

Percepções da pessoa idosa quanto aos cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer

Elder perceptions regarding physiotherapy care in aging

Luzia Wilma Santana da Silva
Téssia Fernandes de Souza
Tatiane Oliveira de Souza
Márcio Costa de Souza
Mirla de Souza

RESUMO: No Brasil, o envelhecimento populacional e a demanda crescente de pessoas com doenças crônicas e incapacidades funcionais têm despertado a atenção dos cientistas da saúde, visto que comprometem não apenas o processo de viver, mas também as relações sociais e o sistema familiar. Nesse contexto, a inserção da fisioterapia no nível primário apresenta-se como uma estratégia capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do Sistema Único de Saúde, no reforço à integralidade na assistência. **Objetivo:** Conhecer as percepções da pessoa idosa sobre os cuidados fisioterapêuticos desenvolvidos no contexto familiar/domiciliar. **Método:** Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa; realizado em um município localizado no interior do Estado da Bahia, Brasil, no período de abril a julho de 2013, utilizando como instrumento: entrevista semiestruturada aplicada a quatro pessoas idosas, usuárias do serviço de fisioterapia domiciliar do Programa de Ação Continuada do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão e que possuíam condições cognitivas preservadas, de acordo com Miniexame do Estado Mental (MEEM). **Os** resultados evidenciaram satisfação dos sujeitos quanto à evolução físico-funcional decorrente do atendimento fisioterapêutico domiciliar em seu bem-estar geral, bem como o domicílio, um espaço privilegiado para a ação reabilitadora proximal dos cuidados, que se reverteu em vínculos de solidariedade, de escuta sensível, de valorização pessoal e de amizade. Apesar disso, também foram identificadas insatisfações quanto à descontinuidade e resolutividade do tratamento no período de recesso acadêmico, fazendo alertar para a necessidade de motivação no direcionamento das capacidades resilientes das pessoas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Domicílio; Fisioterapia Comunitária.

ABSTRACT: *In Brazil aging population and growing demand of people with chronic diseases and functional disabilities has attracted health scientists attention, since the process involves not only live, but also social relationships and family system. In this context, physical therapy inclusion at the primary level is presented as a strategy to strengthen primary care, increasing the Health System resolution in strengthening the integral care. Objective: To know elderly perceptions on physical therapy care developed within the family / domiciliary context. Method: Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, performed at a municipality in Bahia, Brazil, in the period from April to July 2013, using as instruments: semi-structured interview applied to four elderly, users of domiciliary physiotherapy service Programme of Action of the Interdisciplinary Center of Studies and Extended Care and who had preserved cognitive conditions, according to Mini Mental State Examination (MMSE). Results: The results showed satisfaction of subjects concerning physical and functional changes resulting from physical therapy homecare on your overall well-being, and the home, as a privileged space to proximal rehabilitative action care, which was reversed in bonds of solidarity, sensitive listening, personal development and friendship. Nevertheless, it was also identified dissatisfaction regarding discontinuation and resolution of treatment during academic recess, making attention to the need for motivation in resilient people targeting capabilities.*

Keywords: *Aging; Housing; Communitary Physical Therapy.*

Introdução

O envelhecimento, como fenômeno natural da vida, advém de um processo multidimensional, o qual desperta a atenção das ciências da saúde. Segundo Papaléo e Carvalho (2000), trata-se de um processo dinâmico e progressivo, com modificações, morfológicas, funcionais e psicológicas, que determinam, num *continuum*, perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos.

No Brasil, o número de pessoas idosas passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e quatorze milhões, em 2002. Estima-se que em 2025 esse número será 32 milhões – conferindo o *status* de um país com índice de envelhecimento populacional mais rápido do mundo (Papaléo Netto, 2007). Como consequência, observa-se uma demanda crescente de pessoas com

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e incapacidades funcionais, que representam 742 mil mortes por ano (IBGE, 2010).

Decorrente desse processo, evidencia-se a necessidade de trabalho na abordagem multidimensional, sem perder do contexto o enfoque especializado para este grupo etário, objetivando um envelhecimento com melhor qualidade de saúde e anos de vida mais saudáveis. Trata-se da atenção à saúde já assegurada pelo Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741 (Brasil, 2003a), que em seu Capítulo IV, artigo 15, destaca a atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantia de acesso universal igualitário, em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços à promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, na consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (AB), através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Considerando o fortalecimento da ESF, foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), objetivando a abrangência das ações da atenção básica (AB), bem como sua eficácia e eficiência, através de um novo modelo de atenção enovelador do paradigma interdisciplinar, abalizado nos princípios do SUS (Barbosa, Ferreira, Furbino & Ribeiro, 2010).

No contexto do NASF, a Fisioterapia se aglutina às demais ciências do cuidado humano no ambiente comunitário proximal-domiciliar. De acordo com o COFFITO (2012), a fisioterapia é uma ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano. Por um longo período de tempo, centrou sua atuação no cuidado reabilitador em espaços hospitalares e clínicas especializadas, mas, na atualidade, a aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresenta-se como uma estratégia capaz de fortalecer a AB, aumentando a resolutividade do SUS e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência (Bispo Júnior, 2010; Durães, 2010; Valença, 2011).

A inclusão de fisioterapeutas nas equipes de AB vem emergindo como contribuição para o alcance da integralidade no SUS, notadamente pelos fatores demográficos e epidemiológicos – este último, em decorrência das DCNT. Trata-se de doenças que têm, segundo os Descritores em Ciências da Saúde, características permanentes: deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do profissional para **reabilitação** (grifo nosso), e requerem um longo período de supervisão e cuidado. À luz destas características, demonstram a necessidade da atuação proximal do fisioterapeuta na atenção primária à saúde e na produção de cuidados domiciliares (Durães, 2010; Valença, 2011; Neves & Acioli, 2011), ou seja, na realidade brasileira, o local onde as pessoas idosas com DCNT estão, em sua maioria, inseridas (Brasil, 2003a; Brasil, 1994; Brasil, 2006a).

O fato de estes dois fenômenos estarem imbricados em processos simultâneos – envelhecimento humano e doenças crônicas – mostra-se como um campo profícuo à investigação,

que merece ser discutida e avolumada sobre o serviço fisioterapêutico, perspectivado a pessoa idosa em seu contexto de pertencimento - familiar/domiciliar -, razão que justifica este estudo; e enlaça outro fator que privilegia o sujeito pesquisador, na sensibilidade do *ser* buscar *ver-enxergando* o contexto que o cerca, pelas evidências tempo-espaço no caminho do está em pensar a experiência, a partir daquilo que vê no mundo que o cerca.

Este mundo, no contexto deste estudo, se abriu das vivências de cuidados comunitários às pessoas idosas e suas famílias, no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas (NIEFAM), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o qual fez surgir o interesse em investigação neste campo do conhecimento.

O interesse assentou-se, *a priori*, na observação empírica, e, *a posteriori*, nas evidências científicas de como o cuidado no contexto domiciliário se mostra necessário, especialmente pela expectativa de vida dos brasileiros de mais anos, ultrapassando a cifra de 73 anos (Brasil, 2010).

Também os estudos sobre esse contexto oriundo do NIEFAM, no município de Jequié (BA), têm acenado a complexidade no que se refere ao idoso nos cuidados fisioterapêuticos no domicílio e à acessibilidade às unidades de saúde e integralidade da assistência.

O NIEFAM aborda as ações de cuidado às pessoas em estado de fragilidade no contexto domiciliário, em uma filosofia interdisciplinar, cuja abordagem sistêmica transversaliza a pesquisa, o ensino e a extensão, aspecto que vai ao encontro das Políticas Públicas de Saúde, e, mais especialmente, ao Plano Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2022, de redução da mortalidade em 2% ao ano, nos casos de DCNT (Brasil, 2011), e, para tanto, abre ambiente de atuação ao Profissional Fisioterapeuta à inserção no contexto relacional proximal familiar, ou seja, o domicílio, o território de poder familiar em que o fisioterapeuta precisa de habilidades teórico-metodológicas para o cuidar (Valença, 2011).

Nesse direcionamento, reforça-se a necessidade de estudos que possam lançar luz aos cuidados fisioterapêuticos domiciliares das famílias no âmbito da ESF e do NASF, emergindo como **objetivo** desta pesquisa: conhecer as percepções da pessoa idosa sobre os cuidados fisioterapêuticos desenvolvidos no contexto familiar/domiciliar.

Método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. A escolha dessa

abordagem deveu-se à necessidade de conhecer, perscrutando o fenômeno que enlaça a formação profissional do Fisioterapeuta na intervenção cuidativa à saúde das pessoas no contexto familiar-domiciliar, com destaque às pessoas idosas em estado de fragilidade no domicílio. Essa abordagem, ao trabalhar com o universo dos significados das pessoas ou grupos, possibilita uma compreensão mais acurada das muitas realidades que enovelam o ser humano, e, como salienta Minayo (2007), uma perspectiva de olhar compreendendo o ser no contexto de seus significados.

Estudo realizado em um município localizado no interior do Estado da Bahia, Brasil, no período de abril a julho de 2013. Os sujeitos foram incluídos na pesquisa segundo os critérios: Miniexame de Saúde Mental (MEEM), ou seja, o idoso possuir condições cognitivas preservadas para responder ao instrumento de coleta de dados; ter 60 e mais anos; estar cadastrado em uma ESF; ser usuário do serviço de fisioterapia domiciliar cadastrado no Programa de Ação Continuada NIEFAM. Os critérios de exclusão referem-se àqueles que não encontravam aderência aos de inclusão. Quatro entre os nove idosos cadastrados possuíam condições cognitivas preservadas, de acordo com o MEEM, para inclusão na pesquisa.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, guiada por uma questão disparadora, a qual buscou informações relacionadas aos objetos da pesquisa e maior compreensão do fenômeno. Foi realizada nas dependências da residência dos sujeitos, individualmente, e gravadas em GPX, gravador de voz, sendo imediatamente transcritas na íntegra e preservada a fala dos sujeitos no modo coloquial, sem correção ortográfica e/ou gramatical, e identificada como 'pessoa idosa' seguida da numeração arábica, conforme ordem de realização das entrevistas. Cada entrevista, após processo de escuta sensível, foi categorizada no processo de idas e vindas até a emergência do mapa de cartografia das categorias e subcategorias de análise.

Os princípios éticos foram observados neste estudo, segundo a Resolução 196/96 (Brasil, 1996) e 466/12 CNS/MS (Brasil, 2012). O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob protocolo 247.912, e os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e só após se deu início à coleta de dados da pesquisa.

A análise dos dados seguiu o processo de apreensão, síntese, teorização e transferência (Field & Morse, 1985). A apreensão começou na coleta de informações, sua organização e apresentação, utilizando como subsídio os registros do diário de campo. As informações foram transcritas de maneira a emergir a codificação preliminar. Ao final desta codificação, foi feita uma leitura vertical e transversal das informações comuns, buscando aglutinar seus sentidos e significados na formação das categorias de análise, sendo emergidas no estudo três do delineamento dos discursos dos sujeitos. Estas categorias foram transversalizadas num processo de síntese e

análise à compreensão do significado das descobertas e alcance das singularidades na associação da diversidade de informações, sendo intituladas: “A Fisioterapia como potencialidade ao cuidado domiciliar. O enfoque: condição crônica e política pública”; “A Fisioterapia domiciliar: uma ampliação dos cuidados para além da reabilitação” e “Os desafios da fisioterapia na continuidade dos cuidados no contexto domiciliário”.

Essas categorias aglutinam-se, fazendo notar a proximidade e importância dos cuidados fisioterapêuticos à pessoa idosa em estado de fragilidade no espaço domiciliar-familiar.

Resultados e discussão

Categoria 1:

A fisioterapia como potencialidade ao cuidado domiciliar. O enfoque: condição crônica e política pública

O envelhecimento humano esteve habitualmente, por muitas décadas, associado aos países desenvolvidos; no entanto, é nos dias de hoje um fenômeno mundial em elevação nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o que vem ocorrendo gradualmente desde a década de 1960. O grupo etário, 60 anos e mais, é o que mais cresceu na maioria dos países em desenvolvimento (Papaléo & Carvalho, 2000; Brasil, 2010; Camarano, 2011).

Embora seja desejado pela maioria das pessoas viver mais anos ativamente, o envelhecimento traz consigo maior suscetibilidade às DCNT, isto com relação a um histórico de vida nas fases anteriores do ciclo vital com atitudes e comportamentos desviadores da boa saúde, como hábitos alimentares, práticas de atividades físicas e de lazer regulares, avaliação periódica de saúde, entre outros.

O Brasil, de acordo com Veras (2009), durante as últimas décadas, passou de um cenário de mortalidade, próprio de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas e custosas, característico de doenças crônicas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. Esta fragilidade pode ser comprovada nas falas dos sujeitos do estudo:

“[...] Eu já fiz três cirurgia, uma eu morri e vivi.[...] Também minha velhice não deixa eu ficar durinha assim.” (Pessoa Idosa I).

“[...] Porque essa doença assim, essa artrose, nunca que tem cura, só paleia. Eu fazia as coisas e no outro dia amanhecia com as perna, cansativa. Do problema mermo, sabe?” (Pessoa Idosa III).

“[...] Eu tive outro problema, o segundo AVC, depois que eu fui internado.” (Pessoa Idosa IV).

As doenças crônicas se configuram como um sério problema à vida das pessoas, do seu meio relacional de pertencimento, ao sistema de saúde e previdenciário. Na questão saúde, destacaram-se ao ponto de exigir uma política de gestão, planejamento e implementação, instituída no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, como uma estratégia de meta a ser alcançada com a redução de 2% ao ano no índice de mortalidade do cidadão brasileiro, ou seja, impactar positivamente o melhor-viver das pessoas num prazo de uma década (Brasil, 2011).

Contudo, na tentativa de reverter esse quadro, as políticas destinadas às pessoas idosas precisam colocar em evidência a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação das pessoas, além de incentivar a promoção da saúde e prevenção de comorbidades advindas do agravamento das doenças crônicas não controladas – o que se reveste em uma necessidade de cuidado e atenção integral à saúde humana –, haja vista que o prolongamento da vida só pode ser considerado como uma real conquista à medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida, livrando as pessoas das afecções crônicas, deficiências e incapacidades que necessitam atenção especial e são de complexidade crescente (Duarte & Diogo, 2000).

Nesse direcionamento, para um viver mais e melhor, as políticas públicas – sociais e de saúde, por exemplo – precisam perspectivar o envelhecimento ainda na primeira etapa do ciclo vital, no desenvolvimento do cuidado longitudinal ao *ser-existir* humano, na promoção do viver ativo e saudável, na transversalidade de todas as etapas de desenvolvimento e crescimento humano; o que nos alerta para o enxergar-cuidar a longo tempo (Brasil, 2006c).

Assim, o comprometimento da capacidade funcional do idoso pela DCNT não compromete apenas seu processo de viver; impacta também as relações sociais no meio de pertencimento, com destaque ao sistema familiar; além disso, inclui-se o sistema de saúde por ocasionar maior vulnerabilidade e dependência na velhice, exigindo maior oferta de serviços e de profissionais habilitados para atender a essa demanda.

No que concerne ao sistema familiar, este tem sido o contexto perspectivado para os cuidados à pessoa idosa, sendo evidenciado como o melhor espaço à práxis, no âmbito das ciências

da saúde, que possa melhor fortalecer o *ser idoso* no seu próprio ambiente relacional, logo mantê-lo usufruindo da sua independência e preservando seus estilos de vida por um período mais longo o quanto possível é a meta (Reichel, 2001).

A proximidade do profissional ao ambiente familiar-domiciliar mostra-se como necessária, e, ao olhar para a ciência Fisioterapia, pode proporcionar, para além dos cuidados diretos na reabilitação, um cuidado ao contexto familiar, especificamente às barreiras ambientais e relacionais, na prevenção de agravos à saúde do *ser idoso* e da sua família. Nesse enlace de cuidados, o fisioterapeuta vislumbra o conhecer o ambiente em que vive a pessoa sob intervenção de seus cuidados, para tornar mais eficaz sua práxis (Silva *et al.*, 2011).

Avançando neste cenário, em 2008, o Ministério da Saúde favoreceu a ampliação da Atenção à Saúde da Família, criando os NASF, visando a ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde das pessoas, dando ênfase ao atendimento multidisciplinar, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta na equipe de saúde.

Embora a inserção do fisioterapeuta na atenção básica não se apresente ainda como uma realidade nacional, o incremento de experiências municipais revela um crescimento da atuação deste profissional no SUS, com o apoio dos gestores locais. Assim, sua inserção na AB favorece o direito à integralidade dos cuidados aos usuários que não têm condições de deslocamento em busca de serviços em níveis secundário e terciário (Aveiro, Aciole, Driusso & Oishi, 2011). Além disso, previne o aumento da atenção em saúde, de forma a reduzir os gastos públicos e colaborar substancialmente com a mudança no modelo assistencial, evitando o incremento das doenças, ao passo que limita danos e sequelas já instaladas.

Neste direcionamento, foi evidenciado nos discursos dos sujeitos satisfação com a fisioterapia no atendimento domiciliar, por promover melhora na condição físico-funcional, refletindo no seu bem-estar:

“[...] Na fisioterapia elas ensinam a fazer do jeitinho que elas fazem. [...] A perna de cá já vai bem alta, até essa altura aqui (altura de 40 cm). Eu gosto, desde o comecinho (referindo-se ao atendimento de fisioterapia, ano 2009) eu gosto muito porque muita coisa melhorou em meu corpo, né? Parece que amoleceu mais o lado, eu não sinto muita dor mais [...] Essa mão doente não abria, agora tá abrindo, eu mesmo abro ela. É difícil agora é ela fechar [...]” (Pessoa Idosa I).

“[...] eu ficava no bicama na sala eles levantavam a minha perna, levantava depois deitado pediam pra eu fazer ponte, levantar o quadril, entendeu? [...] A fisioterapia era boa, né? [...] Tinha a esperança de voltar a andar.” (Pessoa Idosa II).

“Eu gostava, sim [...] Eu acho que melhorou, sim (referindo ao estado de saúde depois dos atendimentos), porque quando fazia eu me sentia melhor, achava que estava melhorando [...] Eles (acadêmicos de Fisioterapia) ensinavam e me incentivavam a continuar fazendo os exercícios [...] Quando parava eu acho que piorava né, porque as junta não funcionava como eram, ficava sem movimento [...]” (Pessoa Idosa IV).

Evidenciamos na literatura que os cuidados fisioterapêuticos a esse grupo etário têm proporcionado resultados significativos – em torno de 35% de melhora da mobilidade relacionada ao quadro de restrição ao leito nos casos de fragilidade por doença crônica incapacitante (Góis & Veras, 2006). Amplia-se essa questão ao atendimento fisioterapêutico domiciliar às pessoas em enfrentamento pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE), uma patologia muito relacionada à fase senescente do indivíduo, em que o tratamento fisioterapêutico domiciliar proporciona evoluções significativas na melhora do quadro clínico, a exemplo desse estudo, sete entre os nove sujeitos cadastrados no NIEFAM possuem diagnóstico clínico de AVE (Silva *et al.*, 2011).

A inserção da fisioterapia domiciliar se amplia para além da reabilitação, atuando na prevenção primária, na qual a profissão também pode imprimir sua marca do saber-fazer o cuidado às pessoas na promoção da saúde, é o que foi evidenciado neste estudo na categoria subsequente.

Categoria 2:

Fisioterapia domiciliar – uma ampliação dos cuidados para além da reabilitação

O contexto da fisioterapia domiciliar não surge como algo novo na ciência do cuidado, pois as políticas públicas de atenção ao seguimento etário idoso e mais idoso tem inquietado o *fazer* profissional a perspectivar o contexto domiciliar, desde a ESF, instituído no Brasil em 1994. A fisioterapia ainda tem se mostrado tímida na inserção deste espaço; no entanto, experiências exitosas têm sido evidenciadas no cenário nacional, sobretudo ao olharmos para a Lei n.º 10.424, de atendimento e internação domiciliar no SUS, e a Portaria do Ministério da Saúde, que estabelece a assistência domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Brasil, 2002). Com o advento da citada lei, a fisioterapia

tem buscado ampliar o seu foco de ação e, assim, as potencialidades na atenção primária se mostram para esta profissão.

Cumpre citar que são providências no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde na articulação com os Centros de Referência e Rede de AB. Trata-se de estratégias no enlace do **domicílio**, de aproximação entre a área de assistência de média e alta complexidade e a AB, se revertendo em um espaço profícuo do cuidado proximal a ciência Fisioterapia para além da reabilitação. Espaço constituído por vivências, confluências de saberes, conflitos, sensibilidade, intersubjetividade e complexidade do sujeito do cuidado em seu meio de pertencimento, no seu espaço de poder, seu domicílio.

O domicílio, então, se reverte em um contexto relacional de desafios, que exige do profissional fisioterapeuta habilidades cognitivas, intelectivas e sensibilidade, para além do saber técnico reabilitador adquirido no seu processo formador. Exige enxergar perscrutando que o atendimento no espaço do domicílio media-se pela atuação integral em respeito às singularidades de cada pessoa nele existente. Neste espaço, o fisioterapeuta precisa reconhecer a importância da família como coparticipante e sujeito da ação do cuidar dos seus entes parentais, na realidade contextual de cada família (Valença & Silva, 2011).

Trata-se de buscar saberes para se inserir neste espaço relacional humano habilitador da sua dinâmica de relações, sua organização estrutural, seus valores e sentido de pertencimento, perceber as necessidades das famílias para proporcionar-lhes mais segurança, confiança e bem-estar, preservando suas relações, o lar como ambiente de conforto de seus entes parentais, sobretudo quando se referir à pessoa idosa em demandas de cuidados proximal e sensível (Silva *et al.*, 2011).

Não deixam de ser desafios à intervenção fisioterapêutica, a qual deve ampliar o olhar para a promoção da saúde, sem desvincular-se da reabilitação – uma nova concepção e atuação do profissional no alcance da comunidade (Bispo Júnior, 2010; Souza *et al.*, 2012). Esta mudança na intervenção fisioterapêutica atual pode ser evidenciada no atendimento domiciliar através das falas:

“[...] Desde quando começou a fazer fisioterapia aqui em casa mudou muita coisa, melhorou bastante. Eu parei de comer comida pesada [...]” (Pessoa Idosa I).

“[...] O que eu consigo fazer é esse exercício de mão e do braço, que eu pego uma mão na outra assim e boto na cabeça. “F” (acadêmica de Fisioterapia) quando achava que minha perna tava muito cinzenta, aí pedia pra botar um hidratante e às vezes ela sentia que minha barba tava crescida e pedia pra cortar [...]” (Pessoa Idosa II).

Observa-se, nessas falas, o *ser* transformador fisioterapeuta perpassando por outras áreas do conhecimento para além de práticas curativas e reabilitadoras, no direcionamento da educação em saúde; desenvolvendo cuidados no âmbito de noções de higiene, autoimagem e alimentação saudável – aspectos que emergem do *ser* sujeito proximal no espaço de convívio familiar. Assim, propicia mudanças de hábitos à promoção da saúde, incentivando um estilo de vida mais saudável.

Esses hábitos são adquiridos pelas pessoas nos cuidados fisioterapêuticos, na medida em que este profissional valoriza a afetividade e desenvolve a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar, assim compreendendo outros fatores envolvidos no adoecimento das pessoas, para além do enfoque na patologia. Trata-se de aspectos fundamentais para que a promoção da saúde aconteça de forma mais efetiva (Subtil, Gomes & Souza, 2011; Augusto *et al.*, 2011).

Esta configuração de trabalho mais humano e sensível, valorizando questões subjetivas de ordem emocional e social, favorece a formação de relações e vínculos proximais entre o fisioterapeuta, sujeito do cuidar e seu grupo de pertencimento. Acredita-se que os vínculos criados entre o usuário e o fisioterapeuta sejam um dos fatores necessários para a efetividade do processo de cuidado. Isto é, à medida que as pessoas em desvio de saúde se envolvem no tratamento fisioterapêutico, relações interpessoais marcadas pela afetividade se desenvolvem e podem ser refletidas tanto na melhora da saúde física quanto emocional (Tavares, 2011).

A formação desses vínculos afetivos e a proximidade do terapeuta-usuário parecem ser favorecidas quando se tratam de pessoas idosas em estado de fragilidade, partindo do pressuposto, que, na perspectiva social, o envelhecimento aparece como um período de redução da sociabilidade e de perda de reconhecimento familiar, os quais têm relação estreita de modo a tornar as pessoas idosas mais propensas e vulneráveis à solidão (Fernandes, 2012).

Neste estudo, as pessoas idosas entrevistadas enunciaram ser o cuidado fisioterapêutico imerso de sentimentos de amizade, companheirismo, escuta sensível e acolhimento à solidão.

“[...] Vixe, eu amo quando elas vêm aqui, eu amo, chamo elas minhas princesa. A gente conversa sobre as coisas da vida. Eu sinto muita falta quando elas não vêm, porque eu já acostumei com elas aqui. Eu queria que elas morassem aqui perto, pra toda hora eu dar um grito e elas vinham aqui olhar eu, fazer um carinho (refere-se às acadêmicas de Fisioterapia). Sinto solidão quando elas não vêm, porque aqui eu não tenho ninguém por mim.” (Pessoa Idosa I).

“[...] Eu gostava quando iam me atender em casa porque a gente fazia os exercícios, são amigos, né? A gente conversava, eu perguntava a respeito do meu time de futebol.” (Pessoa Idosa II).

“[...] Eu gostei muito que elas vinham aqui, (acadêmicas de Fisioterapia). Elas eram umas pessoas que davam muita atenção, conversavam. Eu senti falta quando elas não vinham mais, porque tinha hora que vinha assim, eu tava aqui sozinha aí elas chegava, ia fazer a fisioterapia e me fazia companhia. Eu sei que elas são umas pessoas que dava atenção à gente.” (Pessoa Idosa III).

O *ser* estar presente dos acadêmicos de fisioterapia no contexto domiciliário se manifestou em respostas cognitivo-afetivas para além da melhora na capacidade físico-funcional, pois ampliou as ações à educação em saúde, fortalecendo vínculos afetivos através da construção de uma relação de amizade. Ser amigo, ao parafrasear Milton Nascimento, é: “coisa pra se guardar do lado esquerdo do peito”, assim diz a canção. Nesta compreensão, o *ser* idoso expressa sentimentos de amizade pelos acadêmicos que enunciam o querer-se ter do lado esquerdo do peito. Sobre isso a OMS (2003) refere à importância do profissional de saúde ser uma rede de apoio social afetivo-emocional de aproximação no contexto dos cuidados no âmbito domiciliário.

Os laços afetivos expostos nas falas, além de serem favorecidos pelas situações decorrentes do envelhecimento também são muito prováveis de acontecer quando se trata de atendimento proximal, que envolve o toque, utilizando estímulos táteis, como é o caso da ciência Fisioterapia, que se utiliza em muito de técnicas manuais na práxis cuidativa (Subtil, Goes, Gomes & Souza, 2011).

Portanto, a atuação fisioterapêutica aos sujeitos da pesquisa não permaneceu restrita à execução de técnicas, construiu uma abordagem que integrou competências profissionais com sensibilidade humana – habilidades abrangentes de fortalecimento aos vínculos afetivos.

Contudo, as relações interpessoais marcadas por palavras de amor e amizade entre os acadêmicos de fisioterapia e as pessoas idosas entrevistadas não ocultaram determinadas insatisfações quanto ao serviço oferecido, tais como, a descontinuidade do atendimento domiciliar e a resolutividade do tratamento, presentes na categoria subsequente.

Categoria 3:

Os desafios da fisioterapia na continuidade dos cuidados no contexto domiciliário

O estudo em questão aborda o atendimento fisioterapêutico vinculado a um núcleo de extensão universitária à comunidade em estado de fragilidade e demandas de cuidados à saúde,

destaque à assistência fisioterapêutica. As atividades deste Núcleo seguem o calendário universitário, fato que fragmenta o atendimento durante o período de recesso acadêmico, tanto para os estudantes quanto para os colaboradores e equipe coordenadora, fazendo surgir tal insatisfação das pessoas sob intervenção cuidativa no citado período, como enunciado:

“[...] *Eu lembro que sempre falhava, porque o pessoal viajava época de festa ou férias, falharam sempre [...] Eu sentia falta quando falhavam, porque nem eu fazia.*” (Pessoa Idosa IV)

Esta insatisfação não deveria existir, tendo em vista que as ações cuidativas desenvolvidas pelo referido Núcleo priorizam a capacitação das famílias para suas potencialidades de cuidados ao sistema familiar – do empoderamento à resiliência –, no cuidar aos seus entes parentais mais dependentes na ausência do terapeuta. Também busca potencializar o sistema familiar para maior autonomia do sistema de cuidados profissionais. Contudo, em estudo realizado com as famílias cadastradas no próprio Núcleo, em 2010, verificou-se que, após trinta dias sem atividades supervisionadas, apenas duas entre sete famílias, sob intervenção fisioterapêutica, praticaram as atividades que lhes foram propostas para o período de recesso acadêmico. Este fato provocou regressão no quadro físico funcional das pessoas idosas, uma vez que na reabilitação fisioterapêutica é fundamental a ininterrupta no tratamento (Silva *et al.*, 2010). Este dado evidencia a necessidade das pessoas à sua motivação num *continuum*, visando ao alcance de objetivo – aspecto enunciado na literatura quando refere que as pessoas devem motivar-se formando seus próprios movimentos internos para desenvolverem suas atividades (Maslow, 2000).

No direcionamento de reverter tal evidência, é preciso desmistificar o que grande parte da população acredita ser o profissional de saúde o principal responsável pelos seus cuidados (Subtil, Goes, Gomes & Souza, 2011; Augusto *et al.*, 2011), pois o sujeito da ação do cuidado profissional precisa assumir-se como coparticipante, responsável pela sua saúde e dos seus entes parentais no seu contexto relacional (Valença & Silva, 2011).

Contudo, é preciso pôr em evidência que o desejo de motivação pela própria saúde pode ser desmotivado por questões psicossociais ocasionadas por uma condição crônica, por exemplo, a dificuldade de lidar com o adoecimento e aceitar conviver com incapacidades físicas e funcionais (Subtil, Goes, Gomes & Souza, 2011). São fatores que podem ser desmotivadores e potencializadores da desistência do tratamento, como o identificado neste estudo:

“[...] *Sobre a Fisioterapia, eu gostei, né, tava tudo bem, mas eu mermo que num continuei a fazer. Porque tinha dia que eu amanhecia cheia de dor nas perna, aí eu num quis mais fazer, não. [...] A melhora num teve não, porque eu continuo assim com os pés assim e tudo [...]*” (Pessoa Idosa III).

A adesão ao tratamento é um processo que segue por via de mão dupla: por um lado, a pessoa sob intervenção profissional; por outro, o profissional, sendo a continuidade desta uma tarefa que requer comprometimento entre ambos, porém com maior envolvimento da pessoa cuidada; ou seja, ela precisa desejar cuidar de si, aprimorar sua adesão, acreditar em suas potencialidades. Trata-se do elemento principal do seu próprio processo de recuperação. Essa perspectiva viabiliza o interesse do outro no cuidado de si (Subtil, Goes, Gomes & Souza, 2011).

Considerações finais

O envelhecimento humano é uma fase do ciclo vital de demandas pessoais e sociais de cuidados, especialmente quando essa fase é envolta de alterações morfofisiológicas senis ocasionadas pelas condições crônicas, em destaque as não transmissíveis. Neste processo, a fragilização da pessoa idosa pela doença crônica exige atenção integral de abordagem preventiva, de controle e reabilitadora. Tal abordagem, à luz da ciência Fisioterapia no estudo em questão, fez notar o *ser-fazer* profissional fisioterapeuta com habilidades psicointelectuais afetivas à inserção no contexto comunitário no âmbito domiciliário.

O ambiente domiciliário se mostrou, neste estudo, como um espaço privilegiado à ação reabilitadora proximal dos cuidados desenvolvidos por acadêmicos de fisioterapia a pessoas idosas, sendo destacado nos discursos destes que o cuidado praticado se reverteu em vínculos de solidariedade, de escuta sensível, de valorização pessoal e de amizade.

Apesar disso, foram identificados, nos discursos das pessoas idosas, insatisfações quanto à descontinuidade e resolutividade do tratamento, fato relacionado ao período de recesso acadêmico, no qual as intervenções cuidativas domiciliares eram suspensas por um período de trinta dias no ano. Deste fato, ancoravam a justificativa da necessidade do acompanhamento por profissionais em um discurso de ser este o responsável pela condução dos seus cuidados, desconsiderando sua corresponsabilidade de sujeitos ativos e proponentes do seu processo de recuperação. Este dado alertou a necessidade de motivação no direcionamento das capacidades resilientes das pessoas, o que este estudo destaca como ponto-chave para o exercício do cuidado no contexto domiciliário.

Os cuidados proximais no contexto domiciliário à pessoa idosa sob intervenção de fisioterapia mostra-se como área do conhecimento ainda em fase de ascensão, demonstrando haver necessidade de maior número de estudos e publicações sobre o tema, a fim de reforçar essa área do conhecimento para fomentar o desenvolvimento de intervenções cuidativas proximais no fortalecimento do SUS.

Referências

- Augusto, V.G., Aquino, C.F.de., Machado, N.C., Cardoso, V.A. & Ribeiro, S. (2011). Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. Rio de Janeiro (RJ): *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 957-963.
- Aveiro, M.C., Aciole, G.G., Driusso, P. & Oishi, J. (2011). Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Rio de Janeiro (RJ): *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1), 1467-1478.
- Barbosa, E.G., Ferreira, D.L.S., Furbino, S.A.R & Ribeiro, E.E.N. (2010). Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Curitiba (PR): *Fisioter Mov*, 23(2), 323-330.
- Bispo Junior, J.P. (2010). Fisioterapia e saúde coletiva: Desafios e novas responsabilidades profissionais. Bahia: *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 1627-1636.
- Brasil. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. *Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil*. Recuperado em 03 setembro, 2011, de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm.
- _____. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília (DF). Recuperado em 10 dezembro, 2011, de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf.
- _____. (1996). Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): MS.
- _____. (2006a). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 11. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). Recuperado em 08 setembro, 2010, de: <http://www.atrofiaespinhal.org/download/anvisa.pdf>.

_____. (2006b). Ministério da Saúde. Política Nacional do Idoso. *Portaria n.º 2.528*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF). Recuperado em 10 setembro, 2010, de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

_____. (2006c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 192 p. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado em 02 setembro, 2011, de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>.

_____. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 466*, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU n.º 12, 13 de junho de 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado em 20 julho, 2013, de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

_____. (2002). Ministério da Saúde. *Portaria n.º 249*, de 12 de abril de 2002. Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). Recuperado em 28 abril, 2011, de: www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/...saude/...idoso/Portaria_249.pdf.

Camarano, A.A. (2011, jul.-set.). Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. *Revista Coletiva*, 5. (ISSN 2179-1287). Recuperado em 20 julho, 2013, de: http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&id=58:envelhecimento-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-continua%C3%A7%C3%A3o-de-uma-tend%C3%Aancia&tmpl=component&print=1

Carvalho Filho & Papaléo Netto. (2000). *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo (SP): Atheneu.

COFFITO. *Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional*. (2012). Recuperado em 13 maio, 2012, de: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27.

Duarte, Y.A.O. & Diogo, M.J. (2000). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu.

Durães, A.M. (2010). *Fisioterapia no contexto domiciliar: desvelando suas contribuições ao indivíduo e família no Município de Jequié-BA*. Monografia de graduação em Fisioterapia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

Fernandes, A.C.O. (2012). *A Solidão nos Idosos*. Monografia de licenciatura em gerontologia social. Lisboa (Portugal).

Field, P.A. & Morse, J.M. (1985). *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Rockville, Aspen Publication.

Góis, A.L.B. & Veras, R.P. (2006). Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 9(2), 49-61.

Maslow, A.H. (2000). *Maslow no Gerenciamento*. Rio de Janeiro (RJ): Qualitymark.

- Minayo, M.C.S. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (21^a ed.). Petrópolis (RJ): Vozes.
- Neves, L.M.T. & Acioli, G.G. (2011). Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. Botucatu (SP): *Interface*, 15(37).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/OMS*. Brasília (DF). Recuperado em 10 julho, 2013, de: http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf.
- Papaléo Netto, M. (2007). *Tratado de Gerontologia*. (2^a ed.). São Paulo (SP): Atheneu.
- Reichel, Joseph J. Gallo *et al.* (2001). *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. (5^a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Silva, L.W.S.da, Araújo, T.C., Santos, F.F., Lima, A.A. & Santos, G.B. & Lima, L.V. (2011). A família na convivência com o idoso acamado no domicílio. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 75-87. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP): FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6488/4704>
- Silva, L.W.S., Ribeiro, F.B., Amaral, R.L., Ferreira, R.S. & Souza, T.F.de (2010). A família e o cuidado - reverses e vieses entre a aceitação e o desafio do cuidar. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(2), 191-202. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP): FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5375/3855>.
- Souza, M.C., Araújo, T.M.de, Reis Júnior, W.M., Souza, J.N., Vilela, A.B.A. & Franco, T.B. (2012). Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. São Paulo (SP): *O Mundo da Saúde*, 36(3), 452-460.
- Subtil, M.M.L., Goes, D.C., Gomes, T.C. & Souza, M.L. (2011). O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. Curitiba (PR): *Fisioter Mov*, 24(4), 745-753.
- Tavares, A.V.O. (2011). *Comunicação verbal e pacientes expert: influências na relação entre fisioterapeuta e paciente*. Monografia de graduação em Fisioterapia. Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande (PB).
- Valença, T.D.C. (2011). *Cuidar a família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES, Jequié (BA).
- Valença, T.D.C. & Silva, L.W.S. (2011). O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(2), 31-46. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP): FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8204/6104>.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 43(3), 548-554.

Recebido em 01/11/2013

Aceito em 10/12/2013

Luzia Wilma Santana da Silva - Professora da UESB. Doutora em Enfermagem pelo PEN-UFSC. Líder do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu ciclo vital. Coordenadora do NIEFAM. Membro do NUCRON-UFSC.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

Tércia Fernandes de Souza - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.

E-mail: tessia_fernandes@hotmail.com

Tatiane Oliveira de Souza - Professora da UESB. Mestranda em Enfermagem e Saúde pelo PPGES-UESB. Membro do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu ciclo vital. Colaboradora do NIEFAM.

E-mail: tatiane2101@gmail.com

Márcio Costa de Souza – Professor da UNEB. Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisador do Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde (LETRASS) da Universidade Federal Fluminense.

E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

Mirla de Souza - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.

E-mail: mirlafisio@yahoo.com.br