

O significado das limitações dos idosos para estudantes de Fisioterapia*

The significance of elderly people's limitations to physical therapy students

Eduardo Hiroo Kikuchi
Claudia Simone Maturana
Nuno de Noronha da Costa Bispo
Ruy Moreira da Costa Filho
Ruth Gelehrter da Costa Lopes
Maria Helena Villas Bôas Concone
Vanessa Suziane Probst

RESUMO: Esta pesquisa teve, como objetivo, investigar o significado das limitações físicas e sensoriais dos idosos para os estudantes do curso de Fisioterapia. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com 32 alunos com o procedimento de simulações das dificuldades físicas e sensoriais dos idosos num ambiente com obstáculos. Para a coleta de dados, aplicou-se uma entrevista não estruturada com análise pelo método hermenêutico-dialético. Foram constatados nove significados: valorização das pessoas idosas com atitudes positivas, angústia de ter limitações, conhecimento das limitações para um tratamento fisioterapêutico mais adequado, efeitos das limitações na realização das atividades cotidianas dos idosos, percepção do preconceito existente na sociedade, as pessoas não percebem que estão a envelhecer, obstáculos do ambiente para os idosos, superação das dificuldades cotidianas e percepção das dificuldades dos avós.

Palavras-chave: Fisioterapia; Pessoas idosas; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT: *This research was objective investigate the significance of the physical and sensorial limitations of the elderly to Physical Therapy students. Qualitative research carried out with 32 students with simulation procedures of elderly people's sensorial and physical limitations were used, in an environment with obstacles. Data were collected from non-structured interviews and analyzed by the hermeneutics-dialectical method. Nine significances were observed: the value of elderly people with positive attitudes, the agony of having limitations, awareness of the limitations and the need for more adequate physical therapeutic treatment, the effects of the limitations on the elderly people's routine activities, perception of the existing prejudice in the society, not being aware that they are aging, environmental obstacles for the elderly, overcoming routine difficulties and perception of their grandparents' difficulties.*

Keywords: *Physical Therapy; Elderly people; Qualitative research.*

Introdução

O envelhecimento humano é determinado pelo fenômeno irreparável de um estado de desordem molecular, quando ocorre uma perda inevitável de energia necessária para manter a integridade estrutural e funcional de praticamente todas as moléculas que são sintetizadas durante a vida (Hayflick, 2007). Este fenômeno causa uma limitação na capacidade de reparação e substituição celular, alterando o funcionamento dos tecidos e órgãos, bem como, aumenta a vulnerabilidade para as doenças (Holliday, 1997).

“A vulnerabilidade mostra-se acentuada na população idosa, sendo a questão saúde um componente importante no perfil desta faixa etária”, segundo Sugahara (2005, p.46). Há uma grande probabilidade de os idosos desenvolverem problemas de saúde, devido principalmente ao acometimento de doenças crônicas (Lovell, 2006); contudo, pesquisas epidemiológicas na área do envelhecimento constataam que a maioria da população idosa apresenta pelo menos uma doença crônica (Pinelli, Montandor, & Boschi, 2005). Com o avançar da idade, ocorre o aumento do número de doenças crônicas, limitando os idosos cada vez mais, na realização das atividades funcionais

(Cigolle, Langa, Kabeto, Tian, & Blaum, 2007). São consideradas atividades funcionais, as atividades básicas da vida diária (ABVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) (Katz, 1983).

Com este panorama, é comum os idosos procurarem com maior frequência os serviços de saúde (Lovell, 2006), onde o atendimento realizado pelos profissionais da saúde deve ser com respeito, dignidade e livre de preconceitos (Phillips, & Peatman, 2002). Como é sabido que as atitudes determinam as ações, o serviço de saúde com profissionais que apresentam atitudes positivas, terá um atendimento com qualidade (Samter, & Voss, 1982). Mas quando o Fisioterapeuta utiliza atitudes negativas com o seu paciente idoso, dificilmente terá o conhecimento das capacidades reais, do potencial e da força de recuperação do paciente geriátrico (Phillips, & Peatman, 2002).

As atitudes negativas com relação aos idosos podem aparecer de várias formas: a infantilização demonstrada com frases ou atividades que não corresponde às necessidades ou à capacidade de funcionamento do idoso, o estereótipo negativo que é a ideia preconcebida do idoso ou da velhice negativamente, a gerontofobia que se refere ao medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice, e o ageísmo que são todas as formas de discriminação com base na idade (Berger, 1995; Sousa, Lodovici, Silveira, & Arantes, 2014).

Além das atitudes autênticas e positivas, o profissional que desenvolve um trabalho com pessoas idosas precisa ter conhecimento sobre os assuntos relacionados com o tema do envelhecimento e apresentar as habilidades adquiridas em estágios, projetos de extensão e pesquisa, monitorias e práticas das disciplinas (Zimmerman, 2000). Nos programas educacionais com esta abordagem, pode-se verificar a evolução dos acadêmicos de Fisioterapia na atuação com os idosos, tornando-se, no futuro, a base para o comportamento e ética profissional (Hobbs, Dean, Higgs, & Adamson, 2006). Neste sentido, cabe ressaltar a importância do reforço dessas informações recebidas nestes programas educacionais, com a finalidade de manter as mudanças positivas em suas atitudes (Ragan, & Bowen, 2004).

É de enorme relevância a inserção de simulações das deficiências, restrições e alterações que geralmente acompanham a velhice, em programas educacionais destinados a promover as mudanças de atitude e melhorar os conhecimentos sobre a velhice (Lovell, 2006; Shilton, 2000; Gillis, 1991; Samter, & Voss, 1982). Sendo assim,

o objetivo deste estudo foi analisar o significado das limitações dos idosos para os estudantes de fisioterapia de uma universidade de Londrina (PR).

Metodologia

Tipo de pesquisa

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, caracterizada pela tentativa da compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados (Richardson, 1999). A pesquisa qualitativa não procura quantificar os dados e nem utiliza estratégias de amostragem com o objetivo de identificar um conjunto estatisticamente representativo dos entrevistados (Pope, Ziebland, & Mays, 2000). O tipo de estudo utilizado foi o descritivo, que “procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos, ou seja, uma análise aprofundada da realidade pesquisada.” (Oliveira, 2005, p.68).

Universo e seleção

A pesquisa decorreu na Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), em Londrina (PR), onde foram selecionados os 32 alunos do 2º semestre do curso de Fisioterapia. Todos os alunos deste semestre participaram porque a atividade fazia parte da prática de uma disciplina do curso. O nome dos entrevistados foi substituído pela letra “E” e por um número correspondente à ordem da entrevista, como forma de manter o anonimato. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para autorização da inclusão na pesquisa. Esta pesquisa foi apresentada e aprovada pelo comitê de ética da UNOPAR sob o protocolo PP0058/09.

Procedimentos

A coleta de dados que incluiu as simulações e as entrevistas decorreu no período entre os meses de março e junho de 2009.

Simulações

Foram realizados os mesmos procedimentos utilizados no projeto de extensão permanente do curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) denominado “Vivenciar o envelhecimento”. Nesta pesquisa os participantes representavam o papel das pessoas idosas por meio de simulações das limitações físicas e sensoriais nas dificuldades do ambiente. Os alunos do quarto ano eram os organizadores e responsáveis pela preparação dos sete cenários e na condução das simulações. Estas foram realizadas uma de cada vez, com dois grupos de dezesseis alunos. As atividades foram realizadas em forma de competição com o intuito de motivar os estudantes a participar. O grupo, que realizava cada simulação em menor tempo, vencia.

As atividades foram realizadas em sete simulações: Pendurar a roupa no varal, fazer compras, varrer o piso, levantar e andar rapidamente, escolher alimentos, colocar a linha na agulha e conversar. Todos estes procedimentos estão relacionados no Quadro 1, a seguir, onde se encontram as informações relacionadas aos percursos, às limitações e aos respectivos materiais utilizados.

SIMULAÇÕES	PERCURSO	LIMITAÇÕES	MATERIAL
1. Pendurar a roupa no varal	A) Percurso de 20m; B) 6 bastões (3 para cada grupo, a uma distância de 2m entre eles) que estarão a 15 cm do piso, servindo como obstáculos no percurso; C) Corda do varal localizada a 1m e 80cm do piso; D) Pregador para prender a roupa no varal; E) 2 toalhas de rosto.	A) Dificuldades nos movimentos principalmente de ombro, cotovelo, punho e polegar; B) Sensação de peso em MMII; C) Diminuição da amplitude dos passos; D) Instabilidade postural; E) Distúrbio visual; F) Vertigem.	A) Faixa em volta do tórax, de onde saem 2 elásticos (um para cada membro superior, que vai se fixar no polegar de cada membro, respectivamente); B) Pesos do tipo caneleira em MMII; C) Elásticos ao nível do terço inferior da perna, envolvendo os dois membros inferiores; D) Meia bagueete na planta dos pés; E) Óculos feitos de tela; F) Virar a 360°, 2 vezes.
2. Fazer compras no mercado	Idem A e B da simulação n.º 1; C) Mesa para colocar embalagens simulando os produtos; D) 40 copos de plástico de cor branca (20 para cada grupo), cada um contendo o nome de um produto no rótulo (fonte 10), distribuídos desordenadamente sobre a mesa; E) 40 papéis em formato retangular com o nome de cada produto (20 para cada grupo) colocados sobre a mesa (copos de plástico).	Idem os itens de A a F da simulação n.º 1.	Idem os itens de A a F da simulação n.º 1.
3. Varrer o piso	Idem A e B da simulação n.º 1; C) 2 quadrados para cada grupo desenhados no piso, com os lados medindo 3m e a uma distância entre eles de 3m também; D) 1 vassoura para cada grupo; E) 30 papéis para cada grupo, em forma de quadrado com os lados medindo 3 cm.	Idem os itens de A a F da simulação n.º 1.	Idem os itens de A a F da simulação n.º 1.
4. Levantar e andar rapidamente	Idem A da simulação n.º 1; B) Cadeira com acento de 46 centímetros até o piso; C) Percurso de 3 metros.	Idem os itens de A a F da simulação n.º 1.	Idem os itens de A a F da simulação n.º 1.
5. Escolher alimentos	A) 1 mesa e 4 cadeiras; B) 5 cinco tipos de alimento para cada grupo (5 de cada alimento): milho, feijão, arroz, grão de bico, café em grão; C) 5 copos de plástico de cor branca com o nome do alimento para cada grupo.	A) Diminuição da sensibilidade na polpa dos dedos; B) Dificuldade no movimento das articulações interfalangeanas do polegar e do indicador de cada mão; C) Restrição dos movimentos dos outros dedos, mesmo para não participarem desta atividade; D) Dificuldade nos movimentos de flexão e extensão do punho; E) Distúrbio visual.	A) Esparadrapo na polpa dos dedos; B) Esparadrapo envolvendo as articulações interfalangeanas do polegar e indicador de cada mão; C) Juntar os outros dedos e envolve-los com fita crepe; D) Um palito de picolé na face anterior do punho e na face posterior. Os palitos são fixados com esparadrapo; E) Óculos feitos de tela.
6. Colocar a linha na agulha	Idem A da simulação n.º 5; B) 1 agulha e 1 linha de cor preta e de 30 centímetros, para cada grupo.	Idem os itens de A a E da simulação n.º 5.	Idem os itens de A a E da simulação n.º 5.
7. Conversar (telefone sem fio).	A) 15 papéis contendo frases (fonte 10) para cada grupo; B) 2 rádios ou chocalhos.	A) Distúrbio auditivo; B) Distúrbio na fala.	A) Algodão nos ouvidos; B) Pirulitos de tamanho grande na boca.

Quadro 1: Informações das simulações relacionadas aos percursos realizados, às limitações físicas e sensoriais e o respectivo material utilizado

Segue abaixo a descrição das simulações:

Simulação n.º 1 - Pendurar a roupa no varal

Os participantes dos dois grupos formavam duas filas, onde no início os primeiros de cada fila eram girados ao mesmo tempo e no mesmo lugar com duas voltas de 360° para dar a sensação de vertigem. Em seguida, percorriam um trajeto de 20 metros, sobrepondo obstáculos até chegar ao varal, onde colocavam a toalha e voltavam ao ponto de partida. O seguinte realizava o mesmo percurso, mas ao chegar ao varal, retirava a toalha e levava ao participante seguinte.

Simulação n.º 2 - Fazer compras no mercado

Da mesma forma que a simulação anterior, os dois grupos encontravam-se em duas filas. No início os primeiros participantes de cada grupo recebiam um papel contendo o nome de um produto. Após lerem o papel com o nome do produto, os participantes eram girados no mesmo lugar com duas voltas de 360°, percorriam o mesmo trajeto até chegarem a uma mesa, onde se encontravam alguns produtos. Procuravam o produto indicado no início da atividade até achá-lo. Depois, voltavam ao ponto de partida para o participante seguinte fazer o mesmo.

Simulação n.º 3 - Varrer o piso

Os dois grupos apresentavam-se em duas filas, os primeiros participantes de cada grupo encontravam-se com uma vassoura na mão e, da mesma forma que as duas simulações anteriores, eram girados no mesmo lugar e perfaziam o mesmo percurso até chegarem a dois quadrados marcados no piso, onde no quadrado “A” continha pedrinhas e o quadrado “B” estava vazio. Por sua vez, os participantes de cada grupo varriam as pedrinhas do quadrado “A” para o quadrado “B”. Depois disso, o participante voltava com a vassoura e entregava para o participante seguinte.

Simulação n.º 4 - Levantar e andar rapidamente

Esta atividade utilizava um teste denominado “*Timed up and go*” (Podsiadlo, & Richardson, 1991), quando cada participante levantava-se de uma cadeira e percorria três metros andando o mais rápido possível, voltava e sentava-se novamente na mesma cadeira. Desde o momento que os participantes levantavam-se da cadeira até sentarem-se, o tempo era cronometrado. Os participantes percorriam o trajeto com as limitações e o material utilizado idêntico às simulações anteriores. No final somaram-se os tempos dos participantes de cada grupo. Vencia o grupo que tinha menor tempo somado.

Simulação n.º 5 - Escolher alimentos

Um participante de cada grupo sentava-se na cadeira, onde encontrava os alimentos (grãos de milho, feijão, café e de arroz) em cima de uma mesa, misturados. À frente quatro copinhos, contendo o nome de um alimento dessa mistura. Ao ser dada a partida, os participantes colocavam os cinco grãos da mistura, no respectivo copo. Ao terminar, os organizadores esvaziavam os copos e misturavam outra vez os alimentos para o participante seguinte. O grupo que terminava primeiro vencia.

Simulação n.º 6 - Colocar a linha na agulha

Um participante de cada grupo sentava-se à mesa, onde encontrava a agulha e a linha. Ao ser dada a partida, colocava a linha na agulha durante um período limite de um minuto. Logo em seguida, o participante seguinte realizava o mesmo. O grupo que tinha maior número de participantes que conseguia realizar a atividade vencia. O material utilizado e as respectivas limitações eram as mesmas da simulação anterior.

Simulação n.º 7 – Conversar (telefone sem fio)

Atividade idêntica à brincadeira chamada de “telefone sem fio”, quando o primeiro participante de cada grupo pegava um papel, lia a frase e passava-a falando para o componente seguinte de seu grupo, seguindo a essa sequência até ao último da

fila. Ao mesmo tempo em que a frase era passada de um participante para o outro, os monitores deixavam um rádio ligado com o volume alto, para simular ruídos ambientais. Após a frase percorrer todos os componentes do grupo, ela era divulgada para os organizadores, onde estes verificavam se a frase estava correta ou não. Vencia o grupo que falava a frase corretamente.

Entrevista

Foi realizada uma entrevista, apoiada num roteiro com três perguntas abertas. Este tipo de entrevista denomina-se de “não-estruturada”, que permite a conversação entre pesquisador e entrevistado, com a finalidade de incentivar a reflexão e a descrição de ideias e experiências (Paterson, & Higgs, 2005).

Este modo de entrevistar é caracterizado pela flexibilidade, ou seja, dá a oportunidade ao pesquisador de escapar do roteiro proposto, para ampliar as informações relatadas pelo entrevistado (Öhman, 2005). Esta possibilidade tem como finalidade ajudar os participantes a explorar o tema e para investigar outros pensamentos e reflexões (Paterson, & Higgs, 2005). As questões do roteiro, apresentadas a seguir, foram elaboradas pelos autores do projeto e as respostas foram gravadas e posteriormente transcritas:

- a) Quais as dificuldades que você teve durante as vivências? Por quê?
- b) Relacione as vivências com situações já presenciadas:
- c) O que significou a vivência para você?

Análise dos dados

Realizado pelo método hermenêutico-dialético (Minayo, 2007): A hermenêutica tem uma abordagem interpretativa que pode investigar complexos fenômenos humanos a partir de múltiplas perspectivas para produzir ricas interpretações teóricas e experimentais destes fenômenos (Paterson, & Higgs, 2005). Já a dialética, é a livre troca de ideias baseado na interação da conversação dos indivíduos, ou seja, entre

entrevistador e entrevistado (Sung, 2001). Assim, esta junção forma o método utilizado para interpretar um diálogo (Minayo, 2007).

Para a análise dos dados seguem-se os passos propostos por Minayo (2007):

a) Ordenação dos dados: Nesta fase realiza-se a transcrição das entrevistas, a releitura das mesmas e organizam-se as entrevistas, codificando cada entrevistado pela letra “E” e numerando-os de acordo com a ordem das entrevistas.

b) Classificação dos dados: É o momento de fazer uma “leitura horizontal” e “leitura transversal”. A primeira permite capturar as informações relevantes que transmitem as ideias centrais do tema em cada entrevista. Na outra, consiste em juntar essas ideias dos entrevistados e colocar em ‘unidades de registro’, elaboradas em tópicos de significado.

c) Análise final: Em cada tópico, faz-se a discussão referenciando com as citações das falas dos entrevistados e com as bibliográficas.

Resultados e Discussão

Os 32 alunos participantes da pesquisa, tinham idade média de 19 anos e 26 destes eram do gênero feminino. Após a análise das entrevistas, foram constatados nove significados descritos detalhadamente a seguir: valorização das pessoas idosas com atitudes positivas, angústia de ter limitações, conhecimento das limitações para um tratamento fisioterapêutico mais adequado, efeitos das limitações na realização das atividades cotidianas dos idosos, percepção do preconceito existente na sociedade, as pessoas não percebem que estão a envelhecer, obstáculos do ambiente para os idosos, superação das dificuldades cotidianas e percepção das dificuldades dos avós.

Valorizar as pessoas idosas com atitudes positivas

As atitudes positivas podem ser promovidas durante o curso de graduação por meio de projetos que utilizem as vivências, com a finalidade de dissipar os mitos e

crenças com relação às pessoas da terceira idade (Hobbs, Dean, Higgs, & Adamson, 2006).

Este tipo de atividades associadas à experiência do estágio tradicional também contribuem para a melhoria das atitudes e pode continuar a fazê-lo posteriormente na vida profissional, quando estiverem em contato com os pacientes idosos (Ragan, & Bowen, 2001). Os profissionais de saúde são uma fonte importante de relacionamento com os indivíduos desta faixa etária (Minichiello, Browne, & Kendig, 2000).

“Sentir na pele” as dificuldades dos idosos, fez com que os participantes percebessem a necessidade de ter atitudes positivas como: ter paciência, carinho, respeitar, dar atenção e ajudar em qualquer tarefa do cotidiano as pessoas idosas.

“[...] com certeza vou dar mais valor a simples gestos como ajudar um idoso a atravessar a rua, pois para mim pode ser um gesto simples e fácil, mas para ele pode ser um grande obstáculo a ser vencido.” (E3).

“Eu vi que as pessoas mais idosas, têm dificuldade, por isso temos que ter muita paciência com elas, respeitando-as e é isso.” (E15).

“Significou que devemos dar mais valor aos idosos, porque eu vi o quanto é difícil para uma pessoa idosa, fazer todas suas tarefas do dia a dia.” (E19).

“Ver como é dificultosa a vida de pessoas mais velhas, aprendi também a respeitar e a defender estas pessoas.” (E23).

“Foi bom para eu perceber a dificuldade que os idosos têm, de como eu posso estar ajudando mais eles e, ser mais paciente.” (E24).

“Essa vivência nos mostrou na pele a dificuldade que eles passam cada dia de suas vidas, isso foi ótimo, porque já sabemos como agir quando vemos alguém com essas dificuldades. Temos muitos idosos que sofrem com isso que vimos hoje.” (E25).

“Conseguir entender as dificuldades dos idosos, pois sentindo na pele, a gente viu que realmente se torna muito difícil realizar as atividades cotidianas e então aprendemos a respeitá-los e a ter paciência.” (E28).

“Para mim foi muito importante ter passado por esta vivência, pois aprendi que os idosos precisam de mais carinho e atenção, necessitam de ajuda para seus afazeres e mais respeito dos outros. Ter paciência com eles também é muito importante.” (E29).

A angústia de ter limitações

Quando um indivíduo apresenta alguma doença, pode experimentar distúrbios no seu organismo levando à dor e desconforto. Esses distúrbios impõem sofrimento, quando o sujeito é confrontado com ameaças ao seu trabalho, seus interesses, seu plano de vida, às relações sociais, às relações com os amigos, e talvez até mesmo as relações familiares. O doente fixa-se aos limites funcionais e ao sofrimento devido às deficiências, onde deve recompor seu projeto de vida na sequência das alterações e perdas de suas habilidades físicas (Kottow, & Kottow, 2007).

A restrição da visão, audição, fala e dos movimentos, dificultavam algumas atividades, tornando-as angustiantes:

“Eu pude ver o quanto é duro você querer ouvir o que a pessoa falou e não conseguir ou querer estar falando alguma coisa e a pessoa não entender [...]. A visão também foi... nossa! Muito ruim, pra andar sozinha, tem que ter sempre uma pessoa pra ajudar. Achei bem ruim ter essa dificuldade.” (E1).

“A audição, como é horrível perdê-la! Pois não se entende direito o que as pessoas falam, tendo que pedir para que elas repitam, e nem todos gostam.” (E6).

“(...) é muito ruim, o fato de não conseguir escutar direito, falar etc.” (E7).

“Colocar-me no lugar de quem sofre com limitações, ver e sentir o quanto é difícil não conseguir realizar uma atividade porque o corpo não responde mais de maneira satisfatória, é como estar preso.” (E18).

Conhecimento das limitações para um tratamento fisioterapêutico mais adequado

Estas atividades realçam a necessidade crescente dos cuidados de saúde para os idosos e comprova o valor e a eficácia da fisioterapia para a saúde dos idosos (Hobbs, Dean, Higgs, & Adamson, 2006). Fornecer cuidado ao paciente que é dependente da patologia e não depende da idade (Brown, Gardner, Perritt, & Kelly, 1992).

Conhecer as dificuldades das pessoas idosas despertou nos alunos a importância da atuação da Fisioterapia durante o atendimento, desde a abordagem do paciente com

atitudes positivas e uma comunicação eficaz, até a um atendimento com tratamento mais adequado:

“Foi uma experiência sem dúvida maravilhosa que nos ensina a dar mais valor à vida e em nossas atitudes e nos mostra que no dia-a-dia podemos ajudar as pessoas idosas que tanto precisam de nós.” (E3).

“E acredito que a Fisioterapia é uma ajuda para essas pessoas que têm dificuldade.” (E5).

“A vivência de hoje nos mostrou como é se sentir às vezes incapaz de realizar algo e como um idoso necessita de certo cuidado e atenção e, até mesmo de palavras que o façam sentir capaz de realizar suas atividades prazerosas do dia a dia. Esse projeto foi muito bom, fez com que passássemos por alguns minutos de dificuldades.” (E10).

“(...) pensamos como não é fácil para eles presenciarem isso no dia a dia deles, mas foi interessante, pois agora sabemos como lidar com estas situações e como poderemos ajudar quando eles precisarem.” (E22).

“Nesta atividade você passa a ser uma pessoa idosa e a ter as mesmas dificuldades, podendo saber como um idoso se comporta. E para a Fisioterapia geriátrica, é fundamental essa prática, pois assim resultará num tratamento mais adequado.” (E27).

“Foi ótimo para nós, futuros fisioterapeutas, que agora sabemos como são as limitações dos nossos pacientes idosos. Além disso, para respeitar e se dispor a ajudar os idosos.” (E30).

Os efeitos das limitações na realização das atividades cotidianas dos idosos

“Em idades mais avançadas as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças crônico-degenerativas intensificam-se, ocasionando a dependência nas atividades cotidianas” (Fiedler, & Peres, 2008, p.409).

Os idosos fisicamente ativos e que participam de programas de orientações e incentivo à atividade física, tendem a apresentar maior grau de autonomia funcional e conseqüentemente melhor qualidade de vida. Porém, os idosos sedentários, sofreram os efeitos das doenças associadas ao envelhecimento com maior impacto (Carmo, Mendes, & Brito, 2008). Inevitavelmente os fatores ambientais, o avanço da idade e as conseqüências do estilo de vida interferem na qualidade da realização das ABVDs e AIVDs, tais como: vestir-se, locomover-se, alimentar-se, fazer compras (Cozzani, & Mauerberg-Decastro, 2005).

Os participantes notaram que a realização das atividades cotidianas, seja no ambiente domiciliar ou na rua, tornam-se mais difíceis na velhice, devido ao declínio das habilidades, principalmente ocasionadas pelas doenças:

“Foi uma experiência “legal”, pois sentimos na pele o que os idosos vivem todos os dias.” (E7).

“Eu passei por uma experiência hoje, que não esperava. Claro que um dia todos nós ficaremos velhos e coisas que hoje são simples podem ficar complicadas com o passar do tempo.” (E12).

“Com essa vivência que nós tivemos, pude ver como é difícil certas atividades com o passar do tempo. Quando envelhecemos podemos perder várias habilidades [...]. Eu pude presenciar cada momento e como foram difíceis todas essas atividades.” (E26).

“No mercado a dificuldade de encontrar algum produto é grande, pela deficiência visual. No Banco os idosos pedem ajuda ao voluntário por diversas dificuldades.” (E27).

“Já presenciei os idosos tendo dificuldades em supermercados, para pegar o ônibus, porque sempre o nome do bairro está escrito com a letra muito pequena e sem iluminação à noite.” (E30).

Percepção do preconceito existente na sociedade

A idade cronológica pode ser um método satisfatório de discriminar pessoas mais velhas (Bowling, See-Tai, Ebrahim, Gabriel, & Solanki, 2005).

O desconhecimento das necessidades dos idosos denota preconceito em relação a eles como indivíduos e como grupo, sendo comumente associado ao julgamento de que não são dignos de merecer atenção e tratamento, dado o fato de serem socialmente dependentes, e de que não compensa investir neles porque estão declinando de forma irreversível em termos físicos e mentais (Neri, & Jorge, 2006). Os autores relatam ainda que a adoção de julgamentos que não se apoiam completamente em dados objetivos conduz a práticas sociais discriminativas e frequentemente injustas. Existe a tendência de infantilizar o idoso, tratando-o como um ser dependente que não sabe decidir o que é melhor para ele (Junges, 2004).

Atualmente os idosos presenciam experiências negativas relacionadas aos aspectos sociais, tais como a dificuldade no acesso aos transportes e à habitação, baixos

rendimentos, aposentadoria forçada e a insuficiência na atenção em instituições de longa permanência para idosos (Minichiello, Browne, & Kendig, 2000).

As pessoas da terceira idade ainda sofrem com o ageísmo no tratamento durante a interação na vida cotidiana, sendo que algumas pessoas mais velhas pela ideia de estarem no limite de suas vidas acomodam-se ao ageísmo, enquanto outros reivindicam ativamente novas imagens do envelhecimento para si e para aqueles que ainda vão ser (Souza, Lodovici, Silveira, & Arantes, 2014).

Devido às limitações funcionais e sensoriais, os idosos podem ter dificuldades no uso de espaços e de equipamentos, bem como também existem aqueles mais ativos que desejam realizar atividades de lazer em espaços urbanos. Entretanto, tais espaços, via de regra, não foram planejados considerando as necessidades dos idosos (Ely, & Dorneles, 2006).

Neste tópico a maioria dos relatos foi sobre a falta de respeito, mas não nas situações por eles vivenciadas, mas em outras circunstâncias presenciadas no dia a dia, tais como: no ônibus, no banco e como pedestre para atravessar a rua:

“[...] o mundo rejeita as pessoas que passam por isso [...]. Quando pego ônibus para trabalhar, os motoristas não param para as pessoas idosas e muito menos para as pessoas especiais.” (E4).

“No meu dia a dia vejo muitas situações. No ônibus, quando ninguém respeita os bancos reservados, a impaciência das pessoas pela subida ou descida do mesmo, na rua onde os carros não respeitam as sinalizações não esperando o pedestre idoso atravessar a rua.” (E12).

“Quando um idoso sai na rua, com dificuldade de locomoção, visão, principalmente quando precisa atravessar a rua, e que a maioria dos motoristas não respeitam a faixa de pedestres e até mesmo o sinal de trânsito. Dentro do ônibus, com várias pessoas que não dão o lugar para eles se sentar, correndo um grande risco deles caírem por falta de força e agilidade.” (E13).

“[...] às vezes a gente vê a situação de pessoas que não têm paciência com eles.” (E15).

“Na audição que é um grave problema da maioria da população idosa, há muitos casos de até sem querer eles interpretar uma coisa errada e outras pessoas tirarem sarro com isto.” (E17).

“Fez ver como é a dificuldade que os idosos enfrentam no dia a dia e, muitas vezes com a falta de respeito.” (E20).

“Muitas vezes o idoso vai esperar o ônibus e, quando tem acento no ponto de ônibus, acaba todo sendo ocupado por jovens, muitos cedem

o seu lugar ao idoso, mas muitos ainda não respeitam. Quando estão dentro do ônibus às vezes passam pelas mesmas dificuldades, mesmo com seus lugares reservados ainda encontramos pessoas que desrespeitam.” (E26).

As pessoas não percebem que estão envelhecendo

Atualmente, na sociedade em que vivemos existe a utopia da saúde perfeita, significando que os idosos não correspondem ao ideal de pessoa em perfeitas condições. São escondidos do convívio porque estampam, no seu rosto, as rugas da velhice que incomodam o estereótipo cultural da eterna juventude. A figura do idoso questiona a idealização atual do jovem, porque lembra inconscientemente a esse que ele será um dia o que o ancião é hoje. Por um lado o idoso é valorizado pela medicina que lhe fornece maior longevidade e, por outro, acaba sendo marginalizado, porque a sociedade não sabe o que fazer com os idosos sempre mais longevos, trazendo a sensação de inutilidade (Junges, 2004).

Para os participantes, as pessoas que criticam, reclamam ou maltratam as pessoas idosas, esquecem-se de que um dia vão ser velhas e que podem passar por tudo isso que os idosos passam:

“[...] nós não percebemos que estas dificuldades todos nós vamos passar.” (E4).

“Significa que todos um dia podem passar por isso e, não é certo quando certas pessoas criticam os idosos [...]. Não imaginam sequer que amanhã pode ser ele no lugar dessa pessoa.” (E5).

“[...] fez entender o que muitas pessoas não entendem e reclamam que os idosos são lerdos, que os idosos escutam mal e outras coisas.” (E8).

“A vivência mostrou que devemos respeitar mais os idosos, seja onde for, pois muitas vezes não imaginamos o quanto é difícil fazer algumas coisas, que nós jovens não damos importância.” (E11).

“Muitas vezes o idoso se torna “invisível” ou como se fosse um objeto também, mas isso tem que mudar. Tantas notícias nos jornais, de asilos que maltratam os idosos, as pessoas fazem isso sem pensar que daqui a uns anos serão idosos também e, terão as mesmas dificuldades.” (E21).

Os obstáculos do ambiente para os idosos

Para as pessoas idosas, algumas atividades que aparentemente são simples e corriqueiras como o andar, por exemplo, podem se tornar extremamente arriscadas e de difícil execução, principalmente em ambientes complexos. As demandas ambientais, em geral, desafiam a capacidade adaptativa das funções de mobilidade (Cozzani, & Mauerberg-Decastro, 2005).

As experiências de incapacidade e declínio variam de acordo com o contexto do ambiente, que geralmente acontece na residência e no ônibus. No primeiro, há indicação na dificuldade de locomoção e na realização de atividades do cotidiano. No outro, as limitações em subir e descer no ônibus, a locomoção no interior com este em andamento e até ao sentar na cadeira. Nesses dois ambientes e também nos espaços urbanos, os degraus são fatores que limitam bastante os idosos na locomoção (Grenier, 2005).

Mais uma vez, os participantes relataram situações diferentes à que eles vivenciaram. As dificuldades das pessoas idosas no ônibus e na rua, onde o ambiente deveria ser adaptado, para facilitar mobilidade:

“Muitas vezes para nós jovens não é nada subir um meio fio, mas imagina para um idoso [...]. O quanto deve ser o esforço que ele faz, para subir no ônibus sem nenhum auxílio.” (E11).

“Hoje percebi o porquê das dificuldades (...) percebo que eles andam devagar e têm dificuldade para certas coisas, por exemplo: subir em calçadas, escadas, isto leva eles a andar devagar, pois eles possuem um medo dentro de si, de escorregar e cair, podendo vir ter uma lesão grave.” (E16).

“[...] quando eu ando na rua vejo idosos com dificuldade de andar, em subir em degrau de ônibus.” (E19).

“(...) a dificuldade é com os degraus que há em todos os lugares, não adianta (...) eles são muito frágeis, qualquer coisa bate e machuca.” (E22).

“A maioria de nós já se deparou com idosos que têm uma grande dificuldade de subir escadas e até mesmo degraus e isso cada vez tende a piorar.” (E25).

A superação das dificuldades cotidianas

Os idosos com boa visão têm menos quedas, cometem menos erros com medicações, apresentam menos depressão e menor isolamento social, são mais independentes e têm melhor qualidade de vida em suas casas, com menos perturbações emocionais, as quais, quando presentes, são atenuadas pela assistência médica adequada (Romani, 2005).

A percepção subjetiva da própria idade é influenciada, em parte, pela saúde física, estado funcional e a saúde mental. Neste sentido, os idosos têm a sensação de serem mais jovens quando apresentam independência funcional, controle sobre sua própria vida e a ausência de morbidade. Cada uma destas variáveis também está diretamente relacionada à variação da longevidade (Bowling, *et al.*, 2005).

Faz parte do processo de envelhecimento normal, o indivíduo aceitá-lo pelas características próprias, mesmo que este venha acompanhado por algumas limitações inevitáveis. O idoso aprende a conviver com essas modificações, mantendo o máximo de independência funcional e autonomia para reagir com novas iniciativas e atividades (Junges, 2004).

A construção da autoeficácia, que se centra na individualidade e crenças pessoais sobre a confiança na sua capacidade para assumir um comportamento ou comportamentos que podem levar a resultados desejados, tais como melhorar a saúde (Marks, Allegrante, & Lorig, 2005).

Apesar das alterações provocadas pelo envelhecimento e pelas doenças, as pessoas idosas superam as dificuldades. Realizam seus afazeres do cotidiano, uns com muito sofrimento, outros no seu tempo e outros ainda adaptam ou constroem apetrechos para facilitar as atividades:

“Pude notar que o que minha avó sente é algo muito doloroso e que só quem está sentindo e vivendo essa fase, é que se pode dizer com todas as palavras que é uma pessoa vencedora, pois a cada dia vence um obstáculo diferente como um simples fato de pendurar uma roupa no varal.” (E3).

“Significou que não é só porque eles são idosos que não conseguem realizar os afazeres domésticos entre outros, pois não é da rapidez em fazer algo que conseguimos um bom resultado, mas sim da qualidade

daquilo que estamos fazendo. Não importa se fizermos lento, o que importa é que obtemos um nível excelente.” (E16).

“Ao visitar meus avós, percebo a dificuldade deles ao andar rápido, ao pegar coisas no chão, coisas pesadas, coisas que estão no alto da estante. Por esses motivos meu avô muito engenhoso, inventa coisas para facilitar a vida cotidiana, como por exemplo, uma “mão” feita de madeira para facilitar o alcance de coisas altas.” (E24).

A percepção das dificuldades dos avós

A convivência intergeracional é uma fonte importante de aprendizagem das atitudes em relação aos idosos, principalmente se a experiência afetiva for favorável. Isso tende a despertar o interesse pelos estudos relacionados ao envelhecimento e a apresentar atitudes positivas perante os idosos, na profissão e na sua vida cotidiana (Bowling, *et al.*, 2005). Para os idosos, esta presença afetiva dos familiares, impede que o processo de envelhecimento desenvolva tendências ao isolamento (Junges, 2004).

Alguns participantes relacionaram as vivências às dificuldades que os avós apresentavam:

“A minha avó tem 93 anos e às vezes passa uns dois dias em minha casa. Ela tem bastante dificuldade para andar, ir ao banheiro tomar banho, suas mãos não são mais firmes e ela tem muita insegurança, medo de cair. Mas, ao contrário de muitos, seus olhos enxergam muito bem e sua memória também é muito boa. Ela também tem um pouco de dificuldade de falar (bem pouco) e de ouvir.” (E1).

“Quando eu ando com a minha vó pelas ruas, eu quero andar rápido e ela não consegue. Hoje eu vi o quanto é difícil a um idoso andar rápido. E ela se apoia em mim para andar, pois não tem tanto equilíbrio. E o vô ele não consegue virar só o pescoço, ele vira o tronco inteiro para poder ver as coisas atrás ou até mesmo fazer alguma tarefa.” (E6).

“Minha bisavó tinha dificuldade para andar, sempre tinha que estar com alguém do lado auxiliando-a. A maioria das coisas, como tomar banho, alguém tinha que dar porque ela não conseguia nem mexer os braços direito. E a visão dela era muito ruim, mesmo usando óculos [...]. Habilidade ela não tinha, equilíbrio tinha muito pouco, até para sentar era necessário ajudar.” (E14).

“Já presenciei várias vezes as dificuldades dos meus avós, em se locomover, ouvir e realizar tarefas do dia a dia.” (...) (E18).

“Uma das vivências mais impressionantes, que eu não conseguia saber como era e como acontecia, é a comunicação. Meu bisavô é quase impossível entender o que ele fala, agindo e falando como no

teste que fizemos. Outro acontecimento é na forma de andar, tenho avós que não conseguem se locomover rápido e com certo equilíbrio.” (E23).

“Duas coisas que me fez lembrar bastante foi a questão de colocar a linha na agulha, que sempre eu via a minha avó costurando e, a outra que era de escolher os grãos, também minha avó sempre fazia a comida, então era ela que sempre escolhia os grãos, feijão e o arroz, essas dificuldades eu presenciei na pele. Eu via a minha avó fazendo com dificuldade e conseguia.” (E31).

“A avó sempre pede para passar a linha na agulha, ou ler alguma bula de remédio ou ainda para ajudar a fazer alguma coisa, como abaixar ou pegar alguma coisa do alto.” [...] (E32).

Conclusão

Foram constatados neste estudo, nove significados relatados pelos alunos: a valorização das pessoas idosas com atitudes positivas, a angústia de ter limitações, o conhecimento das limitações para um tratamento fisioterapêutico mais adequado, os efeitos das limitações na realização das atividades cotidianas dos idosos, a percepção do preconceito existente na sociedade, as pessoas não percebem que estão envelhecendo, os obstáculos do ambiente para os idosos, a superação das dificuldades cotidianas e a percepção das dificuldades dos avós.

Os vários significados atribuídos para as limitações que os idosos passam no seu dia a dia demonstraram a importância dos cursos de Fisioterapia e até mesmo outros cursos da área da saúde, de lançarem mão de programas de vivência nas atividades acadêmicas. Nestes programas, é de grande relevância estimular a ligação das experiências positivas do passado e das atuais, para a construção da aprendizagem que é considerada como um processo ativo e em constante evolução.

Nesta pesquisa, foram utilizadas apenas sete situações na metodologia, simulando as dificuldades que as pessoas idosas têm no seu cotidiano. Portanto, existem muitas outras situações que podem ser estudadas como, por exemplo, podemos citar algumas: nos transportes públicos, em hospitais e clínicas, em Bancos, na rua e outras situações dentro de casa.

Estes programas de vivências têm a finalidade de proporcionar aos alunos o conhecimento sobre as alterações normais e patológicas do processo de envelhecimento,

apresentar a importância da atuação do Fisioterapeuta no atendimento aos idosos, aprimorar as atitudes durante o atendimento fisioterapêutico e no contato com os idosos na vida cotidiana e estimular o interesse na área do envelhecimento.

Referências

Berger, L., & Mailloux-Pontier, D. (1995). *Pessoas idosas*. Lisboa (Portugal): Lusodidacta.

Bowling, A., See-Tai, S., Ebrahim, S., Gabriel, Z., & Solanki, P. (2005). Attributes of age-identity. *Ageing & Society*, 25, 479-500. Recuperado em 01 de junho, 2014, de: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=316589&fileId=S0144686X05003818>.

Brown, D.S., Gardner, D.L., Perritt, L., & Kelly, D.G. (1992). Improvement in Attitudes Toward the Elderly Following Traditional and Geriatric Mock Clinics for Physical Therapy Students. *Physical Therapy*, 72(4), 251-257.

Carmo, N.M., Mendes, E.L., & Brito, C.J. (2008). Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosos. *RBCEH*, 5(2), 16-23. Recuperado em 01 de junho, 2014, de: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/108>.

Cigolle, C.T., Langa, K.M., Kabeto, U.M., Tian, Z., & Blaum, C.S. (2007). Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. *Annals of Internal Medicine*, 147(3), 156-164. Recuperado em 01 de junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17679703>.

Cozzani, M., & Mauerberg-Decastro, E. (2005). Estratégias adaptativas durante o andar na presença de obstáculos em idosos: impacto da institucionalização e da condição física. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, 19(1), 49-60. Recuperado em 01 junho, 2014, de <http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/viewFile/16583/18296>.

Ely, V.H.M.B., & Dorneles, V.G. (2006). *Acessibilidade espacial do idoso no espaço livre urbano*. Curitiba (PR): Abergó.

Fiedler, M.M., & Peres, K.G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 409-415. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200020&script=sci_arttext.

Gillis, D.M. (1991). Strategies to promote positive behavior toward elderly patients. *Clinical Nurse Specialist*, 5(3), 165-168. . Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1913444>.

Grenier, A.M. (2005). The contextual and social locations of older women's experiences of disability and decline. *Journal of Aging Studies*, 19(2), 131-146. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406504000775>

- Hayflick, L. (2007). Biological aging is no longer an unsolved problem. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1100, 1-13. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17460161>.
- Hobbs, C., Dean, C.M., Higgs, J., & Adamson, B. (2006). Physiotherapy students' attitudes towards and knowledge of older people. *Australian Journal of Physiotherapy*, 52(2), 115-119. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16764548>
- Holliday, R. (1997). Understanding ageing. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 352(1363), 1793-1797. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1692138/>.
- Junges, J.R. (2004). Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 6, 123-144. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4747/2667>.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *JAGS*, 31(12), 721-727. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6418786>.
- Kottow, A.R., & Kottow, M.H. (2007). The disease-subject as a subject of literature. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2(10), 1-6. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936426/>.
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22-26. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16504848>.
- Marks, R., Allegrante, J.P. & Lorig, K. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part II). *Health Promot Pract*, 6, 148-156. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855284>.
- Minayo, M.C.S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (10ª ed.). São Paulo (SP): Hubitec/Abrasco.
- Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*, 20(3), 253-278. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=54121&fileId=S0144686X99007710>.
- Neri, A.L., & Jorge, M.D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. Campinas (SP): *Estud. Psicol*, 23(2), 27-137. Recuperado em 01 junho, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000200003.

- Öhman, A. (2005). Qualitative methodology for rehabilitation research. *J Rehabil Med*, 37, 273-280. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.researchgate.net/publication/7556418_Qualitative_methodology_for_rehabilitation_research.
- Oliveira, M.M. (2005). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Paterson, M., & Higgs, M. (2005). Using hermeneutics as a qualitative research: approach in professional practice. *The Qualitative Report*, 10(2), 339-357. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://researchoutput.csu.edu.au/R/?func=dbin-jump-full&object_id=10138&local_base=GEN01-CSU01.
- Phillips, M.D., & Peatman, N.L. (2002). A comunicação, os valores e a qualidade de vida. In: Guccione, A.A. (Ed.). *Fisioterapia geriátrica*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Pinelli, L.A.P., Montandor, A.A.B., Boschi, A., & Fais, L.M.G. (2005). Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. *Rev. Odonto Ciência*, 20(47), 69-74. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/te/ojs/index.php/fo/article/view/1153/912>.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The "Timed Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 39, 142-148. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1991946>.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(8), 114-116. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10625273>.
- Ragan, A.M., & Bowen, A.M. (2004). Improving Attitudes Regarding the Elderly Population: The Effects of Information and Reinforcement for Change. *The Gerontologist*, 41(4), 511-515. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11490049>.
- Richardson, R.J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3ª ed.). São Paulo (SP): Atlas.
- Romani, F.A. (2005). Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. *Arq. Bras. Oftalmol*, 68(5), 649-655. Recuperado em 01 junho, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492005000500015&script=sci_arttext.
- Samter, J., & Voss, B.J. (1992). Challenging the myths of aging. *Geriatric Nursing*, 13(1), 17-21. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457208800080>.
- Shilton, M. (2000). Atitudes diante da velhice e das pessoas idosas. In: Pickles, B., Compton, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo (SP): Livraria Editora Santos.
- Sousa, A.C.S.N.de, Lodovici, F.M.M., Silveira, N.D.R., & Arantes, R.P.G. (2014). Alguns apontamentos sobre o Idadismo (Ageísmo): A posição de pessoas idosas diante desse agravo à sua subjetividade. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 19(3), 853-877. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/50435>.

Sugahara, G.T.L. (2005). O perfil do idoso brasileiro. *Revista Kairós Gerontologia*, 8(2), 51-75.

Sung, W. (2001). Dialogue in philosophical hermeneutics. *Euramerica*, 31(2), 231-285. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.ea.sinica.edu.tw/eu_file/12014856114.pdf

Zimerman, G.I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul.

Recebido em 28/08/2014

Aceito em 30/12/2014

Eduardo Hiroo Kikuchi - Fisioterapeuta, formado pela Universidade Norte do Paraná (Kroton/UNOPAR).

Claudia Simone Maturana - Docente-pesquisador do Curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná (Kroton/UNOPAR).

Nuno de Noronha da Costa Bispo - Docente-pesquisador do Curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná (Kroton/UNOPAR).
E-mail: nunofisio@hotmail.com

Ruy Moreira da Costa Filho - Docente-pesquisador do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Ruth Gelehrter da Costa Lopes - Docente-pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Maria Helena Villas Bôas Concone, Docente-pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia. Vice-coordenadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Vanessa Suziane Probst - Docente-pesquisadora e Coordenadora do Mestrado de Ciências da Reabilitação da Universidade Norte do Paraná (Kroton/UNOPAR).

* Este estudo foi realizado na Universidade Kroton/UNOPAR.

Endereço do autor-responsável para contato e publicação:

Nuno de Noronha da Costa Bispo

Rua Fermino Barbosa, 148, casa 09 – Bairro Aurora – Londrina (PR), Brasil - CEP 86047-480 - Fone: (43)3356-6062

E-mail: nunofisio@hotmail.com

Esta pesquisa foi financiada pela FUNADESP e recebeu o Certificado da UN Volunteers e do Conselho Paranaense de Cidadania Empresarial em Curitiba a 28 de outubro de 2009, no 2º Congresso Nós Podemos Paraná – Cultura, Ação e Criatividade.