atuar em todos os níveis de atenção a saúde, com base no rigor científico e intelectual. Logo, fica estabelecido que seja competência do fisioterapeuta mais que somente aplicar técnicas, respeitar a integralidade do paciente, como um ser que está no mundo e como um corpo que carrega uma identidade.

Assim, a temática de humanização na fisioterapia, inserida nas diretrizes curriculares, se dá através de uma perspectiva de atuação profissional que se preocupa em atender o sujeito/paciente e não apenas o membro/patologia. No momento, se faz necessário interpretar a sugestão de uma formação generalista, entendendo, a princípio, que é necessário abarcar

diferentes saberes e associá-los a uma postura crítica e reflexiva da prática fisioterapêutica, para além da técnica, contribui para uma formação humanizada.

Acredita-se necessário rever a prática fisioterápica e as práticas de “tratamento em massa”, de cunho tecnicista e tradicional, que aborda o indivíduo de forma fragmentada, produzindo pacientes insatisfeitos com o tratamento. Há que se considerar o impacto das ações do profissional da fisioterapia, no indivíduo e no grupo social no qual está inserido. Essas considerações orientam a uma prática mais humana, socializada e completa em sua conduta. É igualmente importante uma contínua avaliação e acompanhamento desse indivíduo, estabelecendo também uma preocupação com a forma como ele utiliza seu corpo para atuar instintiva e deliberadamente na vida. Espera-se que tal diretriz oriente a uma prática sistêmica em relação às queixas, aos sinais e aos sintomas, para os quais o indivíduo idoso busca auxílio no tratamento fisioterapêutico.

1.7.3 Atuação profissional

No transcorrer da legitimação profissional, através da Lei nº 6.316 de 17 de Dezembro de 1975, é criado o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, constituindo, em conjunto, uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho. Nessa mesma lei, nos artigos 5, 6 e 7 são estabelecidas as competências do conselho federal e dos conselhos regionais, como normatizar e exercer o controle ético, científico e social das atividades da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, das profissões de Fisioterapeuta e de Terapeuta Ocupacional e das empresas prestadoras de tais tipicidades assistenciais ao meio social.

Assim, seis anos após legitimar a profissão, a criação dos conselhos confere maior controle sobre o exercício profissional, elaborando a proposta de seu regimento e funcionando como um Tribunal Superior de Ética Profissional. Define a fisioterapia como uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Como áreas de atuação profissional estabelece a clínica (ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, hospitais e clínicas), a saúde coletiva (ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho, programas institucionais e vigilância sanitária), a educação (direção e coordenação de cursos, docência em níveis secundário e superior, extensão, pesquisa, supervisão técnica e administrativa) e outras (esporte e indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico). Observa-se a ausência do profissional autônomo, sem vínculos, principalmente no contexto da atuação domiciliar.

Em 2002, é aprovada a Lei nº 10.424, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Fica evidente uma priorização do domínio de atuação pública. A pressão das operadoras de saúde suplementar também influenciam essa área de atuação profissional. O questionamento do presente projeto de pesquisa, porém, incide sobre o profissional autônomo que atende exclusivamente em domicílio, sem vínculos com o domínio público ou privado. A fim de normatizar o exercício profissional, o conselho federal dispõe de resoluções para o reconhecimento de determinadas especialidades. São elas: Acupuntura, fisioterapia dermatofuncional, fisioterapia esportiva, fisioterapia do trabalho, fisioterapia neurofuncional, fisioterapia oncofuncional, fisioterapia respiratória, fisioterapia traumato-ortopédica, osteopatia e quiropraxia, fisioterapia em saúde coletiva e fisioterapia em saúde da mulher. Contudo, outras especialidades não são reconhecidas, mas constituem o universo de atuação profissional, como a fisioterapia pediátrica e a fisioterapia geriátrica, foco de estudo do presente projeto de pesquisa.

Segundo Gava (2004, p.37), a criação dos Conselhos deu caráter regulamentador e fiscalizador à profissão que começava a ter condições de controlar e quantificar o número de profissionais, de cursos e de estabelecimentos que possuíam os serviços de fisioterapia. Porém, notam-se lacunas em relação à descrição dos serviços oferecidos pela fisioterapia, visto que os conselhos não conseguiram ainda regulamentá-los de forma a atingir todo o contexto profissional. Como citado anteriormente, não há reconhecimento da fisioterapia pediátrica nem da fisioterapia geriátrica como especialidades. Também não é reconhecida a atuação profissional domiciliar. Muito contraditoriamente, o Referencial Nacional dos Honorários Fisioterapêuticos (RNHF) inclui a assistência fisioterapêutica domiciliar (capítulo X). O RNHF tem a finalidade de estabelecer índices mínimos quantitativos para a adequada assistência fisioterapêutica, enquanto instrumento básico para remuneração do trabalho do fisioterapeuta no Sistema de Saúde Brasileiro.

Estas considerações tentam apontar para os conflitos existentes no reconhecimento perante o Conselho Federal em relação aos serviços, as áreas de atuação e as especialidades em fisioterapia. Desse modo, busca-se refletir sobre a atuação profissional autônoma como livre exercício da profissão. Por não possuir vínculos profissionais com o setor público ou o setor privado e não havendo a regulamentação, por parte do conselho, o fisioterapeuta, profissional de cunho liberal-autônomo, é marginalizado, mesmo sendo esse domínio de atuação, por muitas vezes, a possível iniciação profissional.

As discussões em congressos recaem sobre o mercado ou nicho comercial domiciliar, sobre de que forma é possível potencializar esse atendimento para minimizar custos do setor público e privado, sobre como o profissional irá representar a instituição (PSF, convênios) perante o cliente e sua família. Raras discussões a respeito de estratégias de abordagem e de atendimento, sobre a prática interdisciplinar, sobre propostas de políticas públicas, direitos e deveres do idoso, da família e do Estado. A ausência de debates mais aprofundados no contexto científico sobre as considerações da prática domiciliar, já evidenciados no meio acadêmico, torna-se ainda mais exposta essa lacuna no aprendizado gerontológico.

1.7.4 Atendimento domiciliar

As novas configurações demográficas do país imprimem a necessidade de novos modelos de assistência na área da saúde. Colodetti *et al.* (2005, p.5), aponta que “com o crescimento da população idosa, a preocupação em relação à capacidade funcional vem surgindo como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário”. Nesse sentido, a assistência domiciliar é vista como um conjunto de ações preventivas, conforme dispõe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, acentua-se a preocupação em abordar o atendimento fisioterapêutico domiciliar de maneira sistematizada, enquanto área de atuação profissional determinado por especificidades distintas das práticas desenvolvidas nas áreas de atuação regulamentadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

Na prática, a atuação no campo domiciliar aponta também que muitas pessoas demandam este modelo devido a praticidade de ser atendido em casa, complementando Alencar (2008, p.12), que considera a assistência em domicílio “uma atividade básica, que é realizada em atenção primária à saúde para responder às necessidades de assistência das pessoas, que de forma temporária ou permanente estão incapacitadas de se deslocar aos

serviços de saúde”. Entretanto, esta visão do atendimento domiciliar desconsidera pacientes que se utilizam deste serviço não somente como alternativa ao atendimento disponibilizado pela saúde suplementar (convênios) e saúde pública (SUS) ou por impedimentos, mas por buscar a qualidade do atendimento individualizado.

Nesta perspectiva, o atendimento domiciliar aponta em direção aos novos modelos de prestação de serviço em saúde. Contudo, Almeida (2012, p.9), ressalta que “ainda é limitado o debate e o investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde”. Atualmente busca-se a organização do serviço domiciliar em diferentes frentes. Mesmo discreta essa organização se mostra mais eficientemente organizada por parte de instituições e empresas/convênios, do que por parte de profissionais liberais, autônomos. A demanda latente nesse campo de atuação vem sendo cada vez mais ampliada, acentuada pelo aumento da população idosa no país.

A área de atuação domiciliar requer do profissional uma articulação dos saberes obtidos na formação acadêmica e os obtidos com a prática efetiva, uma vez que se desenvolve em ambiente e contexto diferenciados, sujeito a interferências específicas, particulares, muito diferente do consultório/clínica ou hospital/instituição. A lógica do tempo e do espaço sofre constantes alterações. A lógica de o paciente procurar o profissional também é distinta, pois o profissional é quem vai ao encontro do paciente e dá o primeiro passo em estabelecer a relação profissional-paciente. Esta nova relação interpessoal se desenvolve em um ambiente que não pertence ao profissional, pois se trata da residência do paciente. É um ambiente que demanda interação com a família e com os demais (cuidadores e outros prestadores de serviço) que frequentam este espaço do paciente. Ademais, trata-se de um espaço não adaptado ao trabalho fisioterapêutico, mesclando o espaço-cotidiano da pessoa com o espaço-tratamento do paciente.

Importante ressaltar que todas as particularidades apresentadas no contexto da atuação domiciliar demandam estudos próprios, que demandam outros saberes, para além do campo da saúde. No contexto acadêmico, mostra relevante ampliar os estudos sobre essa área de atuação domiciliar, desenvolvendo referenciais teóricos que orientem a prática para a promoção de um atendimento contextualizado, que propicie o desenvolvimento motor e o desempenho das capacidades funcionais. Acima de tudo, referenciais que auxiliem uma prática profissional que potencialize o desenvolvimento do ser humano em tratamento fisioterapêutico domiciliar.

É preciso refletir, enfrentar e buscar vencer os desafios impostos ao processo da formação profissional no que diz respeito à atuação fisioterapêutica domiciliar, em especial com idosos. Esta prática, não pensada e não organizada na formação acadêmica como um campo específico de atuação, porém descrita nos referenciais de honorários da profissão, desenvolve-se marginalizada, muitas vezes apenas como alternativa para aprimorar o conhecimento do profissional recém-formado, para pacientes que não têm acessibilidade aos locais de tratamento ou como possibilidade de inserção no campo de trabalho da rede pública e privada.

É necessário preencher a lacuna do atendimento domiciliar na grade curricular, na formação profissional, na produção e na divulgação deste conhecimento e na contextualização desta prática em fisioterapia. A representação do profissional de fisioterapia que atua de forma liberal, autônoma é inexpressiva socialmente, refletindo na falta de organização dessa prática, reforçando a marginalização desse saber no contexto do atendimento domiciliar. Quando esta prática não condiz com o modelo ensinado na graduação, constata-se essa marginalização na escassez de referencial teórico e na ausência de comprometimento científico com a prática fisioterapêutica, evidente na narrativa dos pacientes durante o tratamento, relatando as condutas anteriores de outros profissionais da fisioterapia. Entende-se aqui a importância de mais estudos e oportunidades de formação profissional sobre o tema fisioterapia domiciliar e sobre a contextualização dessa prática profissional.

Em uma pesquisa de revisão bibliográfica, por meio da base de dados científicos SCIELO realizada com a palavra fisioterapia, no ano de 2011, foram encontradas 232 referências, das quais em nenhum dos títulos dos artigos foram encontrados temas relacionados à fisioterapia no âmbito do profissional liberal/autônomo. Os poucos artigos encontrados que faziam uma aproximação ao assunto fisioterapia domiciliar diziam respeito ao profissional vinculado a alguma instituição ou empresa.

Portes *et al.* (2011) realizou uma revisão da literatura brasileira sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. O autor encontrou nove artigos que abordam a atividade domiciliar, relacionadas aos pacientes que apresentam impossibilidade de se deslocar até as unidades de saúde. Para uma postura ética e a prática do papel social da fisioterapia, na atuação domiciliar, se faz necessário compreender as particularidades da abordagem fisioterapêutica nesse contexto. Busca-se fundamentar a prática profissional da fisioterapia domiciliar sob os preceitos da ética e do seu papel social no trabalho direto com o ser humano e com o seu movimento. Essa questão faz sentido também em relação ao novo conceito de saúde - um “estado de completo bem-estar, físico, mental e social”, elaborado

pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que ressalta a importância das variáveis biológicas, psicológicas e sociais enquanto determinantes de saúde. O novo conceito também revela a necessidade de adequação do sistema de saúde para as novas realidades apresentadas aos profissionais que atuam na área, em diferentes contextos como, por exemplo, o domiciliar.

Com base nos preceitos éticos e no papel social da profissão considera-se a importância de uma leitura mais ampliada da pessoa (aspectos físicos, sociais e psicológicos) durante a abordagem, a avaliação e a conduta fisioterapêutica. Entende-se aqui que a relação fisioterapeuta-paciente deve se estabelecer como base para o desenvolvimento de todo o tratamento proposto. Toda a particularidade da atuação domiciliar vem reforçar a importância de uma prática profissional preocupada com o paciente e com o mundo que o cerca e, aqui, a fisioterapia domiciliar interage com a perspectiva humanizada em sua prática e aproxima-se na interação com outras disciplinas.

1.7.5 Humanização em Fisioterapia

Enfatizada nas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em fisioterapia no Brasil, a humanização, segundo Fortes (2004), refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo-se uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário, o mesmo passando a ser entendido como cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. Nesse sentido, Sumiya e Jeolás (2010, p.49), acreditam que a humanização na saúde surge como um movimento “para sensibilizar o profissional da área biomédica em relação ao distanciamento provocado pelo avanço tecnológico sobre o comportamento entre terapeuta e paciente, no qual a pessoa se torna objeto de investigação clínica”, e não somente a patologia e exames complementares.

De acordo com o Programa Nacional de Humanização (PNH) criado em 2003 para atender as demandas do Sistema Único de Saúde, “a humanização é entendida como o processo de transformação das práticas de saúde através da transformação dos sujeitos implicados nestas práticas”. Silva e Silveira (2010, p.1537) apontam essa transformação como “um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial”. O objetivo é transformar os sujeitos (profissionais de saúde) para então transformar as

práticas em saúde. A transformação dos sujeitos se dá, principalmente, através do processo de formação profissional.

Embora a utilização do termo humanização no campo da saúde não seja recente e esteja presente na formação do fisioterapeuta desde 2002, somente alguns poucos artigos foram encontrados sobre o tema da humanização na fisioterapia (Silva & Silveira, 2010). Cabe aqui citar o estudo de Bernadi e Santos (2010) para ilustrar esta questão. Após desenvolverem no segundo semestre de 2007 o modelo do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), vinculado aos objetivos de atendimento para usuários do SUS, proposto no Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH), em uma clínica de assistência fisioterapêutica regional, estes autores constataram a constituição de espaços de troca democrática, propiciando encontro dos participantes da equipe e um fazer/refazer constantes no processo de trabalho dessa instituição.

Bernadi e Santos (2010) apontam ainda que o processo de humanização do trabalho é um dispositivo importante para os serviços de saúde, monitorando os resultados e realizando novas adequações necessárias a uma melhoria constante do serviço. Nesse caso, a formação humanizada se deu após a formação acadêmica, mostrando que é possível proporcionar a formação humanizada ao profissional da saúde em diferentes momentos. Contudo, as dificuldades apresentadas na clínica, anterior à intervenção do GTH, de certa forma denunciam a importância de trabalhos de formação humanizada na base das formações acadêmicas.

Assim, uma formação humanizada em fisioterapia deve considerar, independentemente do domínio de atuação profissional (público, privado e autônomo), a contextualização do tratamento proposto, desenvolvendo conteúdos na terapia que ampliem a conduta durante o processo de abordagem, de tratamento e de alta fisioterapêutica. Durante e ao finalizar o tratamento, o processo terapêutico deve produzir sentido e significado para o profissional e para o paciente em tratamento, sendo a relação fisioterapeuta-paciente (a relação humana) a base para o desenvolvimento de uma prática profissional condizente com as novas diretrizes e com a realidade do paciente, a sua história de vida e as suas perspectivas em relação ao seu corpo e as suas funções reabilitadas.

Para Santana

o cuidado fisioterapêutico, nessa perspectiva de humanização dos atendimentos em saúde e de promoção do bem-estar, vem a cada dia ocupando maiores espaços e conquistando maior relevância e reconhecimento social. Neste contexto, é inegável

que o fisioterapeuta pode desempenhar importantes funções na luta pela preservação da dignidade da vida humana (SANTANA, 2008, p.31).

Em qualquer nível de atenção à saúde do paciente, cabe ao fisioterapeuta, com preceitos na ética profissional, ater-se à contextualização da abordagem e do tratamento proposto. Petri também se aproxima desta concepção:

Humanizar a relação com o paciente realmente exige que o profissional valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, entende-se que tal relação não supõe um ato de caridade, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber e experiência vivida (PETRI, 2006, p.51).

Dessa forma, faz-se necessário atuar na prática fisioterapêutica com os princípios da humanização e da sua relação com a contextualização da prática fisioterapêutica, seja ela realizada em qualquer domínio de atuação profissional (público, privado e autônomo).

É possível observar, através do artigo 6º das Diretrizes Curriculares (Resolução nº 4, de 19 de fevereiro de 2002), o esforço do Conselho Nacional de Educação em integrar diferentes disciplinas, instituindo nos conteúdos essenciais para o curso de graduação em Fisioterapia os conhecimentos das Ciências Sociais e Humanas. Destaca-se essa necessidade de interação de diferentes disciplinas, áreas e práticas com o intuito de mostrar que para a atuação profissional humanizada, em qualquer domínio de atuação profissional, é imprescindível ao fisioterapeuta preparar-se para atender o paciente, estabelecendo diretrizes essenciais para a abordagem e o tratamento proposto ao sujeito-cidadão.

A este respeito, Gava destaca que

as atividades integradas, entre as disciplinas do curso de Fisioterapia e outros cursos, são de extrema importância para a formação humanizada. Portanto um profissional com competências para a atuação multiprofissional, interdisciplinar e com consciência político-social levam invariavelmente, a qualidade nos atendimentos, tornando-os mais humanizados, independentes da área de atuação (GAVA, 2004, p.104).

A atuação, nesse sentido, reforça o papel social da profissão que, segundo Almeida e Guimarães (2009, p.83) “é construído pelos fisioterapeutas por suas práticas, que carregam significados relacionados com a forma de compreender a sociedade, com sua visão de saúde, com as relações de poder estabelecidas em seu espaço”. Nesse sentido, entende-se que a perspectiva humanizada no processo de formação do futuro profissional funciona como um intercâmbio entre os indivíduos diretamente envolvidos no processo de tratamento – o

fisioterapeuta e o paciente e os indiretamente envolvidos (outros profissionais, familiares, cuidadores, etc.).

Portanto, uma formação humanizada pressupõe ao fisioterapeuta uma reflexão ético-profissional de sua atuação e a responsabilidade com o processo de reabilitação, em seus diferentes contextos, estritamente ligado ao seu papel na sociedade. Este estudo aponta que a sensibilidade para essa reflexão e para uma prática responsável, deve ser trabalhada prioritariamente na constituição da grade curricular dos cursos de fisioterapia. O contexto prático da profissão impõe questões fundamentais que podem contribuir para a reorientação da conduta profissional. Como parte desse processo de reorientação, em seu contexto atual, a fisioterapia busca rever o seu papel profissional e social.

Assim, cabe ao fisioterapeuta, mais que somente aplicar técnicas, respeitar a integralidade do paciente, como um ser que está no mundo e como um corpo que carrega uma identidade. Corroborando Martins,

o profissional de saúde que desenvolve atividade assistencial (médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, ortoptista, dentre outros), além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica, estabelece sempre, com as pessoas que atende, relações interpessoais (MARTINS, 2001, p.21).

Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e da qualidade interacional. Eis a base do trabalho humanizado, em qualquer domínio de atuação profissional (público, privado e autônomo): interagir dimensão técnica e dimensão sensível do humano que trata outro humano. Isto fundamenta uma atuação com real significado prático, para um maior potencial para promover saúde e melhor qualidade de vida para ambos, profissional e paciente.

1.7.6 Avaliação fisioterapêutica do paciente idoso

Em conjunto, a abordagem, a avaliação e a proposta fisioterapêutica formam uma tríade que promove suporte ao tratamento fisioterapêutico. A abordagem e a avaliação são importantes etapas que antecedem a elaboração de uma proposta, pois, possibilitam o acesso a variadas informações sobre o paciente, sobre a patologia e o contexto de vida no qual está inserido. Estas informações direcionam para a construção de uma proposta de tratamento pautada no diagnóstico médico, no diagnóstico fisioterapêutico e também por questões

apresentadas pelo paciente, além de dados relevantes sobre as diferentes esferas que compõem sua vida. A proposta fisioterapêutica, construída com o paciente e para ele, é então colocada em prática através da conduta terapêutica – o tratamento, propriamente dito.

Antes de definir o tratamento a ser realizado, o profissional deve se ater aos elementos que o antecedem, corroborando Driusso e Chiarello

a fim de determinar os tipos de assistência necessários para a população idosa e ajudar a realizar os ajustes para o seu tratamento, o fisioterapeuta deve conduzir uma ampla avaliação, tornando possível um cuidadoso diagnóstico fisioterapêutico que deve preceder todo tipo de decisão fisioterapêutica (DRIUSSO; CHIARELLO, 2007, p.11).

Esta decisão fisioterapêutica é construída com o paciente desde o primeiro contato profissional.

Driusso e Chiarello (2007, p.23), reforçam ainda que “a escolha do tratamento adequado (técnica a ser utilizada), a indicação e a periodicidade devem ser definidas pelo diagnóstico fisioterapêutico (anamnese)”. Ou seja, muito antes da proposta de tratamento e da conduta prática em si, o fisioterapeuta deve se preocupar com a abordagem e a avaliação, auxiliando a conclusão assertiva no diagnóstico e no direcionamento do tratamento fisioterapêutico proposto. De acordo com Izzo (2003, p.22), “a programação do tratamento fisioterapêutico deve ser elaborada de acordo com as informações obtidas na avaliação, dependendo da necessidade de cada paciente”. Esta programação do tratamento diz respeito ao diagnóstico fisioterapêutico e sua proposta de atendimento para alcançar os resultados esperados. Este estudo parte do pressuposto de uma abordagem e de uma avaliação biopsicossocial do paciente, considerando todas as esferas da sua vida: biológica, psicológica e social. Esta premissa corrobora o conceito de avaliação geriátrica ampla, com base em dados sobre a saúde física, o *status* funcional, a saúde psicológica e os parâmetros socioambientais do paciente.

O termo Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), segundo Costa e Monego (2003), começou a ser utilizado pela médica britânica Marjory Warren, no final da década de trinta, quando advogou que todo idoso deveria receber este tipo de avaliação. Para estes autores, Costa e Monego,

Os conceitos básicos e parâmetros utilizados atualmente na AGA evoluíram ao longo de setenta anos incorporando elementos do exame clínico tradicional, da avaliação realizada por assistentes sociais, da avaliação funcional realizada pelos especialistas em reabilitação, da avaliação nutricional e dos métodos de avaliação neuropsicológica. (COSTA; MONEGO, 2003, p.1).

No ano de 1987, a Sociedade Americana de Geriatria (American Geriatrics Society) definiu avaliação geriátrica ampla (AGA) – *Comprehensive Geriatrics Assessment* – como “uma avaliação multidisciplinar na qual os múltiplos problemas das pessoas idosas são descobertos, descritos e explicados, se possível, e na qual os recursos e potencialidades da pessoa são catalogados, necessidades de serviços avaliados e um plano de assistência coordenada, desenvolvido para concentrar as intervenções no problema das pessoas” (JAGS, 1989, p. 473, tradução livre). Este conceito corrobora o ponto de vista do presente estudo, principalmente relacionado às intervenções com foco nos problemas das pessoas. Adicionalmente ao padrão propedêutico em fisioterapia, uma avaliação abrangente e estruturada possibilita ampliar os recursos para o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento proposto, além de fornecer parâmetros validados para os resultados apresentados.

No Brasil, como apontam Paixão e Reichenheim (2005, p. 8), “na área da avaliação funcional permanece o uso assistemático de instrumentos. Possivelmente, pouco existe em termos de adaptação de instrumentos funcionais para o contexto brasileiro, fato que exige um aprofundamento”. Assim, cabe destacar a importância do profissional de fisioterapia no alinhamento da conduta de abordagem e de avaliação, contribuindo para a adaptação e validação de instrumentos utilizados na avaliação da capacidade funcional do idoso.

Camara (2008), Shubert (2006) e Okuma (1997) destacam que o conceito de capacidade funcional pode ser definido como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária. Assim, evidencia-se a preocupação em utilizar instrumentos de abordagem e, sobretudo, de avaliação da capacidade funcional, principalmente se destina a avaliar idosos que, conforme ressalta Spirduso,

têm uma variedade mais ampla de diferenças individuais na função física do que qualquer outra faixa etária. Indivíduos variam desde aqueles que são fisicamente incapazes de cuidar de si mesmos, e conseqüentemente são dependentes de outros, até indivíduos que estão em seus 80 anos e ainda correm maratonas (SPIRDUSO, 2005, p. 400).

Dessa forma, a importância em avaliar a capacidade funcional do idoso reside na possibilidade de prever incapacidades funcionais que podem repercutir negativamente em outras dimensões da vida, afetando a interação dos elementos que garantem a manutenção da qualidade de vida dos idosos. Segundo Litvoc e Brito (2004), em relação ao que fundamenta a importância da capacidade funcional, pode-se destacar a prevalência de idosos com

capacidade funcional plenamente preservada, o caráter de indicador de evolução negativa e o sofrimento a que o idoso é submetido quando ocorre perda de função.

Tendo em vista a importância da avaliação da capacidade funcional de idosos e a fim de colaborar com a prática fisioterapêutica, destaca-se a importância do uso de instrumentos de avaliação de capacidade funcional, validados e adaptados para uso no Brasil. Paixão e Reichenheim (2005) argumentam que há pouca preocupação em se adaptar formalmente instrumentos na dimensão de estado funcional no Brasil e que usar um instrumento não adaptado formalmente pode invalidar todo um processo de investigação que, para este estudo, deve ser o constante processo avaliativo funcional.

Dentre os instrumentos de avaliação de capacidade funcional, a AGA sugere o uso da escala de Barthel; Índice de Katz e MIF para avaliar ABVD (Atividades Básicas de Vida Diária) e sugere o uso da escala de Lawton; Questionário de Atividades Funcionais Pfeffer e o MIF (Medida de Independência Funcional) para avaliar AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária). Dentre os instrumentos validados e adaptados para uso no Brasil, espera-se contemplar tanto as escalas de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que avaliam atividades relacionadas às questões de sobrevivência: alimentar-se, vestir-se, banhar-se, higiene pessoal, transferir-se de um local a outro, citadas por Maciel, 2002; Rebelatto e Morelli, 2004; Perracini e Fló, 2009; bem como as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), citados pelos mesmos autores, que avaliam atividades como, por exemplo, gerir as próprias finanças, utilizar o telefone, sair só, fazer compras; Assim como as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) que avaliam questões relacionadas às atividades sociais, ocupacionais e de lazer, citado por Paixão e Reichenheim, 2005; Melo, 2009 e Dias, 2009. Os autores Paixão e Reichenheim (2005), ainda incluem a avaliação do Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida ou Medidas de Qualidade de Vida relacionada à Saúde (EGS-QUAL).

Assim, entende-se que a avaliação fisioterapêutica do paciente idoso deve contemplar uma compreensão de capacidade funcional em, no mínimo, três níveis instrumentais de atividades: básico (ABVD), instrumental (AIVD) e avançado (AAVD), além de incluir a qualidade de vida relacionada à saúde (EGS-QUAL) do paciente. Os dois primeiros grupos de atividades (ABVD e AIVD) são avaliados mediante protocolos/instrumentos bastante utilizados por profissionais de saúde, tanto em pesquisas como na atuação prático-profissional. O último grupo de atividade (AAVD) aparece discretamente nas pesquisas e de maneira informal na atuação prático-profissional.

Após uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, o estudo de Paixão e Reichenheim (2005) apontaram que o instrumento da Escala de Barthel

(1965), embora tenha sido o instrumento mais utilizado e com maior validade/confiabilidade para avaliar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) este instrumento não possui adaptação para o contexto brasileiro e apontam o *The Health Assessment Questionnaire* (HAQ) como o instrumento mais utilizado e com maior validade/confiabilidade para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), contudo, destacam que somente a dimensão *incapacidade física* ou *habilidades físicas* do questionário foi adaptada para o contexto brasileiro, através dos estudos de Ferraz et al (1990). Outros estudos como o de Maciel, 2002; Rebelatto e Morelli, 2004; Perracini e Fló, 2009 também citam a Escala de Barthel como uma das mais conhecidas e utilizadas na avaliação das ABVDs e a Escala de Lawton e Brody (1969) como uma das preferidas para avaliar as AIVDs. Contudo, não aprofundam nas questões relacionadas a confiabilidade, a adaptação e a validação desses instrumentos de avaliação das capacidades funcionais para o contexto brasileiro.

A Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária, AAVD, ainda não representa um instrumento com confiabilidade, adaptação e validação para o contexto brasileiro visto que, para o estudo de Paixão e Reichenheim (2005, p.10), “não foram encontrados instrumentos estruturados que avaliassem especificamente a subdimensão AAVD”, mesmo sendo originalmente desenvolvida por Reuben e Solomon (1989) e referida no Brasil em estudos como o de Dias, 2009; Melo, 2009; Aykawa e Neri, 2005 e Pascoal, 1986. Para avaliar as Medidas de Qualidade de Vida relacionada à Saúde (EGS-QUAL), Paixão e Reichenheim (2005), destacam os estudos de Ciconelli (1997), por realizarem a adaptação do instrumento SF-36 para o contexto brasileiro.

Dessa forma, considerando Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e com base na literatura científica sobre a avaliação das capacidades funcionais é necessário ao fisioterapeuta ampliar o conhecimento sobre instrumentos validados e adaptados para o Brasil. Para Paixão e Reichenheim (2005, p.17), “um 'mapeamento' mais sistemático e elaborado de instrumentos de avaliação de idoso servirá de auxílio na tomada de decisão (...) e o desenvolvimento do instrumental de aferição relativa ao idoso e à AGA em particular, certamente se beneficiará desta perspectiva”. Parte desta premissa para o debate a respeito do alinhamento da conduta fisioterapêutica na avaliação de pacientes idosos. Spirduso (2005, p. 402) lembra que “existem poucos testes que podem discriminar ou detectar o risco de membros desse grupo se moverem da independência física para a fragilidade física”. No processo entre a independência física - almejada no trabalho da reabilitação, e a fragilidade física - tema central do trabalho preventivo com idosos, a prática do fisioterapeuta, no que diz respeito a avaliação do idoso, deve corroborar com o conceito de avaliação geriátrica ampla.

Isso reforça a importância para a fisioterapia em se preocupar com as dimensões que afetam a capacidade funcional do paciente, a qual não se resume às ABVD e às AIVD, mas também inclui as AAVD, a QV e outras dimensões da vida do paciente. E, isso corrobora autores como Maciel (2002), Rebelatto e Morelli (2004), e Perracini e Fló (2009) que apontam a importância de uma avaliação geriátrico-gerontológica abrangente, multidimensional. O presente estudo propõe, com base nos diferentes autores e inspirado no modelo de Avaliação Geriátrica Ampla se ater às questões referentes à funcionalidade do paciente e da qualidade dessas funções em interação com a saúde mental e o funcionamento social do idoso em tratamento fisioterapêutico. Somente avaliar as ABVDs e as AIVDs não traduziria a capacidade funcional do paciente idoso em sua totalidade.

Considera-se importante avaliar, em relação aos parâmetros associados à capacidade funcional, não somente as atividades básicas e instrumentais, mas também as atividades avançadas do paciente, indo ao encontro de Dias (2009) e Melo (2009), corroborando Reuben e Solomon (1989). Estes autores referem que a perda da capacidade funcional para AAVD prediz o declínio funcional nas ABVDs e AIVDs. A inclusão da atenção às AAVDs se faz de grande importância para uma avaliação mais abrangente em fisioterapia, assim como as medidas de qualidade de vida em saúde.

A avaliação realizada no contexto do atendimento domiciliar permite ao profissional de fisioterapia uma maior na exploração/observação da capacidade funcional do paciente e do seu desempenho em diferentes atividades no contexto em que vive. Nesse contexto de atendimento, a avaliação ampla é ainda mais importante em virtude da inserção do profissional na vida/domicílio do paciente idoso, mediante uma nova díade de relação interpessoal que precisa cooperar para a promoção/prevenção de saúde. Driusso e Chiarello (2007, p.11) apontam que “infelizmente, a avaliação funcional cuidadosa do idoso geralmente é negligenciada”, tanto por questões relacionadas ao ambiente de trabalho, ao tempo, à formação acadêmica ou mesmo à postura do profissional em relação ao enfrentamento das questões sobre envelhecimento. Gazzola (2009, p.28), aponta também alguns aspectos relacionados à utilização de instrumentos de capacidade funcional como a falta de tempo e de contexto ambiental apropriado para a avaliação do domínio de saúde físico-funcional do idoso.

O trabalho de reabilitação com idoso, muitas vezes portador de patologias crônicas, sem possibilidades de cura, requer um esforço maior por parte do profissional para conseguir atender às queixas do paciente e à controlar as condições patológicas, principalmente as

crônicas, que contribuem para o aumento de perdas funcionais, prejudicando sua condição de saúde. Para Mendes

as condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012, p.31).

Logo, é pertinente ao fisioterapeuta fornecer respostas proativas em relação à condição de saúde crônica, a qual o paciente idoso, muitas vezes, se encontra.

É importante considerar uma postura profissional comprometida com a promoção da saúde deste paciente Corroborando Mendes,

Se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos de sua história, eventos agudos, também percebidos objetiva ou subjetivamente, muitas vezes causados pelo mau manejo dessas condições crônicas. (...) Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, também, podem se manifestar, em momentos episódicos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos. (MENDES, 2012, p.33)

Desta perspectiva, portanto, é esperado do profissional de fisioterapia, principalmente o que trabalha com idosos, a compreensão dos diferentes níveis de atenção à saúde física/funcional do paciente. As condições crônicas não significam condições sem possibilidades de intervenção fisioterapêutica e, cabe lembrar, que as orientações são, dentre os outros recursos disponíveis, necessárias a uma atuação profissional pautada em qualidade.

A preocupação central do fisioterapeuta deve estar focada no paciente e no seu contexto de vida e, segundo Gazzola (2009, p.29), “trata da capacidade do idoso em locomover-se dentro e fora de casa”. O fisioterapeuta deve observar e realizar uma avaliação físico-funcional, relacionadas à aptidão do paciente para realizar diferentes atividades, considerando sua funcionalidade em questões relacionadas ao equilíbrio, à marcha e à capacidade funcional.

De certa forma, ainda hoje, a herança do modelo biomédico impregna a conduta fisioterapêutica. Cabe destacar o modelo de atendimento adotado nos estágios, realizados nas clínicas dos cursos de graduação, que enfatizam o atendimento em grupo, com base no volume de atendimento; o modelo adotado por clínicas (de convênio ou particulares) que utilizam da mão de obra de estagiários, sem supervisão de um profissional, para realização de tratamentos e a excessiva objetividade à avaliação funcional, preocupada em demasia com

ângulos e medidas, que são importantes indicadores, mas que não podem se constituir como um único parâmetro de avaliação. A este respeito o presente projeto de pesquisa ressalta a necessidade do estabelecimento de normas de conduta em fisioterapia que enfatizem a prioridade do atendimento individualizado, em qualquer setor da prática profissional, e a importância de se acrescentar à avaliação fisioterapêutica a avaliação das AAVDs, como destacado, em 1989, por Reuben e Solomon, ao avaliar a capacidade funcional do idoso em tratamento.

1.8 Sobre o lazer

Este projeto de pesquisa propõe aproximar saberes de diferentes áreas na tentativa de lidar com a complexidade do tratamento a indivíduos idosos, reabilitando a dimensão física em integração com a psicológica e a social. Isso diz da abordagem e da avaliação biopsicossocial, como referido anteriormente, e permite produzir sentido à ação realizada pelos indivíduos que irão fazer usos do tempo, durante e após o tratamento fisioterapêutico.

Fazer usos do tempo significa agir no mundo, para além do simples preenchimento das horas com conteúdos de descanso, reposição de forças ou tratamentos de saúde. De certa forma, preocupar-se com o que o idoso faz de seu tempo aproxima a fisioterapia do campo de estudos do lazer e sugere uma interação entre estes saberes. Portanto, é importante estudar as concepções de lazer para que se compreenda melhor sua interação com a saúde, no campo da fisioterapia geriátrica domiciliar.

1.8.1 Lazer: concepções

Ao longo de sua constituição como ciência, o lazer incorporou diferentes valores, criando sinônimos que permitiram entendê-lo como tempo disponível, ócio, descanso, férias, entre outros termos. Olhar para o processo de constituição do lazer que se faz na interação com outras disciplinas, permite refletir sobre sua característica multidisciplinar, mesmo que, segundo Bertini (2006, p.115), não haja “consenso com relação à sua definição”.

Os sentidos hoje atribuídos ao lazer no nível do senso comum, como mostra Gomes e Pinto (2009, p.68-69), são variados: descanso, folga, férias, repouso, desocupação, distração, passatempo, hobby, diversão, entretenimento, tempo livre. Contudo, considerando os

conhecimentos sistematizados sobre o assunto, o lazer inclui uma variedade de temáticas que refletem sua característica multidisciplinar entrelaçada com o campo da vida social.

Gaelzer aponta que

As definições de lazer variam através dos tempos, nas diversas culturas, quando estudadas por sociólogos, psicólogos, educadores e biólogos. Uma concepção universalista do lazer, levando-se em consideração as diferenças ideológicas, políticas, culturais, econômicas e sociais, poderia ser desejável e conseguida, uma vez que o sentido fosse voltado unicamente ao indivíduo e à satisfação de suas necessidades básicas (GAELZER, 1979, p. 44).

Assim, refletir sobre o lazer sem refletir sobre o seu contexto histórico pode conduzir a tratá-lo sem o devido aprofundamento, cometendo equívocos acerca do seu significado e da sua importância para a sociedade. Importante pensarmos no lazer de “ontem” e na forma como a sociedade com sua diversidade de grupos sociais o instituiu, promovendo novos significados e ressignificando o contexto social do qual fazem parte.

Nas sociedades contemporâneas as dimensões materiais e simbólicas que o lazer estabelece na vida do indivíduo e na vida da sociedade ultrapassam a simples organização e a ocupação das horas de folga, de não trabalho. Dumazedier (2000, p.28) expõe que “esse fenômeno já exerce consequências tão sérias sobre o trabalho, a família e a cultura que nos achamos, agora, obrigados a examinar seus componentes mais importantes”, permitindo estudos, questionamentos e reflexões sobre a relação do indivíduo com o seu contexto, em um determinado tempo e espaço, na vida social.

Diferentes bibliografias relacionadas ao lazer apontam que nas décadas de 20 a 50, no Brasil e no exterior, eram priorizados os estudos aplicados às camadas trabalhadoras, reflexos da efervescência do período industrial (GOMES, 2008, p. 45-64; MARCELLINO, 2008, p. 14). A camada trabalhadora, dotada de um condicionamento físico capaz de enfrentar as longas jornadas de trabalho, merecia um tempo de descanso, um tempo livre para reposição das forças. Doll (2007), citando Kolland (2000, p.110), reforça que “a ideia de tempo livre para todos os cidadãos é relativamente nova e está vinculada à Revolução Industrial”. Nesse momento, o idoso, sujeito visto sem vitalidade para o trabalho, assumia o papel de elemento aglutinador da família, virtuoso pelo seu acúmulo de experiências, se limitando ao ambiente familiar e às pequenas tarefas domésticas.

De certa forma, já se via marginalizado o papel das ações de lazer desenvolvidas para o grupo social dos idosos. O lazer marcado ao longo dos anos por uma visão tradicionalista,

acostumada a pensá-lo em contraponto ao trabalho, pode ter interferido negativamente no fomento a pesquisas sobre idosos.

Como bem coloca Marcellino, (1983, p.33) “a história tem demonstrado que a conquista crescente do tempo de lazer é uma vitória dos trabalhadores em suas reivindicações e lutas. Isso em todos os países”. Assim, se faz necessário uma análise da complexidade intrínseca à relação entre tempo ocupado, trabalho, tempo livre, tempo disponível e lazer, sendo importante para a compreensão do papel do lazer em relação aos indivíduos – neste projeto de pesquisa, os idosos. Esta análise permite refletir sobre a condição do indivíduo-idoso enquanto cidadão, imerso em uma cultura vivenciada ao longo da sua história de vida e em uma cultura que ele vivencia hoje, agora, interferindo em seus processos futuros.

O que se constata na bibliografia levantada para este estudo é que o crescente envelhecimento da população não refletiu expressivamente em um aumento das pesquisas de lazer para esse público, como também recentemente constatado por Silveira, Dias, Moura e Souza (2010) em amplo levantamento da literatura sobre lazer e idosos. Esforços recentes de autores como Gastal (2010), Gomes e Isayama (2008) despertam para a importância de refletir sobre as questões postas pelo envelhecimento para a temática do lazer.

Gastal (2010, p.11) reforça a necessidade da análise dessas questões e seus desdobramentos – por exemplo, a nossa atual relação com o tempo. Considerando que atualmente viver mais é uma realidade que impõe outros questionamentos acerca dos usos do tempo pelos diferentes grupos sociais. Carvalho avança e aponta que

é o fazer com o outro e o conjunto de significados que se atribui ao fazer que se constitui o humano do grupo ou de uma sociedade específica. Por isso, podemos compreender o lazer como um fenômeno sociocultural, uma manifestação humana, um direito de todo cidadão, assim como a saúde (CARVALHO, 2005, p. 70).

O presente projeto de pesquisa considera o lazer, corroborando Gaelzer (1979), como um fator intrínseco ao ser humano e a isto se relacionam todas as considerações feitas acerca das atividades de vida diária: básicas, instrumentais e avançadas, que contribuem para a capacidade funcional do idoso e para a sua autonomia. A prática do lazer funciona, segundo Gomes (2008, p.78), como “um dos elementos do exercício da cidadania fundamental para a busca de qualidade de vida dos sujeitos, bem como de alternativas para o enfrentamento dos limites socioculturais históricos de nossa realidade”. Para este estudo, o lazer, apresenta interação com a fisioterapia ao apresentar-se no idoso, enquanto fator intrínseco e ao constituir-se elementar para o ser cidadão.

Tem-se a intenção neste projeto de aproximar ciências humanas sociais e ciências da saúde, corroborando Gomes (2008), dando importância ao lazer enquanto direito social e entendendo-o como fundamental para a busca de qualidade de vida.

Menicucci entende que

é somente a partir da construção do lazer enquanto ‘problema’, no sentido de que se constitui como uma questão que merece uma intervenção governamental ativa, com o objetivo de garantir a todos os cidadãos condições para sua fruição e como componente da noção genérica de bem-estar ou de qualidade de vida, é que se torna possível um segundo passo no sentido de definir conteúdos e estratégias para uma política de lazer (MENICUCCI, 2006, p.155-156).

De acordo com Marcellino (2008, p.8), “longe de constituir uma manifestação supérflua, o lazer cada vez mais ganha seu status de direito social, e seu papel privilegiado, porque ligado ao prazer, de elemento importante de qualidade de vida, e de construção de cidadania, de saúde, em sentido amplo e de inserção social”. Estas questões relacionadas ao lazer, cada vez mais, conquistam os espaços de expressões sociais e mesmo que ainda pouco expressivo, produz-se estudos gerontológicos sobre o tema como, por exemplo, os estudos de Bramante, 1995; Berquó, 1999; Debert, 1999; Iwanowicz, 2000 e Cardoso, 2004.

Problematizar a utilização do lazer na ressignificação da vida de indivíduos-idosos em tratamento fisioterapêutico domiciliar poderá contribuir igualmente para intervenções futuras nessa área. Conforme lembra Gomes (2010, p.74) “a velhice é um tema de pesquisa ainda recente em nossa realidade e que raramente apresenta considerações sobre o lazer das pessoas idosas, bem como sobre a sua importância nessa fase da vida”. A autora também destaca a escassa consideração sobre o lazer nos estudos gerontológicos, reforçando a importância de diferentes disciplinas incentivarem mais estudos nesta área.

1.8.2 Lazer, fisioterapia, cidade e grupos sociais

Este projeto de pesquisa parte do pressuposto de que o lazer é capaz de proporcionar uma importante contribuição enquanto fator intrínseco/motivacional para a independência física. Conseqüentemente, entende-se que o lazer pode favorecer uma boa qualidade de vida e funcionar como um importante indicador do desempenho das capacidades funcionais reabilitadas.

No entanto, como aponta o trabalho de Pinheiro (2009) sobre a inserção da temática do lazer nos currículos dos cursos de graduação em educação física, fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, há uma fragilidade na construção curricular do curso de fisioterapia em relação a essa temática. Há muito que fomentar no âmbito das pesquisas e da aplicação prática desse saber na fisioterapia. Entende-se que é pertinente avaliar a presença, a interferência e a importância do lazer na abordagem, no processo avaliativo e de orientações aos pacientes em tratamento fisioterapêutico, neste projeto de pesquisa enfatizando o tratamento domiciliar de idosos.

No contexto do tratamento domiciliar, o profissional tem uma relação mais próxima com o paciente e com a sua realidade temporal, espacial, individual e social. Entende-se que nesse contexto, o tratamento com idosos requer domínios da geriatria, da gerontologia e de outras áreas que possam servir de suporte, como por exemplo, para a prática fisioterapêutica. Tal forma de abordar o paciente, no contexto domiciliar, requer do profissional uma conduta que se preocupe com as patologias a serem tratadas, mas também, com o portador dessas patologias e com os demais que convivem com esse portador de patologias, muitas vezes, crônicas. Assim, preocupa-se com a doença, mas muito mais com a saúde, no caso da fisioterapia, com a saúde física do paciente. É pertinente a este projeto de pesquisa questionar o uso que o idoso, em tratamento fisioterapêutico domiciliar, faz de suas capacidades funcionais, estando reabilitado de sua saúde física.

A esse respeito, questiona-se a busca ou não do lazer por parte de pacientes idosos em tratamento fisioterapêutico domiciliar, na cidade de Belo Horizonte, considerando sua importância para o processo de reabilitação, corroborando com os estudos de Melo (2009, p.11) que aponta as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's), como um indicador do funcionamento independente na vida prática, **no lazer** (grifo meu), no trabalho e em outros papéis sociais. Segundo a mesma autora, essas atividades contribuem para a manutenção de uma boa qualidade de vida e indicam maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental, em contrapartida, a redução da capacidade para as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's) predizem o declínio funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's).

Para Mascarenhas (2001, p.54-55), “o entendimento de que lazer se constitui em um importante indicador da qualidade de vida de um povo, parece ainda não ter sensibilizado o poder público quanto à necessidade da efetiva implementação de políticas permanentes para o setor”

A fisioterapia geriátrica domiciliar deve dar atenção ao contexto social no qual o idoso está inserido e perceber a compreensão que esse idoso faz de si e de sua inserção nessa rede social. Relacionar a reabilitação do movimento corporal com as atividades cotidianas de sua vida, em fisioterapia funciona como uma ponte para que esse sujeito retorne às suas atividades cotidianas. Pode a fisioterapia contribuir promovendo a divulgação, o esclarecimento dos direitos dos idosos e fornecendo orientações condizentes com a realidade vivida por esse paciente. Nesse sentido, o lazer pode auxiliar a fisioterapia geriátrica domiciliar a inserir/reinserir socialmente o paciente idoso, proporcionando-o enxergar a cidade e o seu contexto de vida como ambientes receptivos e favoráveis à experiência de suas capacidades funcionais, potencializando o seu uso.

A interação entre lazer e fisioterapia geriátrica domiciliar pode ser visualizada de diversas formas: desde a ressignificação de o ambiente domiciliar, o deslocamento para diferentes locais na cidade, a descoberta desses novos ambientes, a vivência corporal nesses ambientes, até a interação com a natureza, com os objetos, com o próprio corpo e com as outras pessoas. Autores, como Maciel (2002, p.7), ressaltam o papel decisivo da situação social do idoso e suas repercussões sobre o bem-estar e a saúde.

Como explica Camarano,

o declínio das capacidades físicas, psicológicas e comportamentais ocasionados pelo envelhecimento também é fruto de condições socioculturais que determinam o tipo de alimentação, o trabalho, o lazer, o estresse e os papéis sociais de cada indivíduo (CAMARANO, 1999, p.3).

Assim evidenciado, desenvolve-se a necessidade de compreender o idoso em um contexto ampliado de saúde e de salientar as particularidades desse grupo social, estudando o lazer para além de restringi-lo a concepção de oposição ao trabalho e/ou de condições socioculturais.

Esta mudança de concepção permite aproximar-se da realidade do idoso, especialmente aos que estão em tratamento fisioterapêutico domiciliar. Dessa maneira, é importante ao fisioterapeuta a atualização profissional que propicie novas formas de ver a própria vida, novos sentidos à vida individual e coletiva do idoso, colocando em prática o exercício da cidadania, através de suas ações e interações com outras disciplinas como, por exemplo, o lazer.

Segundo os dados estatísticos do IBGE, no ano de 2010, a cidade de Belo Horizonte possuía cerca de 2.375.444 indivíduos, dos quais aproximadamente 10% com 60 anos ou mais. Com a modernização da cidade, “delineada, então, por uma arquitetura arrojada e uma

vida cultural pulsante” (VILHENA, 2009, p.4), os espaços públicos sofrem alterações, perdendo seu papel integrador, principalmente para esse grupo social.

Marcellino (2006, p.75) destaca que “o urbanismo moderno atribuiu às cidades quatro funções: lazer, morar, trabalho e circulação”. Para Vilhena,

ao mesmo tempo em que a urbanização transformava espacialmente a cidade, ela transformava também os modos de vida de seus habitantes ao regular a circulação, ao organizar locais específicos para cada atividade, assim como as próprias atividades. (...) A cidade, como um todo, assumia uma perspectiva educadora por intermédio da sua organização espacial, os espaços de lazer possibilitaram o surgimento de determinadas práticas culturais (VILHENA, 2009, p.4).

Esta percepção pode ser observada nos relatos de pacientes idosos nos quais a cidade ora é lembrada com saudosismo (o footing na Av. Afonso Pena, caminhadas com objetivo de distração e paquera) e ora com estranheza (a mesma avenida atualmente sentida como um ambiente que não mais lhes pertencem), reforçados pela vivência do processo de modernização da cidade. Corroborando Marcellino (1983, p.59) o crescimento das cidades é fator agravante do isolamento de seus habitantes e de sua condição passiva diante decisões que afetam diretamente sua vida.

Autores como Lima e Silveira destacam que

os idosos que vivem o cotidiano das grandes cidades enfrentam condições de vida paradoxais, pois as necessárias adaptações às perdas funcionais da envelhescência se confrontam com as imposições e contradições do cotidiano urbano impostas pela vida contemporânea (LIMA; SILVEIRA, 2009, p.173).

Isso reafirma a viabilidade em promover ações interdisciplinares entre lazer e fisioterapia geriátrica domiciliar, favoráveis ao processo de reinserção social de pacientes idosos. Este projeto reafirma a responsabilidade social da Fisioterapia em contribuir para a seguridade dos direitos sociais desse paciente.

Cabe lembra que, atuando no contexto domiciliar, o profissional de fisioterapia pode incentivar o paciente idoso a utilizar-se do ambiente doméstico para (re) iniciar o seu lazer. Isso corrobora Marcellino (2008, p. 17), para quem “o lar é o principal equipamento não específico de lazer, ou seja, um espaço não construído de modo particular para essa função, mas que eventualmente pode cumpri-la”. Assim, pode-se assegurar o direito ao lazer sem precisar imediatamente recorrer à equipamentos específicos de lazer, públicos e/ou privados.

O presente projeto de pesquisa acredita que se faz urgente uma proposta que fomente a interação entre fisioterapia geriátrica domiciliar e lazer, capaz de promover a divulgação e o

debate de questões sociais das quais o indivíduo idoso é participante e tem direito, além de contribuir para a melhoria de seu status funcional e qualidade de vida. Menicucci (2006, p.137) lembra que “a Constituição Brasileira define lazer como um dos direitos sociais junto a outros direitos, como a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados”. Pretende-se deixar clara a necessidade de fomento às práticas de políticas públicas que envolvam o lazer no campo da saúde. Porém, argumenta-se que esta interação não necessita esperar pela ação do Estado, já que há necessidade ética de estabelecê-la na rotina de trabalho, na tentativa de abranger a complexidade do atendimento ao indivíduo-idoso que busca auxílio no tratamento fisioterapêutico.

De certa forma, a expectativa é de que a interação entre lazer e fisioterapia geriátrica domiciliar possa contribuir para que se obtenham trabalhos mais expressivos com foco na reinserção social do idoso, permitindo-o aprender a re-conhecer o meio em que está inserido, podendo agir a seu favor. A expressão dos direitos conquistados por esse grupo social reflete as condições que o meio lhe proporciona, com o objetivo de assegurar-lhes esses direitos.

Entende-se aqui como meio o espaço físico onde esse grupo social possa praticar a vivência desses direitos, entendendo a cidade como mediadora da representação de diferentes grupos sociais, constituintes da sociedade civil como um todo. Perceber a cidade como extensão da vida cotidiana, especialmente a esse grupo social – os idosos – é importante para a conscientização de seus direitos sociais, entre eles a saúde e o lazer.

Para Magnani o lazer

é também um campo a partir do qual se pode pensar a sociedade atual com seus grupos, sua sociabilidade e seus conflitos. Suporte de múltiplos significados, o lazer oferece uma via de acesso ao conhecimento do impasse e possibilidades que se abrem na sociedade contemporânea (MAGNANI, 2000, p.25).

Espera-se assim que este projeto proporcione reflexões com relação à prática da interação do lazer com a fisioterapia geriátrica domiciliar e a contribuição dessa interação para a saúde do idoso em tratamento.

Entende-se, como Bosquirolli (2003, p. 97), que “o envelhecimento conduzido socialmente para o desenvolvimento da pessoa possibilita melhores condições para observar a si mesmo num mundo criado pelo próprio sujeito”. Por isto há a necessidade de fomentar o incentivo ao lazer, na tentativa de interagir diferentes saberes e de atingir um padrão de qualidade que supra as demandas particulares na prestação do serviço de saúde em fisioterapia

geriátrica domiciliar. Para Fonseca (1992, p.53), “a motricidade humana é impossível sem um objetivo, criado no decurso da história social; é também por isso que a organização funcional é igualmente produto do desenvolvimento social”. Assim, a autonomia do paciente está relacionada com sua história de vida que é social, mas também de como ele utiliza suas capacidades funcionais, psicológicas e sociais para produzir singularidade a esse decurso.

É esperado que a interação entre fisioterapia geriátrica domiciliar e lazer possa contribuir para o incentivo ao uso das capacidades funcionais, mas também, das capacidades psicológicas e sociais do idoso, implementando à prática clínica propostas que enfatizem a promoção da saúde e a qualidade de vida desse paciente. Finalmente, a ideia central é justamente a de demonstrar que o trabalho fisioterapêutico geriátrico domiciliar, se contextualizado na interação com o lazer, pode proporcionar ao paciente um novo olhar sobre sua própria vida e um novo posicionamento desse grupo na sociedade atual, com autonomia para buscar seus objetivos, suas novas conquistas pessoais, familiares e sociais.

2 MÉTODO

Este estudo é de natureza exploratória, em virtude da ausência de estudos prévios semelhantes, descritiva e contempla predominantemente uma abordagem qualitativa relacionada ao trabalho de fisioterapia com idosos e as interações com o lazer na abordagem, nos processos avaliativos e de orientação no atendimento domiciliar.

2.1 Participantes

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), conforme o nº CAAE 01189212.3.0000.5149, a seleção dos participantes se deu através de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão adotados para participação na pesquisa foram, a saber, ser profissional de fisioterapia em Belo Horizonte, Minas Gerais, estar devidamente inscrito no Conselho de Fisioterapia de Minas Gerais (CREFITO-4) e trabalhar com idosos no campo de atendimento domiciliar. O critério de exclusão adotado foi não responder ao contato inicial em tempo hábil, estipulado pelo cronograma proposto, ou não preencher os critérios de inclusão.

Os profissionais foram encontrados através do site de busca (Google) com as palavras-chave *Fisioterapia Domiciliar Belo Horizonte*. Foram contatados quarenta e cinco (45) profissionais a participar da pesquisa mediante correspondência eletrônica. Desse total, apenas doze (12) responderam ao contato. A quantidade de participantes se deu em razão do número de profissionais (10) que aceitaram participar da pesquisa no prazo estipulado pelo cronograma proposto e após preencher os critérios de inclusão. A determinação do perfil de participantes se deu sem qualquer distinção. Foi realizado contato telefônico com os dez participantes para definir local, dia e horário para a entrevista, de acordo com a conveniência para cada entrevistado.

2.2 Instrumentos

O principal procedimento de coletas de dados, para o estudo em questão, foi a entrevista. A escolha deste procedimento inspirou-se em Bardin (2008), entendendo-a como fundamental para a investigação da prática fisioterapêutica com idosos e as interações com o lazer na abordagem, nos processos avaliativos e de orientação no atendimento domiciliar. O tipo de entrevista proposto para o estudo foi o semiestruturado com questões abertas (Anexo B).

Com o propósito de testar a adequação do roteiro de entrevista foi conduzido um estudo piloto com três fisioterapeutas não participantes da pesquisa, mas que preencheram os critérios de inclusão. Quanto ao tempo de entrevista, estimou-se que este poderia ser variável por depender da interação de cada fisioterapeuta com o entrevistador e de suas respostas às questões formuladas. A estimativa era de aproximadamente uma hora por entrevista. Os resultados do estudo-piloto indicaram um tempo médio de 20 minutos por entrevista.

2.3 Procedimentos de coleta de dados

Para aqueles que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, no prazo estipulado pelo cronograma proposto, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), em duas vias de igual teor que registrou este aceite e foi fornecido detalhes explicativos da pesquisa. Em seguida, realizou-se a entrevista semiestruturada (Anexo B) individual, no local, dia e horário pré-estabelecidos pelo entrevistado. A entrevista semiestruturada priorizou questões relacionadas às capacidades funcionais do idoso, ao lazer, ao envelhecimento e à abordagem biopsicossocial em fisioterapia.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Todos os dados coletados no presente trabalho foram utilizados para fins exclusivos desta presente pesquisa. Serão armazenados de um a dois anos após a defesa de Dissertação de Mestrado na sala da pesquisadora-orientadora-responsável, com acesso restrito às pesquisadoras-responsáveis pela presente pesquisa (mestranda e orientadora). Após o período de armazenamento, os dados serão descartados.

2.4 Procedimentos de análise dos dados

A interpretação dos dados e a identificação das relações entre os fenômenos de interesse do estudo foram inspirados nos procedimentos sugeridos pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2008) e adaptada para a finalidade da presente pesquisa, com o objetivo de investigar se os Fisioterapeutas, que atendem idosos em domicílio, utilizam instrumentos para avaliar as atividades avançadas de vida diária (AAVD) quando avaliam as capacidades funcionais do paciente e se fazem relação deste instrumento de AAVD com o lazer na prática profissional. Os procedimentos sugeridos pela técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 2008) foram organizados em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados através da inferência e interpretação.

Na etapa de pré-análise os dados foram organizados: as entrevistas foram ouvidas e transcritas, possibilitando análises iniciais acerca das informações obtidas. Na etapa de exploração do material os dados encontrados foram codificados, decompostos e enumerados, identificando proximidades temáticas que resultaram em agrupamentos por tema, tratando-se de categorias empiricamente construídas. Esta etapa contou com o envolvimento da pesquisadora e de uma avaliadora convidada que, em conjunto, formaram categorias através dos agrupamentos temáticos obtidos a partir dos relatos dos profissionais de fisioterapia.

Na etapa do tratamento dos resultados, foram selecionados resultados significativos para a pesquisa, passíveis de interpretação, com base na fundamentação teórico-conceitual que amparou a presente pesquisa, e conforme as categorias de análise formatadas na etapa anterior. A partir dessa interpretação, inferências relacionadas ao objetivo da pesquisa foram construídas, contribuindo para a elaboração de conclusões sobre a pesquisa.

3 RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise de conteúdo e os resultados obtidos através das entrevistas com os Fisioterapeutas que atendem idosos em domicílio na cidade de Belo Horizonte/MG. Os resultados apresentados não transmitirão “o essencial das significações produzidas pelas pessoas”, mas, como coloca Bardin, “é insubstituível no plano das sínteses; permite a relativização, o distanciamento; mostram as constâncias, as semelhanças, as regularidades.” (2008, p.91). Os dados foram organizados em unidades temáticas e essas, aglutinadas em categorias. Em cada tabela há a representação da frequência (f), que indica o total (T) de pessoas envolvidas nas respostas equivalentes a cada categoria. Cabe ressaltar que uma mesma pessoa pode ter mais de uma resposta dentro de uma mesma categoria e que um mesmo sujeito pode ter resposta em mais de uma categoria.

A primeira parte da entrevista não se constituiu em tabela, mas representa o perfil profissional de cada entrevistado, apresentando dados sobre a sua identificação profissional (ano de formação, idade, instituição de ensino de graduação, especialidades, atuação profissional, início do atendimento domiciliar) e dados sobre a prática fisioterapêutica domiciliar com idosos. A segunda e a terceira parte da entrevista correspondem às tabelas apresentadas que contém explicações breves com relação às categorias ou às unidades temáticas na tentativa de esclarecer sobre a elaboração de cada tabela, assim como a sua associação com as questões da pesquisa. *A posteriori*, a intenção é cruzar os dados, encontrados nas sínteses das entrevistas, com a referência bibliográfica apresentada neste estudo, para discutir a importância da interação entre lazer e fisioterapia sobre os processos avaliativos e de orientações a idosos.

3.1 Resultados relacionados ao perfil dos participantes

A amostra do estudo envolveu 10 fisioterapeutas, com média de idade de 27 anos, sendo a idade mínima de 25 anos e a idade máxima de 34 anos. Todos os participantes cursaram a graduação de Fisioterapia em Instituições Particulares, em período compreendido entre 2002 a 2011, iniciando a atividade profissional, em média, 06 meses após a graduação.

Apenas um (01) entrevistado não realizou nenhum tipo de curso após a faculdade. Nove (09) entrevistados possuem especialidades, mas nenhuma especialidade é relacionada

diretamente ao trabalho com idosos. Todos os profissionais conciliam o trabalho domiciliar com outras atividades (clínica, consultório, estúdio de pilates, hospital, palestras e clubes) e relataram iniciar a carreira profissional através do atendimento de idosos em domicílio.

3.2 Resultados para o entendimento de capacidade funcional

De modo ilustrativo, apresentam-se os dados obtidos através da pergunta “O que você entende por capacidade funcional?” (TABELA 1), indicando a frequência das respostas dos profissionais de fisioterapia.

TABELA 1
O que o fisioterapeuta entende por capacidade funcional

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Realização de atividades	1	Atividades normais	10
	5	Atividades do dia-a-dia	
	1	Atividades diárias das básicas às complexas	
	1	Fazer atividades dentro ou fora de casa	
	1	Envelhecimento do corpo impede a realização de atividades	
	1	Estar menos capacitado a fazer as atividades do dia a dia	
Funcionalidade	1	Funções normais	3
	1	Capacidade de funcionamento do corpo	
	1	Trabalhar funcionalidade que o idoso quer manter	
Independência e autonomia	1	Sair da cama para ir ao banheiro, ir à cozinha, almoçar sozinho	4
	1	Levantar da cama/tomar banho sozinho	
	1	Lavar vasilhas	
	1	Ter condição física, emocional	
Outras respostas	1	Realizar o mínimo de tarefas necessárias ao bem estar	3
	1	Interação com o ambiente	
	1	Limitação do paciente	

Foram citadas pelos fisioterapeutas como entendimento por capacidade funcional, dentre outros, a realização de atividades. Essa categoria se constituiu no maior número de respostas dadas pelos profissionais que, em sua maioria, relataram serem essas as atividades do dia-a-dia. A categoria funcionalidade corresponde às respostas que deram importância à função e as categorias independência e autonomia correspondem aos exemplos dados pelos profissionais de fisioterapia para explicar o entendimento sobre capacidade funcional. A categoria outras respostas foi construída a partir de respostas que não se encaixavam nas categorias anteriores.

3.3 Resultados relacionados à avaliação da capacidade funcional do idoso

A TABELA 2 mostra dados sobre a análise de conteúdo, obtidos através da pergunta “Como você avalia a capacidade funcional do idoso na sua prática?”, indicando a frequência das respostas dos profissionais de fisioterapia.

TABELA 2
Como o fisioterapeuta avalia a capacidade funcional do idoso

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Identificação de capacidades e limitações	4	Avaliação de AVD	10
	2	O que dá conta ou não de fazer nas funções diárias	
	1	Nível de dificuldade que prejudica a independência para locomoção/movimento	
	1	Identificação de atividades antes realizadas e dificuldades para realização de atividades da rotina diária	
	1	Identificação de diagnóstico do paciente	
	1	Avaliação fisioterapêutica normal	
Identificação de dor	1	Causas de desconforto	2
	1	Verificação de evolução de quadros de dor	
Testes específicos	1	Testes funcionais	4
	1	TUG para avaliação de caminhada	
	1	Teste de mobilidade e funcionalidade	
	1	Não utiliza	
Interação social	1	O que o idoso precisa para ser mais independente	2
	1	Procurar um lazer ou atividade para fazer	
Análise do contexto domiciliar/familiar	1	Avaliação e necessidades de adaptação do ambiente domiciliar	3
	1	Procura perceber interação do idoso no ambiente/com as pessoas	
	1	Informação geral do paciente, da casa, familiares	
Outras respostas	1	Identificação da demanda pela fisioterapia	3
	1	Identificação de objetivo do paciente com o tratamento	
	1	Avaliação fisioterapêutica normal	

A categoria identificação de capacidades e limitações foi elaborada a partir das respostas mais frequentes dos fisioterapeutas relativas à pergunta. Observa-se que essa categoria revela uma avaliação com base na observação das atividades que o idoso realiza, com predomínio de respostas para a avaliação da Atividade de Vida Diária. Outra categoria é identificação da dor, criada a partir das respostas sobre como avalia a capacidade funcional, assim como as categorias testes específicos, interação social e análise do contexto domiciliar/familiar, além de outras respostas que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

3.4 Resultados relacionados ao conhecimento de protocolos para avaliar ABVD e AIVD

A TABELA 3 foi construída com dados obtidos através da pergunta “Você conhece algum protocolo para avaliar ABVD e/ou AIVD?”, e indica a frequência das respostas dos profissionais de fisioterapia.

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Sim	6	Não lembra nome	10
Não	3	Desconhecimento dos protocolos	
Outras respostas	1	Não aplica	

A categoria sim apresentou grande representatividade, em termo de frequência, em relação à unidade temática não lembra nome. A categoria não significou desconhecimento total dos protocolos. Na categoria outras respostas, a unidade temática não aplica, significa que o entrevistado tem conhecimento do material, mas não o utiliza em seu dia-a-dia.

3.5 Resultados relacionados à forma de acesso aos protocolos para avaliar ABVD e/ou AIVD

A TABELA 4 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à forma como tiveram acesso aos protocolos para avaliar ABVD e/ou AIVD.

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Universidade	3	Graduação	7
	4	Graduação/Disciplina específica	
Outras fontes	1	Revistas indexadas, internet	1
Outras respostas	1	Não lembra	2
	1	Não teve disciplina de Geriatria/Gerontologia	

A categoria Universidade diz do número de entrevistados que conheceram os protocolos na graduação, de forma geral ou em disciplinas específicas. A categoria outras fontes diz de entrevistado que buscou por essa informação, para além da graduação. A

categoria outras respostas apresenta unidades temáticas que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

3.6 Resultados relacionados a como avaliam ABVD e/ou AIVD

A TABELA 5 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à forma sobre com avalia ABVD e/ou AIVD.

TABELA 5			
Uso de protocolos de avaliação de ABVD e/ou AIVD na prática fisioterapêutica			
CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Testes e protocolos específicos	1	Teste de marcha, força, flexibilidade	10
	1	Uso de Barthel	
	1	Uso da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)	
	1	Protocolo do SUS	
	1	Conhecimento de Barthel, não usa	
	2	Não conhece protocolos	
	2	Conhece mas não lembra nomes	
	1	Não utiliza	
Uso modificado de protocolos	1	Mistura, não usa somente um protocolo	2
	1	Trabalha com todos, sem usar diretamente o protocolo	
Avaliação prática	1	Solicita realizar atividades da rotina cotidiana/tarefas domésticas	1
Outras respostas	1	Necessidade do paciente limita avaliação mais ampla	2
	1	Paciente pode responder com medo de ficar com nota baixa	

Os dados obtidos na entrevista apontaram que os fisioterapeutas apresentam diferentes maneiras para avaliar ABVD e/ou AIVD. Dentre as que foram mencionadas, fez-se um agrupamento que resultou nas seguintes categorias: testes e protocolos específicos, uso modificado de protocolos, avaliação prática e outras respostas.

3.7 Resultados relacionados a avaliação das atividades avançadas de vida diária (AAVD)

A TABELA 6 foi construída com dados obtidos através da pergunta “Você avalia as atividades avançadas de vida diária?”, e indica a frequência das respostas dos profissionais de fisioterapia.

TABELA 6
Como o fisioterapeuta avalia AAVD

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Avaliação sem uso de protocolos	1	Não utiliza o protocolo puro	3
	1	Dificuldade de locomoção	
	1	Diálogo com o paciente, sem seguir protocolo	
Avaliação informal	1	Perguntas ao paciente sobre realização de atividades	6
	1	Preocupa com questões sociais	
	1	Observação de atividades do cotidiano	
	1	Avalia se o paciente tem vida social, visita familiar, vai a eventos externos	
	1	Identificar se o paciente faz passeios	
	1	Atividades fora de casa: recreativas, cinema, cultos, participação em grupos	
Outras formas de avaliação	1	Observação do aspecto emocional do paciente	3
	1	Dificuldades apresentadas pelo paciente para estar em determinadas situações	
	1	Avaliar mobilidade do paciente, uso de órteses	
Contexto familiar	1	Ter alguém para promover atividade com o idoso	4
	1	Dificuldade em abordar alguns aspectos com a família, não interfere devido às condições de cada paciente	
	1	Perfil diferente entre pacientes mais caseiros e restritos ao lar	
	1	Dificuldade em propor mudanças de hábitos do paciente e da família, com suas potencialidades, restrições e limitações	
Outras respostas	4	Não avalia	7
	1	Ter vida anterior ativa	
	1	Sugestão de atividades de interesse do paciente e incentivo a novas atividades	
	1	Arte e artesanato	

A categoria avaliação sem aplicação direta do protocolo foi elaborada a partir das respostas dos profissionais de fisioterapia para o conhecimento e o uso de protocolo específico para a avaliação das atividades avançadas de vida diária. É também expressivo, conforme descrito na categoria avaliação com base em observações, a realização da avaliação das atividades sem a utilização adequada e validada de instrumentos. A categoria outras formas de avaliar agrupou respostas referentes à observação do idoso em determinadas situações e a categoria contexto familiar agrupou as respostas que consideraram a importância de familiares para a prática de atividades avançadas. A categoria outras respostas diz do agrupamento de respostas que não se encaixaram nas categorias anteriores.

3.8 Resultados para o entendimento sobre lazer

Observa-se, através da TABELA 7, o entendimento que os fisioterapeutas têm a respeito do lazer.

TABELA 7
O entendimento do fisioterapeuta sobre lazer

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Atividades de livre escolha	1	Algo que não seja as atividades que faz normalmente	10
	1	Atividades de acordo com o interesse da pessoa	
	1	Momento individual para cuidar de si	
	1	O que motiva o ser humano a acordar e trabalhar	
	1	Independente do que seja	
	1	Fisioterapia vai trabalhar para o paciente para fazer as coisas que gosta	
	4	O que o idoso gosta de fazer	
Atividades livres de obrigações	1	Não ter atividade com hora marcada	3
	1	Fuga da obrigação da rotina	
	1	Tempo disponível para a pessoa	
Contraponto ao trabalho	1	Atividade fora do trabalho	3
	1	Qualquer coisa fora da residência e não esteja relacionada a trabalho	
	1	Lazer é fazer tudo aquilo que fuja da sua rotina de trabalho, de casa	
Bem estar	2	Algo que faça com prazer	5
	1	Gera resultados hormonais/metabólicos	
	1	Bem estar	
	1	Qualquer atividade que traz benefício	
Interação com pessoas	3	Envolvimento com outras pessoas	4
	1	Visitar parente	
Exemplos de práticas de lazer	1	Tricô	6
	1	Leitura e música	
	1	Caminhada/Passeios/Viagens	
	2	Cuidar da horta	
	1	Jantar, churrasco	
Prática de atividades físicas	1	Praticar um esporte	4
	1	Atividade física	
	2	Andar de bicicleta	
Outras respostas	1	Trabalhar a mente	7
	2	Independente do lugar	
	1	Idosos aposentados têm preocupação com questões familiares	
	1	Diversão	
	1	Distração	
	1	Descanso	

A categoria atividades de livre escolha correspondeu ao maior número de respostas dadas pelos fisioterapeutas para o entendimento de lazer. A maioria das respostas para essa

categoria compreendeu o lazer como algo que o idoso gosta de fazer. Interessante observar que as respostas obtidas nesta categoria não traduziu o entendimento de lazer para o fisioterapeuta e sim para o que ele entende ser lazer para o paciente. A segunda categoria de atividades diz sobre as respostas que consideraram o lazer como uma atividade livre de obrigações, não restringindo a resposta em relação ao paciente, mas sim sobre o conceito lazer. A categoria contraponto ao trabalho foi construída com base nas respostas que consideraram ser lazer tudo aquilo que não seja trabalho. A categoria bem estar diz do entendimento de lazer como uma atividade que traz benefícios. Construída a partir das respostas que consideraram a possibilidade de interação, a categoria interação com pessoas diz desse entendimento de lazer pelo fisioterapeuta. Os exemplos de práticas de lazer foi uma categoria criada a partir das respostas dos fisioterapeutas com base nos exemplos citados para o entendimento de lazer. A categoria prática de atividades físicas agrupou as respostas dos fisioterapeutas que consideraram ser esta uma prática de lazer. A categoria outras respostas agrupou as demais respostas que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

3.9 Resultados para a percepção sobre a importância do lazer na reinserção social do idoso

A TABELA 8 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à percepção do fisioterapeuta sobre a importância do lazer na reinserção social do idoso.

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Afirmativas	10	Importância do lazer na reinserção social do idoso	10
Interação com pessoas/grupos	1	Convívio com familiares/outras pessoas	4
	1	Principalmente atividades em grupo	
	1	Grupos de passeio com idosos	
	1	Fazer novas amizades	
Interação familiar	1	Lazer como forma de incluir o idoso nas atividades familiares	2
	1	Lazer com a família	
Promoção de autonomia	1	Conseguir se virar sozinho	5
	1	Desenvolvimento do idoso	
	1	Não perder a capacidade funcional	
	1	Estímulo para busca da melhoria	
	1	Acompanhamento de atividades com o idoso	
Outras respostas	1	Questão cognitiva	4
	1	Interessar o paciente a realizar lazer	
	1	Festas de aniversário	
	1	Praça, cinema, sorveteria, teatro	

A categoria concordância diz sobre a importância do lazer para o fisioterapeuta no processo de reinserção social do idoso. Todos concordaram. A categoria interação com pessoas/grupos foi construída com base nas respostas que consideraram ser esta a importância do lazer no processo de reinserção social do idoso. Outras respostas consideraram a importância inclusiva do lazer no contexto familiar e resultaram na construção da categoria interação familiar. A categoria promoção de autonomia foi construída a partir das respostas que consideraram ser esta importância do lazer na reinserção social do idoso. A categoria outras respostas foi construída com as respostas que não se encaixavam em nenhuma das categorias anteriores.

3.10 Resultados para a resposta sobre as orientações fisioterapêuticas para o lazer de idosos

A TABELA 9 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à pergunta se o entrevistado daria orientações para o lazer e como seriam essas orientações.

TABELA 9
Orientações fisioterapêuticas para o Lazer

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Interesses individuais	4	O que o idoso gosta de fazer	5
	1	Cada paciente é de um jeito	
Condição do idoso	1	Acesso ao lazer condicionado ao contexto do idoso	6
	1	Atividades em horários adequados ao idoso	
	1	Identificar a condição física do paciente	
	1	Incentivo dentro da necessidade de vida de cada paciente	
	1	Coisas que o idoso gosta, mas não consegue fazer sozinho	
	1	Avaliação detalhada da história de vida do paciente	
Exemplos de práticas de Lazer	1	Grupo de dança	4
	1	Atividade de tricô	
	1	Academia/Hidroginástica	
	1	Cinema/Shopping	
Interação social	1	Não ficar só em casa, conviver com outras pessoas da mesma idade	3
	1	Eventos gratuitos próximo da residência do paciente	
	1	Visitas	
Participação da família	1	Solicitação da participação de familiares para o lazer	3
	2	Orientação à família, incentivo ao lazer	
Outras respostas	1	Idoso gosta de ficar em casa	4
	1	Realizar atividades junto com o paciente para incentivo inicial	
	1	Orientações para sair do ambiente doméstico	
	1	Bom pra cabeça, fora da rotina	

A categoria interesses individuais foi construída através das respostas dos fisioterapeutas para as orientações para o lazer. Observa-se que a maioria orienta para o lazer de acordo com o que o idoso gosta de fazer. As respostas que apresentam a orientação para o lazer com base nas condições que o idoso apresenta foram agrupadas na categoria condição do idoso. As respostas que apresentam exemplos de práticas de lazer para as orientações foram agrupadas na categoria exemplos de práticas de lazer. A categoria interação social foi construída com base nas respostas dos fisioterapeutas que orientam o lazer com esse objetivo. Assim também foram agrupadas as respostas que consideram a participação da família para as orientações para o lazer do idoso, construindo a categoria participação familiar. A categoria sugestões de práticas de lazer diz sobre algumas orientações de lazer sugeridas pelos profissionais. A categoria outras respostas foi construída com as respostas que não se encaixavam em nenhuma das categorias anteriores.

3.11 Resultados para o questionamento sobre a participação dos familiares no lazer do idoso

A TABELA 10 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à participação dos familiares no lazer do idoso.

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Questionamento quanto à participação da família para o Lazer	6	Sim, questiona e sugere	10
	1	Não questiona	
	1	Orienta, mas deixa a critério da família	
	1	Diálogo baseado no respeito ao paciente	
	1	Orientações de acordo com necessidades do paciente e com a abertura dos familiares	
Outras respostas	1	Preocupação em manter contato com a família após o término do tratamento	2
	1	Familiares pouco participativos quanto ao lazer com o idoso	

A categoria participação familiar no lazer do idoso foi construída a partir das respostas dos fisioterapeutas. Observa-se que a maioria questiona e sugere a participação dos familiares no lazer do idoso. A categoria outras respostas foi construída com as respostas que não se encaixavam em nenhuma das categorias anteriores.

3.12 Resultados para o entendimento sobre envelhecimento

A TABELA 11 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à pergunta sobre o que entende por envelhecimento.

TABELA 11
O que o fisioterapeuta entende por envelhecimento

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Condições físicas/funcionais	1	Fisiológico	7
	1	Perda da capacidade física e mental/intelectual que decorre da idade	
	1	Senilidade e senescência	
	1	Processo de modificação do corpo, pele, órgãos	
	1	Queda/perda funcional	
	1	Perda pessoal e profissional, contínua, progressiva de realizar atividade e da capacidade estrutural do corpo, em função das doenças crônicas	
	1	Perder função ou ficar doente	
Processo individual	1	Processo normal, individual, alguns envelhecem melhor	5
	1	Tempo que a pessoa passou na vida	
	1	Inevitável	
	1	Está na capacidade de cada pessoa	
	1	Está na cabeça de cada um	
Outras respostas	1	Coisas peculiares que acontecem	8
	1	Não quer dizer ser velha pode ter idade avançada e mentalmente viver como pessoa mais nova	
	1	Cabeça ruim, não trabalha como antes	
	1	Pode envelhecer bem, ser saudável ou não	
	1	Condição física e mental, um todo	
	1	Pessoas envelhecem melhor quando tem maior participação na sociedade	
	1	Atualmente existe muita informação para uma vida saudável	
	1	Experiência de vida, triste	

A categoria condições físicas/funcionais foi construída através do agrupamento das respostas dos fisioterapeutas sobre o entendimento por envelhecimento partindo do pressuposto de que envelhecer é um processo que passa pelo declínio das condições físicas/funcionais. A categoria processo individual foi construída pelo agrupamento de respostas que assim consideraram ser o envelhecimento. A categoria outras respostas foi construída pelo agrupamento de respostas que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

3.13 Resultados para a relação entre envelhecimento e a prática profissional

A TABELA 12 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à pergunta sobre a relação entre envelhecimento e a prática profissional de fisioterapia.

TABELA 12
Relação entre envelhecimento e a prática profissional

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Conhecimento	5	Conhecimento permite envelhecer melhor	5
Limitações da condição física do fisioterapeuta	1	Doença crônica dificulta mais ainda	5
	1	Limitações no volume de atendimentos em função da idade do fisioterapeuta;	
	1	Dia a dia do fisio muito ativo, adota posições inadequadas no manejo do paciente	
	1	Atendimento domiciliar é campo de atuação com curto prazo, devido às exigências físicas ao fisioterapeuta/falta de equipamentos apropriados	
	1	Atendimento domiciliar exige muito esforço físico do fisioterapeuta	
Ação preventiva/corretiva	1	Diminuir o ritmo de trabalho	10
	1	Procurar atividade para fazer	
	1	Hábitos saudáveis de alimentação, leitura, jogos, estimulação neurosensorial, manter a integridade física e mental	
	1	Manter atividade física desde jovem para evitar problemas futuros	
	1	Fortalecer o corpo, postura adequada	
	1	Questão de alimentação, convívio social, participação	
	1	Orientação para a atividade física, cuidados com a saúde	
	1	Atuação na clínica com mais recursos e pacientes mais ativos - menos exigência física ao fisioterapeuta	
	1	Cuidados com a saúde, prevenção para diabetes, hipertensão	
1	Fazer atividades diferentes na rotina diária		
Autoanálise	4	Nunca pensou	6
	1	Orienta o paciente, mas não pratica	
	1	Especializar em outra área, associar a terapia manual com abordagem psicológica	
Outras respostas	1	Expectativa de estar trabalhando e ter saúde	5
	1	Envelhecimento inevitável	
	1	Estar bem para poder exercer a profissão	
	1	Tenta orientar o paciente da forma como acha que deve ser	
	1	Profissão que trata do corpo das pessoas	

A categoria conhecimento acadêmico/profissional foi construída a partir das respostas dos fisioterapeutas que consideraram que o conhecimento adquirido com a realização do curso de graduação em fisioterapia os permite envelhecer melhor. A categoria limitações das condições físicas do fisioterapeuta foi construída com base nas respostas dos fisioterapeutas

sobre a relação entre envelhecer e a prática profissional. As respostas que consideraram ser determinante a atitude do fisioterapeuta frente ao envelhecimento em relação à prática profissional foram agrupadas na categoria ação preventiva/corretiva. Na categoria autoanálise foram agrupadas as respostas dos fisioterapeutas que avaliaram a sua prática para responder questões sobre o enfrentamento do envelhecimento e a prática profissional. Em outras respostas, foi construída a categoria que agrupou respostas que não se encaixaram em nenhuma categoria anterior.

3.14 Resultados para o entendimento sobre abordagem biopsicossocial

A TABELA 13 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à pergunta “o que entende por abordagem biopsicossocial”.

TABELA 13
O que o fisioterapeuta entende por abordagem biopsicossocial

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Desconhecimento do termo	2	Não conhece/não sabe	2
Visão de todo	6 1 1	Abordagem do sujeito como um todo, global (físico, mental, social) Tratar além da patologia Tratar não só a parte motora/funcional, mas também a psicológica, afetiva, conversar, dar conselhos, carinho	8
Interação social	1 1 1 1	Socialização do idoso no ambiente de casa, outros lugares e outras pessoas Passeios, atividades ao ar livre Participação na sociedade Indicação do lazer	4
Aspectos relacionados ao idoso	1 1	Inclusão do idoso Questão emocional do idoso não querer fazer atividade, não buscar tratamento	2
Aspectos relacionados ao tratamento	1 1 1 1 1 1	Uso da CIF Demanda do trabalho - física - mas também psicológica Abordagem da fisioterapia Saber escutar, entender emocionalmente, para ajudar no tratamento Olhar a perda funcional e motivar com orientações para a prática de atividades Trabalhar a funcionalidade junto a aspectos do contexto de vida do paciente	6
Aspectos relacionados à família	1 1 1	Orientar a família sobre limitação da fisioterapia e incentivar outras atividades Lazer e família Paciente com pouca atenção da família	3
Outras respostas	1 1 1 1	Manter o estado físico trabalhando Interação com o paciente idoso, apego ao fisioterapeuta, conversar Ciclo de amizade e confiança Identificação com os conceitos da psicossomática	4

A categoria desconhecimento do termo foi construída através do agrupamento de respostas dos fisioterapeutas que não conhecem ou não sabem nada sobre abordagem biopsicossocial. Na categoria percepção global foram agrupadas as respostas dos fisioterapeutas que entendem a abordagem biopsicossocial como uma abordagem que contempla o sujeito como um todo, destacando como a resposta mais relatada de todas as categorias desta tabela. A categoria fator social agrupou as respostas dos fisioterapeutas que consideraram a abordagem biopsicossocial uma abordagem que se preocupa com as questões sociais do paciente. Foram agrupadas as respostas dos fisioterapeutas que associaram a abordagem biopsicossocial aos aspectos relacionados à inclusão do idoso, construindo a categoria aspectos relacionados ao idoso. Na categoria aspectos relacionados ao tratamento foram agrupadas as respostas dos fisioterapeutas que associaram a abordagem biopsicossocial à demanda de tratamento. A categoria fator familiar foi construída a partir das respostas dos fisioterapeutas que associaram a abordagem biopsicossocial à participação da família no tratamento ao idoso. A categoria outras respostas foi construída a partir das respostas que não se encaixavam em nenhuma das outras categorias anteriores.

3.15 Resultados para as estratégias fisioterapêuticas para a promoção de saúde de idosos

A TABELA 14 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas à pergunta sobre quais as estratégias utilizadas para promover saúde de idosos.

TABELA 14
Estratégias fisioterapêuticas para a promoção de saúde a idosos

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Diretrizes de trabalho	1	Foco em co-morbidades	5
	3	Trabalhar de acordo com as limitações/patologia apresentada	
	1	Identificar motivação do paciente e avaliar o quadro geral	
Conduta terapêutica	1	Orientação para realização de fisioterapia	10
	1	Medidas padrão (oximetria, gasometria, pressão arterial, diabetes)	
	1	Explicação e esclarecimento de termos médicos, diagnóstico, prognóstico e tratamento	
	3	Orientação para realização de atividades físicas/outras atividades	
	1	Associar o exercício físico ao diálogo com o paciente	
	1	Questionar a manutenção da doença crônica, controle, manifestação, progressão, estabilização	
	1	Incentivo à conquista de melhoria e autonomia	
1	Atividades de propriocepção e estimulação sensorial		
Aspectos relacionados à família	1	Orientações à família/cuidados com idoso	3
	1	Explicação sobre condutas inadequadas ao paciente e familiares	
	1	Alterações no espaço domiciliar/mobiliário, orientações para ajustes para segurança do idoso	
Interdisciplinaridade	1	Interação com outros profissionais	1
Outras respostas	1	Estar bem emocionalmente para fazer a atividade	4
	1	Estabilização de quadro crônico para qualidade de vida do paciente	
	1	Incentivar a autoconfiança do paciente	
	1	Uso de recursos de o ambiente domiciliar para atividades físicas	

A categoria atuação direta foi construída a partir das respostas dos fisioterapeutas sobre as estratégias desenvolvidas para a promoção de saúde a idosos. A maioria das respostas associam as estratégias ao trabalho de acordo com as limitações/patologias apresentadas. A categoria conduta terapêutica foi construída com base nas respostas dos fisioterapeutas que associaram as estratégias para promoção de saúde à conduta terapêutica adotada. Na categoria aspectos relacionados à família foram agrupadas as respostas dos fisioterapeutas que associaram as estratégias para a promoção de saúde do idoso a esses aspectos. A categoria interdisciplinaridade foi construída com base nas respostas que associaram as estratégias para promoção de saúde à interação com outros profissionais. A categoria outras respostas foi construída com as respostas que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

3.16 Resultados para o questionamento se gostaria de acrescentar algo mais

A TABELA 15 indica a frequência das respostas dos fisioterapeutas relativas ao questionamento se o fisioterapeuta gostaria de acrescentar algo mais à entrevista.

TABELA 15
Outros comentários

CATEGORIA	f	UNIDADE TEMÁTICA	T
Comentários	4	Não	4
Interação com a família	1	Não trabalha só com o idoso, faz orientações à família	5
	1	Valorizar para a própria família, o idoso dá valor ao trabalho	
	1	Família do idoso entender a importância da fisioterapia	
	1	A família às vezes atrapalha o paciente e poderia ser mais interessada	
	1	A família no atendimento domiciliar participa, está mais próxima	
Atendimento domiciliar	1	Importante que mais profissionais pudessem atender em casa	5
	1	O atendimento domiciliar é importante, mas às vezes pouco valorizado	
	1	O atendimento domiciliar com o idoso é mais complicado	
	1	O ponto principal está nessa relação entre profissional, paciente e familiares	
	1	O atendimento domiciliar é mais complicado, pois na clínica pois o paciente sai de casa, tem contato com outras pessoas	
Outras respostas	1	O trabalho melhor, bem feito, com mais resposta, no cuidado com o idoso	4
	1	Tratamento para dar melhor qualidade de vida e independência do idoso	
	1	Muitas vezes o paciente não tem boas condições financeiras e de higiene	
	1	Com o tempo se consegue mudanças na casa para facilitar o atendimento	

Na categoria comentários foram agrupadas todas as respostas dos fisioterapeutas que não quiseram acrescentar algo mais ao final da entrevista. A categoria interação com a família foi construída a partir das respostas que deram importância a questão familiar no tratamento fisioterapêutico domiciliar de idosos. Na categoria atendimento domiciliar foram agrupadas as respostas que acrescentaram algo mais ao final da entrevista em relação ao tratamento fisioterapêutico domiciliar. Na categoria outras respostas foram agrupadas as demais e diferentes respostas que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

4 DISCUSSÃO

Os dados obtidos através das entrevistas com os fisioterapeutas, mesmo se tratando de amostra de conveniência, são, em sua particularidade e em seu conjunto, de grande relevância para este estudo, pois se mostram compatíveis com as considerações apresentadas, com base nas referências bibliográficas, sobre a fisioterapia e a interação com o lazer no atendimento de idosos em domicílio. Assim, buscou-se estudar o entendimento do fisioterapeuta sobre capacidade funcional, sobre os processos avaliativos e de orientações utilizados em sua prática e as interações com o lazer, assim como sobre o envelhecimento e a relação com a prática profissional.

Este estudo optou por uma abordagem qualitativa-quantitativa dos resultados por entender que assim amplia-se a discussão para melhor explicá-los. As respostas obtidas através da entrevista, amparadas na literatura apresentada, impõem a necessidade de discutir temas pertinentes construídos a partir de determinadas categorias. Assim, serão apresentados, por ordem de discussão, os resultados obtidos para o início da atividade profissional e a capacitação do fisioterapeuta para o atendimento a idosos, o entendimento do profissional sobre a capacidade funcional, a avaliação de idosos e o conhecimento de protocolos para avaliar ABVD, AIVD e AAVD e o entendimento do profissional sobre o lazer, a percepção sobre a importância do lazer na reinserção social do paciente idoso, as orientações fornecidas e o questionamento da participação de familiares no lazer do idoso.

4.1 O início da atividade profissional e a capacitação do fisioterapeuta para o atendimento a idosos

Neste estudo, o questionamento ao fisioterapeuta sobre o início de sua atividade em atendimento domiciliar teve como objetivo conhecer a realidade dos entrevistados no que se refere à maneira pela qual foi realizada a escolha deste campo de atuação profissional, bem como identificar a percepção dos mesmos a respeito de temas relacionados ao ingresso no mercado de trabalho no campo domiciliar e ao atendimento geriátrico e gerontológico. Todos os fisioterapeutas entrevistados relatam o início da atividade profissional no atendimento de idosos em domicílio como uma das primeiras oportunidades efetivas de trabalho após a graduação. Pode-se constatar, através dos relatos que, no decorrer da formação acadêmica em suas respectivas instituições de ensino, não foram abordados conteúdos específicos, tais como

“à atribuição de responsabilidades, diretrizes e sistematização da atividade” (Almeida, 2012, p.13), sobre o atendimento domiciliar.

Freitas, em seu estudo sobre a atuação da fisioterapia na atenção básica presume que

a convivência do fisioterapeuta no ambiente familiar o coloca em confronto direto com a realidade vivida por essa pessoa. Isso permite, do ponto de vista do relacionamento entre as partes, uma interlocução em um campo mais rico (talvez mais verdadeiro) em relação à possibilidade de uma maior aproximação entre as necessidades verbalizadas pela pessoa atendida com as ações a serem propostas pelo profissional. (FREITAS, 2006, p.100).

Compton e Pickles (2000) apontam sete fatores determinantes para uma boa prática profissional e afirmam que o processo inicial de uma boa prática em fisioterapia para idosos deve considerar (1) a importância da avaliação, do uso de protocolos, do exame completo do paciente, citando também outros aspectos, tais como (2) a necessidade de fornecer um alto padrão de fisioterapia, obtendo a adesão do paciente e a colaboração dos familiares e demais envolvidos com o tratamento, (3) de assegurar a recuperação da autonomia do paciente, (4) de definir metas e resultados a alcançar, além de (5) uma constante avaliação da abordagem fisioterapêutica e métodos de tratamento. Estes fatores devem estar associados a uma (6) orientação constante no sentido da prevenção de problemas e o (7) incentivo à conquista de níveis de independência e saúde do paciente idoso.

Considerando as referências teóricas sobre o tema, as respostas dos entrevistados e dentro da perspectiva de uma atuação profissional mais adequada ao contexto domiciliar com idosos, o estudo pretendeu contribuir para a reflexão sobre a necessidade e a importância de maior produção teórica sobre o atendimento domiciliar, mais especificamente em relação ao atendimento de idosos no campo da fisioterapia. Também julga relevante considerar a inserção da disciplina na estruturação curricular dos cursos de graduação, visando capacitação teórico-prática para os profissionais de fisioterapia. Outra contribuição esperada refere-se ao incentivo para a discussão sobre as práticas tradicionais e os novos desafios da profissão, buscando ressaltar a especificidade do campo domiciliar e a necessidade de instrumentalização técnica dos profissionais que atuam em domicílio.

Neste sentido, o estudo também destaca a importância da interação entre fisioterapia e lazer, para a capacitação profissional em fisioterapia, principalmente quando a prática é realizada com idoso no contexto domiciliar, em razão da preocupação com a reinserção social do paciente. A interação entre lazer e fisioterapia permite, no rigor da palavra, uma avaliação geriátrica ampla, na medida em que o idoso, ao relatar sobre o seu lazer (realizado, mantido

ou suspenso) fornece informações sobre sua capacidade funcional, níveis de independência e autonomia para realizá-las. Isso possibilita ao fisioterapeuta identificar limitações e potencialidades do paciente e ampliar o foco da abordagem fisioterapêutica. Estes aspectos, somados aos resultados obtidos na observação clínica, nos protocolos de avaliação e demais instrumentos avaliativos, fornecem ao fisioterapeuta elementos essenciais ao que Compton e Pickles recomendam como uma boa prática em fisioterapia.

Subtil, Souza e Garcia (2012) apoiados nos estudos de Caprara e Rodrigues (2004) aponta que o estabelecimento de relações com os pacientes permite a melhora dos resultados terapêuticos e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente. Segundo Sampaio (2002) o fisioterapeuta ainda tem suas ações centradas nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para práticas hospitalares e ambulatoriais, em detrimento aos novos modelos assistenciais. No que se refere ao modelo de assistência fisioterapêutica domiciliar, se faz necessário uma concepção de atendimento que enfatize a interação colaborativa entre fisioterapeuta e paciente e entre fisioterapia e lazer reconhecendo a importância dessas interações nos processos da reabilitação motora: abordagem, avaliação, proposta de tratamento, orientações e alta.

A falta de informação sobre o valor da fisioterapia domiciliar em grupos específicos de pacientes, conforme Veras e Góis, impede uma ação eficiente de ampliação e promoção desse tipo de atendimento. O autor destaca a necessidade de se fomentar as

condutas de criação de novos modelos assistenciais ou de prevenção, no auxílio dos programas de combate e controle das incapacidades e na análise dos efeitos da fisioterapia domiciliar em casos focados, como no favorecimento da qualidade de vida, que tende a trazer reflexos expressivos no contexto humano e social. (VERAS; GÓIS, 2006, p.49).

No que se refere ao lazer, Bacheladenski e Mattiello Júnior (2010, p.2577), afirmam que “o lazer somente estará alinhado à promoção da saúde caso as demais esferas da vida humana sejam consideradas”. Em relação a fisioterapia com o paciente idoso, é imprescindível considerar, principalmente na avaliação, essas demais esferas de sua vida. Neste sentido, para que o idoso usufrua toda a potencialidade do seu tempo como real possibilidade de liberdade, de autonomia e de exercício da cidadania, a recuperação e a manutenção da capacidade funcional do idoso deve estar alinhada também para contribuir para o incentivo ao lazer.

A interação entre fisioterapia e lazer pode complementar a capacitação profissional do fisioterapeuta na abordagem ao idoso, na medida em que, através do diálogo com o paciente

sobre seu lazer, podem ser identificadas atividades usualmente desenvolvidas, contribuindo também para a orientação às possíveis ações que promovam a saúde do idoso em tratamento. A atuação no campo domiciliar, corroborando Freitas,

favorece pois, uma aproximação em que a hierarquização, na qual o ator da saúde se apresenta na posição do detentor da verdade sobre as necessidades da saúde do outro, deve ser superada pelo diálogo, propulsor de novos saberes adquiridos no confronto das diferenças identificadas um com o outro, num incessante caminho de adequação das práticas e ações emprenhadas pelos sentidos da integralidade. (FREITAS, 2006, p.102).

Ao estabelecer o diálogo com o idoso, o fisioterapeuta permite a expressão da vivência individual que o paciente possui com relação ao lazer, obtendo indicadores de capacidade funcional: equilíbrio, marcha, autonomia, independência, ou seja, indicadores de saúde, necessários à formulação da proposta de tratamento fisioterapêutico.

Subtil, Souza e Garcial (2012, p.577) apontam que a “efetividade do tratamento encontra-se em uma via de mão dupla, em que os pacientes precisam ser participantes ativos sob a orientação do fisioterapeuta”. Nesse contexto, acredita-se que a interação da fisioterapia domiciliar com o lazer pode favorecer o diálogo entre fisioterapeuta e paciente e incrementar o tratamento proposto, adequando-o à realidade e às demandas do paciente.

A fisioterapia, promovendo a reabilitação da capacidade funcional, pode habilitar e/ou motivar o paciente a vivenciar e/ou experienciar o lazer. O lazer, promovendo a autonomia do paciente em sua escolha, pode motivar sua adesão à proposta de tratamento. O Fisioterapeuta ao elaborar esta proposta com base na interação entre lazer e fisioterapia pode promover sentido ao tratamento proposto ao idoso que, muitas vezes, por ser portador de patologia(s) crônica(s) se mostra desmotivado ao tratamento.

A fisioterapia domiciliar em interação com o lazer pode gerar diferentes maneiras de vivenciar ou experienciar as capacidades funcionais reabilitadas. Muito além de uma simples concepção funcionalista ou de mudança de atitude frente às necessidades de lazer, como bem sintetizam Bacheladenski e Mattiello Júnior (2010, p. 2576-2577), a prática profissional em fisioterapia deve promover a saúde do idoso e contribuir para o seu processo de reinserção social. O atendimento domiciliar, conforme Ragasson,

é imprescindível ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois é quando nos deparamos com a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes à cada caso. (RAGASSON, 2005, p.4).

Conhecer os diferentes espaços e a maneira como o paciente os ocupa e faz usos deles diz sobre o lazer e diz também sobre o paciente e suas interações sociais. Nessa lógica, a interação entre fisioterapia geriátrica domiciliar e o lazer é vista como importante para o trabalho com idosos, em todo o processo fisioterapêutico.

4.2 O entendimento do profissional sobre a capacidade funcional, a avaliação de idosos e o conhecimento de protocolos para avaliar ABVD, AIVD e AAVD

Conforme citam Paixão e Reichenheim (2005, p.15), “a dimensão do estado funcional é central para a avaliação geriátrica”, mas, segundo Nogueira et al (2010, p.323), no contexto dos estudos sobre envelhecimento ainda “a morbidade é um dos principais indicadores de saúde analisados”. Outros autores, como aponta Camara *et al.*, reforçam que

a avaliação do nível de capacidade funcional dos idosos pode balizar as intervenções direcionadas a essa população, pois é ponto fundamental para determinação do risco de dependência futura, da complicação ou instauração das doenças crônicas, de probabilidade de quedas e de índices de morbidade e mortalidade (CAMARA *et al.*, 2008, p.250).

Este estudo defende o uso de instrumentos para a avaliação da capacidade funcional de idosos nas três subdimensões das atividades de vida diária, a saber, as atividades básicas, as atividades instrumentais e as atividades avançadas.

No entendimento deste estudo, a compreensão do conceito capacidade funcional pode ampliar a visão avaliativa do fisioterapeuta em relação ao paciente idoso. Trata-se de compreender que a avaliação fisioterapêutica não pode estar pautada somente no binômio saúde/doença, capacidade/incapacidade. Sabe-se que ainda é aplicada na prática fisioterapêutica, conforme Silva *et al.* (2008), uma abordagem funcional fundamentada no modelo biomédico vigente, que enfatiza a patologia e a visão mecanicista do corpo, não considerando o papel dos fatores sociais e/ou da subjetividade que determina a peculiaridade do adoecimento de cada paciente em particular.

As respostas obtidas pelo presente estudo indicam que dez entrevistados entendem capacidade funcional como a capacidade de realização de atividades, destacando-se cinco respostas para as atividades do dia-a-dia. De certa forma, isso corrobora a compreensão do conceito fundamentado no modelo biomédico e contribui para limitar a compreensão do fisioterapeuta sobre este importante marcador do envelhecimento.

Segundo Camara *et al* (2008), apoiado em Shubert (2006) e em Okuma (1997), o conceito de capacidade funcional pode ser definido como a eficiência em corresponder às demandas físicas do cotidiano, compreendendo desde as atividades básicas de vida diária até as atividades avançadas, mais complexas, para uma vida independente. Outros estudos, conforme destacam Nogueira *et al.* (2010), apontam que o declínio da capacidade funcional pode estar associado a uma série de fatores multidimensionais, que interagem e determinam essa capacidade. Logo, a avaliação fisioterapêutica deve considerar esses fatores para o entendimento do conceito de capacidade funcional e aplicá-lo na sua prática avaliativa e/ou interventiva. Conforme Nogueira *et al.* (2010), inúmeros estudos têm demonstrado a associação entre o aumento da idade e a maior chance de dependência funcional. Isso evidencia a necessidade de capacitação profissional do fisioterapeuta para um atendimento qualificado ao idoso, que representa um grupo com crescente demanda de atendimento fisioterapêutico, além de ser um grupo social com características próprias, que demandam conhecimentos específicos.

Questionados sobre como avaliam a capacidade funcional do idoso, quatro entrevistados responderam que realizam a avaliação das atividades da vida diária, porém não utilizam protocolos formais, privilegiando a observação no processo de avaliação e as informações colhidas junto ao paciente, sem efetivar o registro instrumental do desempenho funcional observado. Corroborando Neri *et al.* (2004), o presente estudo acredita que métodos objetivos e padronizados de avaliação geriátrica podem oferecer mais subsídios para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, revelar necessidades e subsidiar a proposta fisioterapêutica, bem como determinar a utilização de recursos para esse grupo social. Nesta direção, os métodos padronizados devem se somar ao relato do paciente e dos familiares/cuidadores para que, de modo complementar, possam potencializar a avaliação do paciente idoso.

De acordo com os estudos de revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, desenvolvido por Paixão e Reichenheim (2005), dentre a vasta gama de instrumentos existentes, enfatiza-se que a decisão de utilizar um instrumento deve se embasar em evidências formais de validade e confiabilidade no contexto brasileiro, que possuam aspecto amplo de investigação e que sejam curtos, compatíveis com o modelo de avaliação geriátrica ampla (AGA). Dos dez entrevistados para este estudo, seis relatam ter conhecimento de alguns protocolos para avaliar ABVD e AIVD, mas não lembravam o nome, três responderam desconhecer os protocolos e um respondeu não aplicá-los.

Em relação à avaliação da AAVD, quatro entrevistados responderam não avaliar e seis responderam realizá-las de maneira informal e quatro entrevistados responderam avaliá-la através de questões relacionadas ao contexto familiar. O protocolo sugerido por Melo (2009) para a avaliação das atividades avançadas de vida diária é resultado de esforço para incluir as questões sociais na avaliação do paciente idoso, incluindo questões relacionadas ao lazer do paciente. Contudo, não há em seu estudo uma distinção de quais questões no protocolo corresponderiam ao lazer. No relato dos entrevistados, mesmo tratando o tema sem aprofundamento, constatou-se a tendência em associar o protocolo de AAVD, proposto por Melo (2009), às questões relacionadas ao lazer do paciente.

A variedade de instrumentos, a raridade e a pouca preocupação em se adaptar formalmente instrumentos na dimensão de estado funcional no Brasil, conforme destacam Paixão e Reichenheim (2005), podem ter contribuído para o enfraquecimento do aprendizado de temas como a avaliação da capacidade funcional de idosos através de protocolos para avaliar ABVD, AIVD e AAVD nas instituições de ensino de fisioterapia. Apesar da importância do lazer, reconhecida pelos entrevistados (10) em relação a reinserção social do idoso, os estudos sobre esta temática, recentes no Brasil, se mostram ainda discretos em relação ao campo da saúde. Isso aponta para necessidade de aprofundamento dessa interação com o objetivo de contribuir para os estudos sobre reabilitação motora de idosos, mas também contribuir para os estudos do lazer.

4.3 O entendimento do profissional sobre o lazer, as orientações fornecidas e o questionamento da participação de familiares no lazer do idoso.

A proposta deste estudo foi de destacar a necessidade de inclusão de indicadores sociais na avaliação das atividades diárias com ênfase nas AAVD para se determinar o nível de capacidade funcional do idoso, sabendo que, conforme apontado por Dias *et al* (2010, p.259), “apesar de inúmeros trabalhos referirem a importância dos aspectos sociais, produtivos e de lazer no envelhecimento, os efeitos longitudinais associados ao desempenho das AAVD foram pouco explorados e ainda continuam inconclusivos”. Contudo, sabe-se também da necessidade de melhor sistematização dos termos e protocolos utilizados nos estudos do envelhecimento, o que, no entender do presente estudo, reforça a importância do fisioterapeuta realizar pesquisas nesta área, considerando a avaliação das atividades avançadas, e também nos estudos do lazer.

A pesquisa conduzida, inspirada no trabalho de Melo (2009, p.42), corrobora a ideia de que “a diminuição das atividades que exigem movimentos físicos, mesmo que pouco intensos, em médio prazo prejudica o desempenho das atividades de vida diária em todos os níveis e provoca perdas em dimensões biopsicossociais do funcionamento”. Assim, cabe ao fisioterapeuta avaliar o desempenho do idoso nas diferentes atividades realizadas em sua vida diária, incentivando a vivência e/ou experiência dessas atividades, durante o processo de reabilitação. No estudo de revisão da literatura sobre os efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos, Dias *et al.*, reforçam que

diferentes características presentes nas atividades sociais, produtivas e de lazer exerceram efeito importante sobre a redução da mortalidade, reafirmando a importância de sua inclusão em programas de promoção de saúde e de reabilitação direcionados a idosos” (DIAS *et al.*, 2010, p.266).

Isto posto, é possível inferir a importância do lazer na avaliação da AAVD e para a reabilitação de idosos em domicílio.

De outro ponto, também é possível constatar a importância da fisioterapia no incentivo ao lazer. Doll (2007, p. 111) destaca as barreiras que os idosos precisam enfrentar para a prática do lazer, advindas da sociedade - por causa da imagem e do papel social atribuído ao idoso e a falta de oferta de espaço ao lazer; advindas de sua condição de saúde - por causa de doenças ou idade avançada e as barreiras advindas de condições internas - do próprio imaginário do idoso. Em todas essas barreiras constata-se a importante participação do fisioterapeuta no incentivo à sua transposição, uma vez que, através da reabilitação, o paciente idoso pode superar os desafios impostos pela sua condição física. Com base nos estudos de Doll (2007), sabe-se que a maioria das atividades realizadas, preferidas pelos idosos, acontece dentro de casa. Assim, o fisioterapeuta, que desenvolve sua atividade profissional no campo domiciliar, pode contribuir para incentivar o uso da capacidade funcional reabilitada através das vivências e/ou experiências de lazer. De acordo com estudo de D’Orsi et al (2011, p.689), “as primeiras capacidades funcionais a serem perdidas são as mais complexas, pois requerem interação precisa e coordenada entre vários componentes do indivíduo”. A atuação do fisioterapeuta na reabilitação da capacidade funcional pode contribuir para que o idoso vivencie e/ou experiencie o lazer, em uma conduta terapêutica e/ou preventiva, contribuindo para assegurar mais qualidade à vida do paciente. A fisioterapia atua numa perspectiva ampliada do conceito de saúde ao incentivar e orientar a busca de lazer em sua conduta terapêutica.

Balsan (2006, p.70) destaca que “o envelhecimento populacional provoca a transformação da velhice em um problema social complexo acompanhado pela busca de mudança nos discursos e práticas, inclusive no que diz respeito ao lazer”. Autores como Rosa *et al.* (2003, p.47) apontam que “a manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com trabalho até idade mais avançada e/ou com atividades agradáveis”. Assim, parece bastante relevante a inclusão do tema lazer na formação do profissional de fisioterapia com o objetivo de contribuir para a promoção de saúde e de qualidade de vida do idoso, reduzindo efetivamente a dependência funcional, através do processo de reabilitação, de orientações ao paciente, aos familiares/cuidadores e através de orientações acerca do espaço (particular e público) onde o idoso possa vivenciar/experienciar as capacidades funcionais reabilitadas. Assim, também se mostra relevante nos debates do lazer a abordagem de temas relacionados aos usos do espaço e do tempo por idosos reabilitados, com ou sem sequelas, ou em processo de reabilitação.

Os dez entrevistados, ao serem questionados sobre o que entendem por lazer, consideram-no como uma atividade de livre escolha. Deste total, quatro entrevistados responderam referindo-se ao que o idoso gosta de fazer, não abordando diretamente o conceito de lazer para eles mesmos. Sobre a importância do lazer na reinserção social do paciente idoso, os dez entrevistados afirmaram sua importância e relataram realizar orientações para o lazer em sua conduta terapêutica com o idoso, contudo sem o devido aprofundamento dessas questões com a família ou com o paciente.

Outro ponto da entrevista com os fisioterapeutas a ser destacado é a respeito das orientações fisioterapêuticas para o lazer. Quando questionados se dariam orientações para o lazer aos pacientes, quatro entrevistados responderam que orientam com base nos interesses individuais dos idosos, questionando o que o idoso gosta de fazer e estimulando essa prática. As respostas sinalizam que os fisioterapeutas entrevistados reconhecem a importância do lazer na conduta terapêutica proposta para o paciente, o que reforça a necessidade de incluir o tema de forma sistematizada na formação profissional do fisioterapeuta com o objetivo de ampliar sua possibilidade de avaliação e de intervenção no atendimento a idosos.

Apoiada nos estudos de Dumazedier (1973, p.114) sobre a sociologia empírica do lazer, a análise das respostas, de certa forma, disfarçam os lazes naquilo que é chamado de “atividades” em geral ou “atividades familiares”, muitas vezes associadas ao tédio, ao vazio, à espera de alguma coisa que “poderia compensar” o desengajamento profissional e social. Não são interpretadas em relação às possibilidades de criação de valores novos, específicos da

terceira idade e às condições necessárias para favorecê-las. Face ao exposto, o relato dos entrevistados sugere a necessidade de inclusão de conhecimento teórico sobre o lazer na formação acadêmica, visando a obtenção de conceitos que fundamentem a prática profissional fisioterapêutica com o paciente idoso e que também estabeleçam diálogos com o fisioterapeuta. Cabe ao fisioterapeuta o reconhecimento da importância do lazer para o ser humano, assim como o reconhecimento da importância da saúde.

Outro questionamento aos entrevistados se refere à participação dos familiares no lazer do idoso. As respostas indicam que seis fisioterapeutas questionam e sugerem aos familiares que promovam o lazer e incluam o idoso. Alguns entrevistados (3) reconhecem a importância da abordagem dos familiares e demais envolvidos no cuidado com o idoso, contudo relataram ter pouca abertura dos familiares para uma intervenção mais consistente em relação ao lazer. Desenvolver maior interação entre fisioterapia e lazer pode contribuir também para uma relação humanizada entre fisioterapeuta, paciente e família, partindo do pressuposto de que a base dessa relação interpessoal é o diálogo. Neste sentido, os questionamentos sobre o lazer do paciente são pertinentes e necessários ao campo da fisioterapia, já que dizem respeito sobre a forma como o idoso utiliza os seus movimentos para a realização das atividades que ele elege para estar *presente* na vida.

Nesta perspectiva, corroborando Dumazedier (1973, p.265), “o tempo de lazer apresenta-se como sustentáculo de uma atitude que não será considerada marginal, mas mediadora entre a cultura de uma sociedade ou de um grupo e as reações de um indivíduo às situações da vida cotidiana”. Logo, pesquisar sobre o lazer pode permitir ao fisioterapeuta orientar as decisões e os novos programas a serem estabelecidos no processo de reabilitação do idoso em atendimento domiciliar, podendo explorar melhor o espaço e o tempo em favor da funcionalidade do paciente.

5 CONCLUSÕES

A pesquisa envolvendo os fisioterapeutas que atendem idosos em domicílio, na cidade de Belo Horizonte (MG), permitiu identificar resultados importantes que podem contribuir para o atendimento a idosos, provocando reflexões a respeito da prática fisioterapêutica domiciliar e a interação com o lazer. Os fisioterapeutas entrevistados (10) reconhecem a importância do lazer na reinserção social do paciente idoso, mas apresentam dificuldades para a sistematização deste saber em suas práticas profissionais.

Em relação à avaliação funcional também apresentam dificuldades quanto ao uso de instrumentos e alguns (4) relatam não segui-los, quase sempre permanecendo a característica de uma avaliação observacional, sem registros. Questões relacionadas ao lazer também não foram preocupações durante a avaliação da capacidade funcional do idoso. Todos os entrevistados (10) desconheciam o protocolo de avaliação das atividades avançadas de vida diária, reconheciam o lazer nestas atividades, mas não avaliavam estas questões em suas práticas profissionais em domicílio.

O estudo constatou que a falta de embasamento teórico-conceitual dificultou o aprofundamento de questões relacionadas ao lazer com o paciente e/ou com os familiares/cuidadores. Logo, o tema lazer foi tratado com superficialidade, sem uma estreita e intrínseca relação com a funcionalidade do idoso. Na busca de desenvolver uma proposta de tratamento condizente com a realidade e com a demanda apresentada pelo indivíduo que envelhece, este estudo sugeriu a reflexão sobre as escalas e instrumentos de medidas que possam ser utilizados na reabilitação geriátrica, bem como sobre a implicação da abordagem biopsicossocial na prática clínica realizada em domicílio, conferindo importância à interação com o lazer, presente nas atividades avançadas de vida diária.

Este estudo buscou incentivar o aperfeiçoamento da prática domiciliar em reabilitação geriátrica com os pares, através da avaliação das atividades de vida diária, principalmente as atividades avançadas, nas quais o lazer se faz presente e, como aponta a pesquisa realizada, muitas vezes é negligenciado no processo de avaliação. Aponta a importância de iniciar um debate, também com os demais profissionais que se ocupam do idoso, sobre as intervenções terapêuticas e todo o contexto interdisciplinar que o domicílio impõe. Neste sentido, esta pesquisa sugeriu refletir sobre o incentivo ao diálogo da fisioterapia com as ciências humanas e sociais, através dos estudos do lazer, para a produção de estudos pertinentes ao tema lazer, fisioterapia e suas interações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no presente estudo, pôde-se traçar um panorama a respeito do reconhecimento dos entrevistados sobre a importância do lazer para a reinserção social do idoso. Os resultados apresentados levam a concluir que os profissionais de fisioterapia entrevistados, apesar de reconhecerem a importância do lazer para a reinserção social do paciente idoso, não possuem aproximação científica com o tema, tratando as informações atribuídas ao lazer no nível do senso comum. Frequentemente o correlacionam apenas com a participação em atividades recreativas ou simples passatempos, enfatizando a superficialidade com a qual o tema é tratado. Destaca-se também a correlação que alguns fisioterapeutas fizeram entre a disponibilidade econômica, de familiares/cuidadores e as possibilidades de vivências/experiências de lazer do idoso, evidenciando o não aprofundamento conceitual sobre o tema. Considerando o que foi exposto, este estudo revelou a necessidade de ampliar os estudos relacionados à fisioterapia geriátrica e ao lazer, promovendo o debate sobre a interação teórica e prática entre esses saberes, de grande importância para o processo de reabilitação, em todas as suas etapas.

Ao avaliar as atividades que o idoso realiza, o fisioterapeuta precisa desenvolver habilidades que vão para além da observação analítica, da aplicação de técnicas ou de protocolos. Corroborando Beeb (1996, p.13) “não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido”. O primeiro contato com o paciente, o processo de avaliação e todos os demais, até a alta do paciente, sofrem influências do processo comunicativo estabelecido entre fisioterapeuta e paciente.

O presente estudo concorda com Subtil, Souza e Garcia (2012, p.577) sobre o fato de que “um dos fatores necessários para que a fisioterapia atue diretamente no desenvolvimento do paciente está na maneira como o paciente se relaciona com o fisioterapeuta e vice-versa”. Logo, este estudo sugeriu que investir no relacionamento interpessoal (Subtil, Souza e Garcia, 2012) imediatamente após o primeiro e durante todo o contato com o paciente, pode contribuir para um atendimento qualificado em fisioterapia, garantindo assertividade à avaliação e ao tratamento proposto ao idoso.

O estabelecimento de um processo comunicativo adequado à singularidade do paciente sugere contribuir para a aplicação de protocolos que avaliam a capacidade funcional do idoso na realização de diferentes atividades da vida diária. Inspirado no modelo de avaliação geriátrica ampla, corroborando as ideias de Matsudo (2010) e Brousselle (2011),

sugere-se a utilização de instrumentos de avaliação das atividades básicas até as avançadas, permitindo identificar a condição da capacidade funcional do idoso, extrapolando a avaliação realizada apenas com base observacional, sem o uso de protocolos ou de registros formais que garantiriam a documentação de importantes indicadores de saúde do idoso.

Assim, é fundamental incentivar o debate no lazer, tanto na saúde quanto na reabilitação física, enquanto campos de saber multi e interdisciplinar. A necessidade de interação entre o lazer e a fisioterapia se destaca, desde o processo da abordagem, de grande importância para a avaliação, tratamento e orientações, se estendendo até o processo de alta. Desde o primeiro contato, em todo esse percurso, o fisioterapeuta deve estabelecer diálogo com o paciente em primeiro lugar e posteriormente aproximar-se dos familiares/cuidadores para compreender melhor a realidade do paciente e do contexto em que vive. Esta postura pode contribuir para um maior vínculo com o paciente, melhorando sua adesão ao tratamento e, pode também estabelecer aos demais quem são os participantes diretamente envolvidos no processo da reabilitação - o paciente e o fisioterapeuta.

Entre as dificuldades encontradas para a realização deste estudo, destaca-se a escassez de referências sobre o tema fisioterapia e lazer. Isso, de certa forma, limitou o aprofundamento de questões sobre a relação entre a reabilitação funcional e as vivências/experiências de lazer no atendimento a idosos em domicílio. Outras limitações surgiram em relação a busca de entrevistados para o estudo, sendo necessário recorrer ao site de busca Google para encontrar os profissionais, já que o conselho regional não possui uma relação dos profissionais que atuam, exclusivamente ou não, em domicílio.

Outros estudos se fazem necessários no sentido de aprimorar e desenvolver novas propostas de atuação em fisioterapia. Essa demanda exige a formulação de propostas de capacitação que promovam a aquisição de competências necessárias à prática fisioterapêutica com idosos em domicílio. O presente estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas em fisioterapia que tratem de questões relacionadas ao atendimento de idosos em domicílio e a interação com o lazer, tendo em vista a escassa produção teórica específica a respeito de um tema que se mostra bastante relevante para o tratamento fisioterapêutico no sentido de melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida do paciente idoso.

Assim, um aspecto que se constituiu como uma questão de relevância na reflexão sobre os dados coletados e na conclusão deste projeto de pesquisa se refere à possibilidade de desenvolvimento de metodologia que sistematize a conduta fisioterapêutica na avaliação de idosos em atendimento domiciliar, demanda para estudos mais aprofundados. Fica claro que, no que se refere ao processo de avaliação da capacidade funcional de idosos, os protocolos

são pouco utilizados e de maneira pouco sistematizada, limitando a obtenção de informações mais consistentes sobre a capacidade funcional do paciente.

Finalizando, sem a sistematização do conhecimento acerca das atividades de vida diária do idoso (inclusive as atividades avançadas), perde-se a possibilidade de construção de conhecimento, de desenvolvimento e de adoção de instrumentos de avaliação da capacidade funcional do paciente idoso, incluindo o que considera a dimensão do lazer. Se estiver presente na formação profissional do fisioterapeuta, o lazer pode se constituir, seguramente, para além do senso comum, em uma importante fonte de conhecimentos e pode participar efetivamente como parte fundamental na avaliação da capacidade funcional do paciente idoso.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. C. B ; HENEMANN, L.; ROTHENBUHLER, R. A capacidade funcional de pacientes e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. **Fisioterapia e Movimento**, v.21, n.1, p. 11-20, jan-mar, 2008.

ALMEIDA, A. L. J; GUIMARÃES, R. B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p.82-88, Jan/Mar, 2009.

ALMEIDA, A. K; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.15, n.4, p. 743-750, out/dez, 2010.

ALMEIDA, V. T. M. **Uma análise do trabalho no campo domiciliar autônomo em fisioterapia**: vicissitudes e desafios da atividade. 2012. 42 f. Monografia. (Especialização em Psicologia do trabalho). Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ALVES, A. M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NERI, A. L. (org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo (SP): Ed. Fundação Perseu Abramo, 2007. p.125-39.

ARGIMON, I. L. I. *et al.* O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 2004. p. 38-47.

AYKAWA, A. C.; NERI, A. L. Capacidade funcional. In: NERI, A. L. (org.) **Palavras-chave em gerontologia**. 2.ed. Campinas: Alínea, 2005. p.29-33,

BACHELADENSKI, M. S; MATIELLO JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2569-2579, 2010.

BALSAN, R. Atividades de lazer dos idosos na cidade: um estudo de caso na cidade de Rio Claro – SP. **Geografando – Revista laboratório de cartografia e estudos ambientais**, Pelotas, v.1, n.2, p.65-87, dezembro de 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2008.

BLASCOVI-ASSIS, S. M *et al.* Motivação e humanização : fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. **Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.4, n.1, p. 13-24, 2004.

BEEB, R. A comunicação na área da saúde. In: SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio** – a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed. Loyola, 139p., 4.ed. 2006.

BELSKY, J. **Desenvolvimento humano**: experienciando o ciclo da vida. Porto Alegre: Artmed, 607p., 2010.

BERNARDI, A. F; SANTOS, T. M. N. B. A cogestão e a gestão participativa na prática de um serviço de saúde: a criação de um grupo de trabalho de humanização (GTH) na clínica de fisioterapia da Universidade Caxias do Sul (CLIFI-UCS). **Cadernos HumanizaSUS**, v.1, Formação e Intervenção. Brasília, DF, 2010.

BERTINI, V. M. R. O pensamento de Joffre Dumazedier e de Nelson Carvalho. In: ISAYAMA, H. F; LINHALES, M. A. (Org.). **Sobre lazer e política: maneiras de ver, maneiras de fazer**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.

BERQUÓ, E. Considerações sobre envelhecimento da população no Brasil. In: NÉRI, A. L; DEBERT, G.G. (Org). **Velhice e sociedade**. Campinas, Papirus, 1999.

BIENFAIT, M. **As bases da fisiologia da terapia manual**. São Paulo: Summus, 1997.

BIANCHI, H. **O eu e o tempo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

BOSQUIROLI, M. L. Uma experiência com grupos da terceira idade no tempo de absorver o que a vida tem de melhor. Belo Horizonte: **LICERE**, v.6, n.1, p. 95-105, 2003.

BRAMANTE, A. C. Políticas públicas para o lazer: o envolvimento de diferentes setores. In: BELO HORIZONTE (MG). Prefeitura. **O lúdico e as políticas públicas: realidades e perspectivas**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Esportes, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. Seção 1, p.11, 2002.

BROUSSELLE, A. (Org.) **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMARA, F. M. *et al.* **Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências**. **Acta Fisiatr.**, 15(4): 249-256, 2008.

CAMARANO, A. A.; MEDEIROS, M. **Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 1-15, 1999.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CARDOSO, D. M. Longevidade e tempo livre: novas propostas de participação social e valorização do idoso. **A Terceira Idade**, v. 15, n. 30, p. 36-51, 2004.

CARNEIRO, R.S; FALCONE, E. M. O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.119-126, 2004.

CARVALHO, Y. M. **Lazer e saúde**. Brasília: SESI/DN, 2005.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36 – Item Short-form Health Survey (Sf-36)” . Tese. (Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

COMPTON, A; PICKLES, B. Fisioterapia na terceira idade: um sistema conceitual. In: PICKLES *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Ed. Livraria Santos, 498p., 2000.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO– MG. GO. TO. DF. **Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional**. RNHF - Belo Horizonte, 1999.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. - Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, v.5, n.2, on line (www.proec.ufg.br), dez 2003.

CHIARELLO, B. Alterações musculoesqueléticas em idosos. In: DRIUSSO, P; CHIARELLO, B. **Fisioterapia gerontológica**. Barueri, SP: Manole, 2007. (Séries manuais de fisioterapia).

DEBERT, G. G. (Org.).**Velhice e sociedade**. Campinas, Papirus, 1999.

DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NÉRI, A. L. e DEBERT, G. G. (Org.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.

DEPS, V. L. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERY, A. L. (org). **Qualidade de vida e idade madura**. 5.ed. Campinas: 2003. p.57-82.

DIAS, E. G. Atividades avançadas de vida diária no envelhecimento: um estudo de revisão. 2009. Tese. (Mestrado em Saúde Pública). - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DIAS, E. G; DUARTE, Y. A. O; LEBRÃO, M. L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O mundo da saúde**, São Paulo: v.34, n.2, p.258-267, 2010.

D’ORSI, E; XAVIER, A. J; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p.685-692, 2011.

DRIUSSO, P; CHIARELLO. **Fisioterapia gerontológica**. Barueri, SP: Manole, séries manuais de fisioterapia, 2007.

DRIUSSO, P; OISHI, J. Envelhecimento populacional: causas e consequências. In: DRIUSSO, P; CHIARELLO. **Fisioterapia gerontológica**. Barueri, SP: Manole, 2007. (Séries manuais de fisioterapia).

DOLL, J. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem sucedida. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC/SP, p. 109-123, 2007.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

- _____. **Lazer e cultura popular**. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- FONSECA, V. **Manual de observação psicomotora**: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores. Editorial Notícias, Lisboa, 382p. (editado no Brasil e Espanha), 1992.
- FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde soc**; v.3, n.13, p.30-35, 2004.
- FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre : Artmed, 228p., 2008.
- FRANÇA, L.H.F.P; SOARES, D.H.P. Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.29, n.4, p.738-751, 2009.
- FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: **Tempo de envelhecer** – percursos e dimensões psicossociais, Rio de Janeiro: NAU editora, ,2004.p. 19-38
- GAELZER, L. **Lazer**: benção ou maldição? Porto Alegre: Sulina, Ed. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1979.
- GASTAL, S. Prefácio. In: GOMES, C.; PINHEIRO, M.; LACERDA, I.(Org.). **Lazer, turismo e inclusão social**: intervenções com idosos. Belo Horizonte: Ed. UFMG, v.1, p.11-14, 2010.
- GAVA, M. V. **Fisioterapia**: história, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo, UMESP, 2004.
- GAZZOLA, J. M.; PERRACINI, M. R. Avaliação multidimensional do idoso. In: PERRACINI, M. R; FLÓ, C.M. **Funcionalidade e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- GOMES, C. **Lazer, trabalho e educação**: relações históricas, questões contemporâneas. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2.ed. rev. e ampl., 2008.
- GOMES, C. (org). **Lazer, turismo e inclusão social**: intervenção com idosos. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- GOMES, C. L; ISAYAMA, H. O lazer e as fases da vida. In: MARCELLINO, N.C (org). **Lazer e sociedade**: múltiplas relações. Campinas, SP: Alínea, 2008.
- GOMES, C. L; PINTO, L. O lazer no Brasil – analisando práticas culturais cotidianas, acadêmicas e políticas. In: GOMES C. L (org), **Lazer na América**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- IWANOWICZ, J. B. O lazer do idoso e o desenvolvimento prossocial. In: BRUHNS, H. T. (org.). **Temas sobre lazer**. Campinas, Autores Associados, 2000.
- IZZO, H. Atividade de fisioterapia. In: JACOB FILHO, W. **Prática a caminho da senecultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. AGS Position Statement. Comprehensive Geriatrics Assessment – AGS public Policy Committee – v.37, n.5, 473-474, 1989.

KOMATSU, S. R. Aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de Medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n. 13, agosto, p. 162, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD/98. **Ciência e saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.813-824, 2002.

LIMA, L. J. C. de; SILVEIRA, N. D. R. Visões sobre o envelhecer: o distanciamento e a proximidade da velhice com a grande cidade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.20, n.3, p.171-179, set/dez, 2009.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. Capacidade funcional. In: -----. **Envelhecimento** – prevenção e promoção de saúde. Cap. 2. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004.

LOPES, R. G. C. Imagem e autoimagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC/SP, 2007. p. 141-152.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MAGNANI, J. G. C. Lazer um campo interdisciplinar de pesquisa. In: BHRUNS, H. T. GUTIERREZ, G. L. (org). **O corpo e o lúdico: ciclo de debates Lazer e Motricidade**. Campinas: Autores Associados, 2000. p.19-33.

MARCELLINO, C. Nelson. (Org). **Lazer e sociedade: múltiplas relações**. Campinas, SP: Alínea, 2008.

MARCELLINO, N .C. **Estudos do lazer: uma introdução**.4.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e humanização**. Campinas – SP: Papirus, 1983.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MASCARENHAS, F. O lazer e o príncipe eletrônico. **LICERE**, Belo Horizonte, v. 4, p. 46-60, 2001.

MATSUDO, M. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. 3.ed. Santo André(SP): Gráfica Mali, 2010.

MAZO, G. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Sulinas, 2008.

MELO, D. M. **Fragilidade, desempenho de atividades avançadas de vida diária e saúde percebida em idosos atendidos em ambulatório de geriatria.** 2009. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENICUCCI, T. Políticas públicas de lazer. Questões analíticas e desafios políticos. In: ISAYAMA, H. F., LINHALES, M. A. **Sobre lazer e política: maneiras de ver, maneiras de fazer.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p.136-164,

NASCIMENTO, M. C. *et al.* profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n.2, p. 241-247, 2006.

NERI, A. L; FORTES, A. C. G. Eventos de vida e envelhecimento humano. In: NERI, A. L; YASSUDA, M.S; CACHIONI, M. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos.** Campinas, SP: Papyrus, 2004.

NOGUEIRA, S. L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.14, n.4, p.322-329, 2010.

OKUMA, S. S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico** Tese . São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PAIXÃO, C. M; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.7-19, jan-fev, 2005.

PAPALEO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO-NETTO M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-323

PINHEIRO, M. F. **A inserção da temática lazer nos currículos dos cursos de graduação em educação física, fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.** Belo Horizonte: UFMG, 2009.

PEREIRA, R. J. *et al.* Características da saúde do idoso brasileiro. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.19, n.1, p.44-50, 2009.

PERRACINI, M. R; FLÓ, C. M. **Funcionalidade e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PETRI, C. F. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia.** 2006. 80f. Dissertação (Mestrado em Integração Latino Americana) – Universidade Federal de Santa Maria, RS, Santa Maria, 2006.

PORTES, L.H. *et al.* Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista APS**, jan/mar, v.14, n.1, p.111-119, 2011.

PORTO, I. O idoso no microssistema familiar: uma análise das relações intergeracionais. **Ambiente & Educação**, v.14, p. 189-207, 2009.

PY, L. Envelhecimento e subjetividade. In: PY, L. *et al.* **Tempo de envelhecer** – percursos e dimensões psicossociais, Rio de Janeiro: NAU editora, 2004. , p. 109-136

RAGASSON, C. A. P. *et al.* **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família:** reflexões a partir da prática profissional. 2005. Disponível em: <http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf>. Acesso em: maio 2012.

REBELATTO, J. R. **Fisioterapia no Brasil:** fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole, 1999.

REBELATTO, J. R; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia e geriatria:** a prática da assistência ao idoso. Barueri, SP: Manole, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96.** 1996

COFFITO-10 . Resolução – Código de ética profissional de fisioterapia. Artigo 5º e 8º, de 03 de julho de 1978.

REUBEN, D. B; SOLOMON, D. H. Assessment in geriatrics: of caveats and names. **Journal the American Geriatrics Society**, v.37, n.06, 1989.

RODRIGUES, N.C; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In. FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-110, 2002.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. In: **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

SAMPAIO, R. F. A experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, F. B. M (org.). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. **Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, p. 11-15, 2002.

SANTANA, G. O. Imaginário de estudantes de graduação do curso de fisioterapia em relação a dimensão humanística de sua formação em uma IES X: um estudo de caso. 2008. 131f. Dissertação. (Mestrado em Desenvolvimento Humano e Responsabilidade Social) - **CEPPEV – Centro de Pós-graduação e Pesquisa Visconde de Cairó** - Faculdade Visconde de Cairó, Fundação Visconde de Cairó, Salvador, 2008.

SEIDL, E. M; ZANNON, C M. Qualidade de vida e saúde: questões conceituais e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública.** v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SILVA, A. C. L.; NEVES, R. F.; RIBERTO, M. A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade. **Revista Acta Fisioterapia**, v.15, n.1, p.18-23, 2008.

SILVA, I .D; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p.1535-1546, 2011.

SILVEIRA, D. DIAS, A.; MOURA, G.; SOUZA, L. K. Produção científica nacional em lazer e envelhecimento: resultados preliminares. **Semana de Iniciação Científica da UFMG**, 19., 2010, Universidade Federal de Minas Gerais. Portal UFMG Conhecimento e Cultura. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

SOUZA, L. K; GARCIA, A. Amizade em idosos: um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 173-190, 2008.

SUBTIL, M. M. L ; SOUZA, M. L ; GARCIA, A. O relacionamento fisioterapeuta-paciente no método pilates. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v.30, n.70, p. 575-584, jul./set., 2012.

SHUBERT, T. E. *et al.* Are scores on balance screening tests associated with mobility in other adults? **Journal Geriatrics Physiotherapy**. v.29, n.1, p.33-39, 2006.

SUMIYA, A; JEOLÁS L.S. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences. Maringá, v.32, n.1, p.47-53, 2010.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, SP: Manole, 2005.

VENTURY, G; BOKANY, V. A velhice no Brasil : contrastes entre o vivido e o imaginado. In: NERI, A. L. (org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC/SP, 2007. Cap. 2

VERAS, R. P.; GÓIS, A. L. B. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: v.9, n.2. Disponível em <<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php>>. Acesso em 12 jun. 2012.

VILHENA, K. N. Adaptando-se “às exigências do nosso meio”: representações sobre o lazer na imprensa belo-horizontina (1895-1922). CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 16; CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 3, Salvador, Setembro de 2009. **Anais...** Salvador, 2009.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estamos realizando uma pesquisa de mestrado sobre a prática profissional do fisioterapeuta domiciliar que atende idosos. Para que esta pesquisa seja realizada, contamos com a sua ajuda.

Você está sendo convidado a participar através da realização de uma entrevista sobre fisioterapia domiciliar para idosos, a ocorrer em local a ser combinado, com garantia de privacidade, e agendada conforme a sua disponibilidade de horário. Trata-se de uma entrevista individual que, com seu consentimento, será gravada em áudio para posterior transcrição.

Seu nome não será divulgado, garantindo anonimato, e a gravação e transcrição da entrevista serão acessadas somente pelas pesquisadoras-responsáveis, que após o final da pesquisa guardarão o material em local seguro, e de acesso restrito às duas pesquisadoras, nas dependências da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por no mínimo um ano e no máximo dois anos, período após o qual serão descartados.

Você tem liberdade para recusar participar desta pesquisa ou para desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem qualquer prejuízo para você. É garantido sigilo sobre as informações prestadas na entrevista. O único risco pequeno previsto com a participação nesta pesquisa é cansaço ao responder às perguntas. No entanto, como é uma entrevista breve, caso você se sinta cansado (a) é possível realizar uma pausa por alguns minutos. Não estão previstos gastos com sua participação na pesquisa e não haverá qualquer forma de remuneração pela participação.

As pesquisadoras-responsáveis pela pesquisa são Amanda Guiduci Marcial (mestranda) e Profa. Dra. Luciana Karine de Souza (orientadora), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Você tem total liberdade para esclarecer qualquer tipo de dúvida a qualquer momento através dos telefones (31)9811-6697 e (31)3409-6264, ou dos e-mails amandaguiducci@gmail.com e luciana.karine@pq.cnpq.br. Dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa podem ser esclarecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), localizado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP:31.270-901, Belo Horizonte, Minas Gerais, telefone/fax (31)3409-4592 e email coep@prpq.ufmg.br.

Agradecemos antecipadamente a participação e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Caso você aceite, uma cópia igual e assinada deste termo ficará com você.

Amanda Guiduci Marcial
Assinatura

Profa. Dra. Luciana Karine de Souza
Assinatura

Nome completo do participante:

Assinatura do Participante:

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O FISIOTERAPEUTA

Obrigada por aceitar participar desta pesquisa.

PARTE 1

Qual sua data de nascimento?

Em que ano você se formou em Fisioterapia?

Em qual instituição você se formou?

Em que ano/semestre você começou a trabalhar como fisioterapeuta?

Você realizou algum tipo de curso após a faculdade? Qual?

Qual a sua especialidade?

Você trabalha exclusivamente com o domicílio?

Onde mais você trabalha?

Desde quando você trabalha com atendimento domiciliar?

Quando você começou a atender em domicílio paciente acima de 60 anos?

Em domicílio, quantos pacientes acima de 60 anos você já atendeu?

Quantos você atende em domicílio atualmente?

PARTE 2

Agora vamos conversar um pouco sobre sua prática profissional domiciliar com idosos.

O que você entende por capacidade funcional?

[Caso o entrevistado tenha dúvida, será dada a ele a seguinte definição de capacidade funcional: “a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária” (Camara, 2008, p.250, com base em Shubert, 2006 e Okuma, 1997). Exemplos de atividades básicas para uma vida independente, associadas à sobrevivência e ao autocuidado: alimentar-se, vestir-se, banhar-se, continências e transferências. Exemplos de ações mais complexas da rotina diária, associadas ao desempenho social: manejo do dinheiro, fazer compras, preparar alimentos, usar o telefone e serviços de transportes, controle da própria medicação, ir a locais sociais (igreja, cinema, etc.)

Como você avalia a capacidade funcional do paciente idoso na sua prática?

Você conhece algum protocolo para avaliar ABVD e/ou AIVD?

Como tomou conhecimento desse material?

Fale um pouco mais sobre como você avalia ABVD? E AIVD?

Você avalia as atividades avançadas de vida diária?

Como você avalia as AAVD?

O que você entende por lazer?

Você considera o lazer, na vida do idoso, importante para a reinserção social?

Você daria orientações para o lazer? Como seriam essas orientações?

Questiona a participação dos familiares nas práticas de lazer do idoso?

PARTE 3

O que você entende por envelhecimento?

O que entende por abordagem biopsicossocial em fisioterapia?

Sendo o idoso muitas vezes portador de patologias crônicas, quais as estratégias utilizadas para promover saúde a esse paciente?

O que pensa a respeito do seu próprio envelhecimento e a sua prática profissional?