



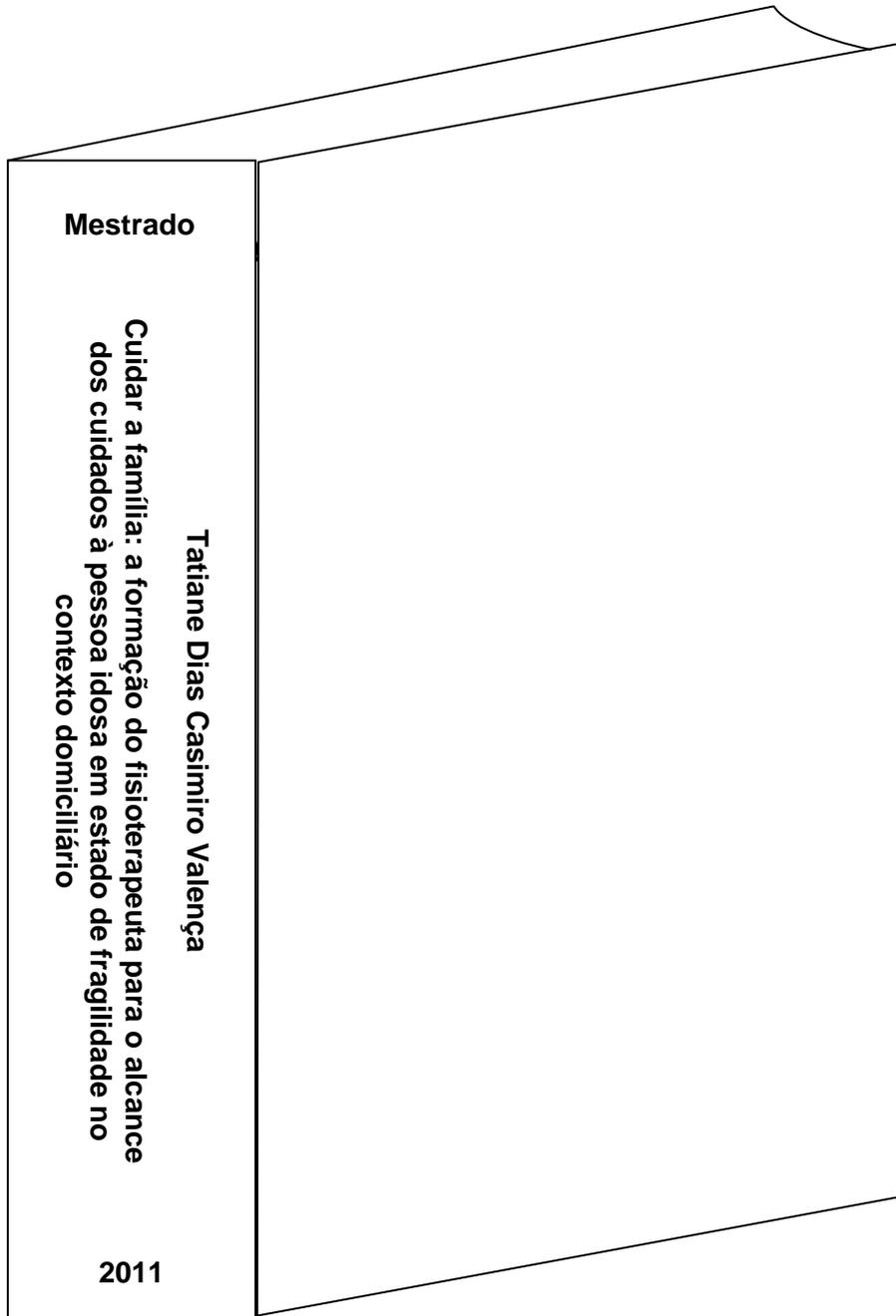
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**CUIDAR A FAMÍLIA: A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O
ALCANCE DOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ESTADO DE
FRAGILIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA

**JEQUIÉ – BA
2011**

LOMBADA



TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA

**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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de pesquisa: Família em seu ciclo vital.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luzia Wilma Santana da Silva

**JEQUIÉ – BA
2011**

Valença, Tatiane Dias Casimiro.

V247 Cuidar a família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário/Tatiane Dias Casimiro Valença.- Jequié, UESB, 2011.

37 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011. Orientadora Prof^a. Dr^a. Luzia Wilma Santana da Silva.

1. Idoso, família e fisioterapeuta – Serviços de assistência domiciliar 2. Fisioterapeuta – Atuação profissional direcionada ao idoso fragilizado e seus familiares 3. Fisioterapia – Serviços de assistência domiciliar 4. Fisioterapeuta – Formação profissional I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD 615.82

FOLHA DE APROVAÇÃO

VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro. Cuidar a família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário. 2011. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA.



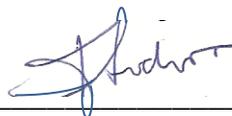
Luzia Wilma Santana da Silva

Doutora em Enfermagem. Área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca examinadora



Vera Maria da Rocha

Doutora em Educação. Área de concentração Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS



Flamínia Manzano Moreira Lodovici

Doutora em Linguística. Área de concentração Linguística, Letras e Artes.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

Jequié/BA, 28 de novembro de 2011

*Dedico este trabalho à minha
família, porto seguro, no qual me
fortaleço a cada dia.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, toda a honra e toda a glória, pois acredito que nada acontece ao acaso; tudo provém da Sua vontade e misericórdia e tenho certeza que Ele esteve ao meu lado em cada momento desta jornada, e assim, continuará eternamente.

Aos grandes amores da minha vida, **Mauro**, meu esposo, companheiro e cúmplice, e **Vynícius**, meu filho amado, que vivenciaram os momentos difíceis, que entenderam a minha ausência e a falta de tempo, mas que sempre me apoiaram e caminharam de mãos dadas comigo. A eles todo o meu amor e o reconhecimento que formamos uma bela família.

Aos meus pais, **Ápio e Alzira**, pelo amor, cuidado e orações em favor da minha vida e dos meus projetos.

Aos **familiares**, pelo apoio e incentivo na conquista de mais um degrau na minha vida pessoal e profissional. Conteí, conto e sempre contarei com vocês.

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Luzia Wilma Santana da Silva**, pessoa que eu aprendi a admirar não só pelo seu valiosíssimo conhecimento científico, mas também pela sua disponibilidade e capacidade de ajudar ao próximo. Em todos os nossos encontros sempre trouxe palavras incentivadoras, instigantes e desafiadoras, mas sempre com muita ternura fazendo com que a caminhada se tornasse muito mais prazerosa. Foi e continuará sendo muito bom trabalhar com você.

À **Sumaya**, amiga e colega com quem pude compartilhar as alegrias e os desafios desde a seleção do Programa até a conclusão deste trabalho.

Às amigas **Nice e Marília**, que, mesmo à distância sempre me incentivaram nessa importante etapa da minha vida. Obrigado pela torcida, amigas!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - UESB** pelo trabalho realizado com bravura e o empenho para implantar e manter o Programa, dando oportunidade para o crescimento técnico-científico de vários profissionais.

Aos **colegas** de turma, com quem vivenciei momentos agradáveis e ampliei meus conhecimentos sobre a saúde coletiva através de múltiplos olhares. Trarei todos guardados como uma boa lembrança em meu coração.

À família **NIEFAM**, com quem tive a oportunidade de experimentar como é prazeroso trabalhar em equipe, como é importante apreender e compartilhar conhecimento e o mais importante, como colocar em prática este saber em prol da saúde do outro. Com certeza minha participação não se encerra por aqui, continuo membro da família NIEFAM.

Aos **Coordenadores de Curso, graduandos e profissionais fisioterapeutas**, que contribuíram de maneira solícita para a realização deste estudo. Sem vocês não seria possível alcançar tal conhecimento.

Às **Prof.^a Dr.^a Vera Maria Rocha e Prof.^a Dr.^a Flamínia Manzano Moreira Lodovici**, componentes da Banca Examinadora, pela disponibilidade e pelo conhecimento compartilhado.

À **Prof.^a Msc. Maria das Graças Bispo**, pelo apoio na disciplina de Estudo Independente.

Aos colegas do **Departamento de Saúde e da Área de Fisioterapia Aplicada**, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela compreensão e a liberação parcial durante o período do mestrado.

Meus sinceros agradecimentos.

Se eu ouço, eu esqueço.

Se eu vejo, eu me lembro.

Se eu faço, eu aprendo.

(Confúcio)

VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro. **Cuidar a família:** a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié - BA. 2011. 163p.

RESUMO

O envelhecimento populacional brasileiro tem sido rápido e intenso. Os resultados do Censo IBGE, 2010, revelam que os idosos com 60 anos ou mais formam o grupo que mais cresceu na última década. Este panorama tem trazido uma crescente carga de doenças crônicas e incapacitantes nesse grupo etário com o avançar da idade, o qual converge para alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos; porém, a presença das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis tem ocasionado sobremaneira um processo de dependência da pessoa idosa de sua família às atividades da vida diária. Esse contexto acena para qualificação profissional mais proximal ao ambiente domiciliário, cenário perspectivado na atualidade pelas Políticas Públicas de Saúde e pela Lei de Diretrizes e Bases do Ensino Superior. Assim, o objetivo desse estudo foi desvelar se os graduandos em fisioterapia estão sendo formados para prestar o cuidado domiciliar à pessoa idosa fragilizada considerando o seu contexto familiar. Caracterizou-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, descritiva e documental, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Protocolo n.º 215/2010, conforme a Resolução 196/96. O cenário foram 04 Instituições de Ensino Superior do Estado da Bahia, sendo 01 pública e 03 privadas que oferecem o Curso de Graduação em Fisioterapia. Oriundo destas foram constituídos 03 grupos de sujeitos, totalizando 47 entrevistados, sendo 04 Coordenadores dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, 28 graduandos do último ano do Curso de Fisioterapia e 15 profissionais Fisioterapeutas com inserção prática no atendimento domiciliar. A coleta de dados envolveu múltiplas técnicas: entrevista semi-estruturada, inquérito documental, pesquisa documental e diário de campo. A análise guiou-se pelo modelo proposto por Miles e Huberman, convergindo em análise de conteúdo, num processo iterativo e cíclico, envolvendo redução, apresentação e interpretação e, finalmente a triangulação dos dados, resultando em 03 categorias: *Formação do profissional Fisioterapeuta: contextos de uma disjunção e carência de saberes; A atuação profissional do Fisioterapeuta descuida dos saberes para o alcance da família; A fisioterapia no direcionamento da família: desafios e limites à práxis do cuidar - sentimentos enoveladores*. Os dados encontrados apontaram para uma urgente e necessária reforma curricular, mesmo naquelas IES que tinham passado recentemente por esse processo, tendo em vista que as sugestões que emergiram dos participantes foram de ampliar o foco formador às demandas potenciais que se mostram na perspectiva do idoso-família, sobretudo, como uma questão pontual para o fortalecimento do SUS. Consideramos que a formação do fisioterapeuta no alcance ao idoso e família, tendo em vista sua inserção comunitária e domiciliária, precisa ser redefinida para esse espaço, pois ainda se encontra voltada ao cenário clínico-hospitalar; além disso, pela necessidade de um processo formador que convirja ao pensar integrador, cujas fronteiras disciplinares sejam abertas às ciências sociais e humanas na transversalidade com as ciências biológicas, mostrando-se assim, como uma situação *sine qua non* ao panorama de envelhecimento humano no Brasil.

Palavras-chave: Envelhecimento, Família, Fisioterapia, Serviços de Assistência Domiciliar, Formação de Recursos Humanos.

VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro. **Caring the family:** the formation of the physical therapist to care elderly people in a state of weakness in a home context [dissertation]. Jequié: Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwestern Bahia, Jequié - BA. 2011. 163p.

ABSTRACT

Brazilian aging population has been rapid and intense. *Census* results of Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE, 2010, shows that older people with 60 years old, or more, form the group that grew most in the last decade. This situation has caused an increasing burden of chronic and disabling diseases to this age group with advancing age, which converges to structural and functional changes that, despite of varying from one individual to another, can be found in all elderly, but the presence of non communicable chronic-degenerative diseases has caused a great dependence process of the elder to his/her family on doing daily activities. This context pointed to a more proximal professional qualification into a home environment, a scenario currently envisaged by Policies on Health and by the Law of Guidelines and Bases of Higher Education. Therefore, the objective of this study was to reveal whether physiotherapy graduates are being trained to provide home care to frail elderly person considering his family background. This study was characterized as a qualitative research, exploratory, descriptive and documentary, which was approved by an Ethics and Research Committee from the State University of Southwestern Bahia, Protocol No. 215/2010, according to Resolution 196/96. The scenario was 04 higher education institutions of the State of Bahia, 01 public and 03 private ones that offer the Undergraduate Program in Physical Therapy. From those groups we formed 03 groups of subjects, with a total of 47 interviewed, including 04 coordinators of undergraduate programs in Physical Therapy, 28 who graduated last year on Physiotherapy and Physiotherapists and 15 professionals with practical insertion in home care. Data collection involved Multi- techniques: semi-structured interview, documentary survey, archival research and field journal. The analysis was guided by the model proposed by Miles and Huberman, converging in content analysis, into a cyclical and interactive process, involving reduction, presentation and interpretation, and finally the triangulation of data, resulting in 03 categories: Physical Therapist Professional Education: disjunction contexts and lack of knowledge, professional work of the physiotherapist neglect of knowledge for the achievement of the family; Physiotherapy driving the family: challenges and limits to the care practice - convoluted feelings. The findings pointed to an urgent and necessary curricular reform, even to those that IES had recently passed through this process, bearing in mind that the suggestions emerged from the participants were about an increasing training focus to answer potentials demands that are shown according to the elderly family perspective - especially as a timely issue to strengthen the public health system. We consider the formation of the physiotherapist in reaching the elderly and his/her family, considering the physiotherapist home and community insertion, it needs to be reset for this space, because, it is still focused on the clinical hospital setting, moreover, because of the necessity of a trainer process that converges to an integrator thought, whose disciplinary borders are open to the social sciences and humanities in the transverse to the biological sciences, showing itself as a *sine qua non* condition to the panorama of human aging in Brazil.

Keywords: Aging, Family, Physical Therapy, Home Care Services, Human Resources Training.

VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro. **Cuidar de la familia:** la formación del fisioterapeuta para el alcance de los cuidados a la persona anciana en estado de debilidad en el contexto domiciliario [Disertación]. Programa de Postgrado en Enfermería y Salud de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahía, Jequié – BA. 2011. 163p.

RESUMEN

El envejecimiento de la población brasileña ha sido rápido e intenso. Los resultados del Censo del IBGE de 2010, muestran que los ancianos de 60 años o más forman el grupo que más creció en la última década. Esta situación trae una creciente carga de enfermedades crónicas y discapacitantes en este grupo con el avanzar de la edad, lo que converge a cambios estructurales y funcionales que, a pesar de que varían de un individuo a otro, se encuentran en todos los ancianos, pero la presencia de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles han causado un proceso de dependencia del anciano de su familia en las actividades de la vida diaria. Ese contexto apunta para la calificación profesional más próximo al entorno domiciliario, escenario previsto para la actualidad por las Políticas de Salud y la Ley de Directrices y Bases de la Educación Superior. El objetivo de este estudio fue manifestar si los graduandos de fisioterapia están siendo entrenados para proporcionar atención domiciliaria a personas mayores frágiles teniendo en cuenta su contexto familiar. Caracterizado como una investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva y documental, aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Estatal del Sureste de Bahia, Protocolo N ° 215/2010, de acuerdo con la Resolución 196/96. El escenario fueron 04 instituciones de educación superior del Estado de Bahia, siendo 01 pública y 03 privadas que ofrecen el Curso de Graduación en Fisioterapia. De estas, se constituyeron 03 grupos de sujetos, por un total de 47 encuestados, con 04 coordinadores de los Cursos de Graduación en Fisioterapia, 28 graduandos del último año del Curso de Fisioterapia y 15 profesionales Fisioterapeutas con práctica en la atención domiciliaria. La recolección de datos incluyó multi-técnicas: entrevista semi-estructurada, averiguación documental, investigación documental y diario de campo. El análisis se basó en el modelo propuesto por Miles y Huberman, convergiendo en el análisis de contenido, en un proceso interactivo y cíclico, implicando reducción, presentación e interpretación, y finalmente la triangulación de datos, resultando en 03 categorías: *Formación del profesional Fisioterapeuta: contexto de una disyunción y carencia de saberes; La actuación profesional del Fisioterapeuta no cuida de los saberes para alcance de la familia; La fisioterapia en la conducción de la familia: desafíos y límites para la práctica del cuidar - sentimientos confundidos*. Los resultados señalaron para una reforma curricular urgente y necesaria, incluso aquellas IES que habían pasado recientemente por este proceso, teniendo en cuenta que las sugerencias de los participantes fueron de aumentar el foco educador para las demandas potenciales que vienen desde la perspectiva de los ancianos y la familia, en especial como una cuestión central para fortalecer el SUS. Consideramos que la formación del fisioterapeuta en el alcance de los ancianos y familia, teniendo en cuenta su inserción comunitaria y domiciliaria debe ser redefinida para este espacio, ya que todavía se centra en el escenario clínico y del hospital, además, por la necesidad de un proceso de educación que lleve a un pensar integrador, cuyas fronteras disciplinares sean abiertas las ciencias sociales y humanidades en sentido transversal a las ciencias biológicas, a mostrarse como una condición *sine qua non* para el panorama del envejecimiento humano en Brasil.

Palabras clave: Envejecimiento, Familia, Fisioterapia, Servicios de Cuidado del Hogar, Formación de Recursos Humanos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Desenho do percurso metodológico do estudo.....	79
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização dos cenários e dos sujeitos da pesquisa	69
QUADRO 2: Delineamento das categorias e subcategorias que emergiram da triangulação das categorias cartográficas: graduandos e profissionais.....	81
QUADRO 3: Delineamento das categorias e subcategorias que emergiram da triangulação das categorias cartográficas: Coordenadores de curso.....	82
QUADRO 4: Transversalização das categorias.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD's: Atividades Básicas da Vida Diária	23
CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	21
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa	69
CES: Conselho Estadual de Saúde	56
CNE: Conselho Nacional de Educação	56
COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	53
ESF: Estratégia de Saúde da Família	54
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	15
IES: Instituição de Ensino Superior	19
LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional	54
MEC: Ministério da Educação e Cultura	67
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família	32
NIEFAM: Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas	18
OMS: Organização Mundial de Saúde	41
PDI: Projeto de Desenvolvimento da Instituição	60
PNAD: Pesquisa nacional por Amostra por Domicílios	23
SUS: Sistema Único de Saúde	43
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69
UESB: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	18

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	14
1 O INÍCIO DE UMA CAMINHADA NA BUSCA POR ACALMAR INQUIETUDES.....	15
CAPÍTULO II	20
2 O ESTADO DA ARTE: UM DESCORTINAR DE SABERES.....	21
2.1 O envelhecer	21
2.2 As relações familiares no contexto de fragilização da pessoa idosa	25
2.3 Importância de o profissional de saúde conhecer a família.....	28
2.4 O atendimento domiciliar como estratégia de cuidado à família da pessoa idosa fragilizada.....	32
CAPÍTULO III	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO: ALICERCE DO PENSAR-REFLETIR-AGIR PARA O CUIDAR	36
3.1 O contexto do Envelhecimento.....	36
3.1.1 Envelhecer bem	40
3.1.2 Envelhecer no enfrentamento da doença: a fragilização do ser idoso.....	42
3.2 A família	44
3.2.1 A família ontem e hoje	44
3.2.2 O ciclo vital familiar	46
3.2.3 A família na concepção sistêmica	49
3.3 A formação do Fisioterapeuta	53
CAPÍTULO IV	62
4 O PERCURSO TOMADO PARA DESVELAR O FENÔMENO.....	63
4.1 Caracterização do estudo.....	63
4.2 Cenário do estudo	67
4.3 Sujeitos do estudo	68
4.4 Considerações ético-legais.....	69
4.5 Instrumentos para coleta dos dados	70
4.6 Procedimentos para coleta dos dados	73
4.7 Procedimentos de análise e interpretação dos dados.....	75
CAPÍTULO V	83
5 O DESVELADO EM MEIO AO VELADO: A ANÁLISE COMPREENSIVA PROXIMAL DOS DADOS.....	84

5.1 CATEGORIA I - Formação do profissional fisioterapeuta: contextos de uma disjunção e carência de saberes.....	85
5.1.1 Subcategoria - Fragmentação do saber para o alcance da família por disciplinas.....	88
5.1.2 Subcategoria - A formação disciplinar focada no atendimento ambulatorial, clínico e hospitalar.....	98
5.1.3 Subcategoria - Aproximação dos saberes para o alcance da família proveniente de ações de pesquisa e extensão universitária e “vida profissional”.....	100
5.2 CATEGORIA II - A formação profissional do fisioterapeuta descuida dos saberes para o alcance da família.....	106
5.2.1 Subcategoria - A família como uma unidade a ser percebida pelo Fisioterapeuta.....	108
5.2.2 Subcategoria - A família vista como empecilho para os cuidados fisioterapêuticos.....	112
5.2.3 Subcategoria - A família quando perspectivada reverte-se num aliado para o cuidado domiciliar não como sujeito do cuidado fisioterapêutico.....	114
5.3 CATEGORIA III - A fisioterapia no direcionamento da família: desafios e limites à práxis do cuidar - sentimentos enovelados.....	119
5.3.1 Subcategoria - Estratégias de aproximação da família para o cuidado fisioterapêutico	120
5.3.2 Subcategoria - O eu <i>self</i> e o nós; percepções dos graduandos e profissionais de fisioterapia para sua inserção no ambiente familiar – medo, insegurança, perspectivas.....	127
5.3.3 Subcategoria - O processo da formação e práxis do fisioterapeuta - indicativos dos graduandos e profissionais para contemplar o cuidado à família.....	132
CAPÍTULO VI.....	137
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
APÊNDICES.....	157
ANEXOS.....	163

CAPÍTULO I



Fonte: <http://farmadelivery.com.br>
<http://bloguinhososeujeito.blogspot.com>
Adaptado pelo autor

*“Ninguém pode estar no mundo, com o mundo
e com os outros de forma neutra.*

*Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas.
A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica
decisão, escolha, intervenção na realidade.*

*Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos
fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar.*

*De estudar descomprometidamente como se misteriosamente, de
repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante
mundo, alheado de nós e nós dele.*

(Paulo Freire)

1 O INÍCIO DE UMA CAMINHADA NA BUSCA POR ACALMAR INQUIETUDES

É notório que o envelhecimento populacional brasileiro tem sido muito rápido e intenso. Os resultados do Censo 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que os idosos com 60 anos ou mais formam o grupo populacional que mais cresceu na última década (BRASIL, 2010). Sendo assim, o cuidado ao grupo de pessoas envelhescentes representa um extraordinário desafio às Políticas Públicas de Saúde, e mais especificamente, ao sistema de saúde quanto ao planejamento e gestão de serviços para atender a demanda cada vez maior de pessoas com 60 anos ou mais idade.

Este panorama de envelhecimento tem trazido à tona uma crescente carga de doenças crônicas e incapacitantes. Isso não significa que envelhecer represente adoecimento, mas o próprio processo fisiológico de envelhecimento, em si, produz alterações morfofisiológicas celulares que promovem o aparecimento de doenças nesse grupo etário. Assim, o envelhecimento não é sinônimo de fragilidade, nem de aquisição de doenças crônicas degenerativas, mas um processo de envelhecimento natural que pode promover o desencadeamento de doenças, e, independentemente da condição crônica, o envelhecimento requererá, dos sistemas sociais e de saúde, uma atuação mais abrangente no tocante aos cuidados não apenas à pessoa idosa em suas necessidades, mas também à família como sistema de cuidado proximal em seu grupo de pertença.

A busca por essa área de conhecimento, ou seja, a Gerontologia, já se faz presente em meu ser desde a graduação em fisioterapia, nas experiências de campo de cunho acadêmico, quando percebi a importância da reabilitação para pessoas idosas, pois observava quanto nessa faixa etária mostram-se as incapacidades e a dependência funcional. Já na fase de docência, agora profissional formadora, as inquietações aumentaram durante acompanhamento dos acadêmicos no estágio onde era realizado atendimento ao idoso, revelando o quão difícil é para a maioria dos idosos e para suas famílias lidarem com a perda funcional e a situação de dependência que pode se instalar com a senelidade.

Assim, na prática fisioterapêutica, tais observações sustentavam a compreensão do papel que o sistema familiar tem no processo de cuidado de seus subsistemas, especialmente aqueles mais idosos, influenciando decisivamente na

evolução do tratamento ou da doença. Percebo, portanto, que existe algo mais além do agravo biológico que pode interferir, inevitavelmente, na qualidade de saúde da pessoa idosa, neste caso, a inter-relação intra-familiar, e também extra-familiar, aquela que inclui a rede de suporte social mais proximal e favorável ao bom desenvolvimento da evolução da saúde.

Logo, vê-se a importância de se inserir a família como contexto de cuidados contributivos as ações fisioterapêuticas, considerando-a agente de cuidados domiciliar e extradomiciliar para seus membros e a sociedade (ELSEN; MARCON; SILVA, 2004), uma vez que favorece proteção psicossocial e se constitui em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem as *multiformas* de cuidados à saúde.

Elsen, Marcon e Silva (2004) consideram que a família é o agente propulsor de sua própria saúde, visto que ela é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atender suas necessidades no processo saúde-doença.

O cuidar da família como unidade básica de saúde, portanto, exige conhecimento de como essa família cuida, se relaciona, estrutura e comporta-se, identificando suas dificuldades e suas potencialidades. Consequentemente, o profissional de saúde que envereda pelos cuidados, na complexidade de sua essência, reconhece que o saber técnico só se valorizará quando o científico-humanístico alcançar a família em sua multidimensionalidade existencial, pois compreenderá a sua função de ajuda e intervenção nas necessidades de seus membros.

Pensando dessa maneira, ampliamos o nosso olhar para estudar a família numa perspectiva de complexidade, assim sistêmica, abandonando a visão linear de causa e efeito, e dando lugar a um pensamento circular em que cada ação e reação muda continuamente, uma vez que o Pensamento Sistêmico abarca o conceito de totalidade vendo o todo como maior que a soma de suas partes (BERTALLANFY, 1977; MORIN, 2003).

Considerar a família como um sistema composto por indivíduos, que por si só é um sistema e ainda parte do sistema familiar, que também faz parte de um sistema familiar maior que se inclui em outros sistemas mais amplos como o econômico, o sociocultural, dentre outros, é respeitar a existência de sistemas em inter-relação dinâmica, ou seja, que a família é parte a ser integrada para os cuidados em saúde

na perspectiva sócio-antropológica. Faz-se necessário compreender a família no seu contexto amplo de instabilidade, globalidade, contextualidade, multidimensionalidade, organização, diversidade de tipos, entre outros aspectos que envolvem sua existência e sua funcionalidade dinâmico-estrutural.

Ao conceber a família nesta concretude de olhar, faz-se necessário ao fisioterapeuta pôr-se além dos conhecimentos teórico-prático-metodológicos, para aqueles filosóficos, ontológicos, sociológicos e antropológicos, possibilitando amplitude ao contemplar o sistema familiar, uma vez que, ao buscar inserir-se nos cuidados no ambiente domiciliar, deparar-se-á com a família da pessoa sobre os seus cuidados diretos, assim estará na complexidade do domínio da família, no seu território de poder, de modo que precisará estar habilitado para adentrar esse espaço e exercer seus cuidados, que não é apenas a reabilitação de um, mas é, sobretudo, o somatório de todos ali existentes para efetividade do seu planejamento de cuidados profissionais.

Inserir-se aí sua capacidade inter-relacional de proximidade e educação em saúde das pessoas e da coletividade, pois não mais se encontra isolado num ambiente de clínica ou hospitalar, seu território de ação e poder, mas estando, agora, no território do poder de outro, devendo-se assim saber os modos de chegar, de se aproximar para cuidar. Koga e Furegato (2002) confirmam a importância de o profissional estar ciente das necessidades da família, incluindo suas crenças, valores, condição social e econômica, estrutura e dinâmica familiar no ato de cuidar.

Ao transitar pelas bases de dados de conhecimento científico, em Congressos e nas discussões com outros pares envolvidos nesta temática, constatamos uma lacuna na área de saúde no que diz respeito ao conhecimento das relações familiares em situações de saúde e de doença, constatação antes evidenciada por Waidman e Elsen (2006), especialmente na área dos saberes fisioterapêuticos, em especial em famílias de idosos dependentes, demonstrando e reafirmando a importância deste estudo e de outros que enveredem pela ação dos cuidados domiciliares, haja vista o aumento demográfico da população de idosos no cenário nacional nas últimas décadas, crescendo sobremaneira de forma vertiginosa em relação aos países europeus de população já envelhecida.

Deste modo, assenta-se a inquietude de buscar aprofundar estudos nessa temática, visto que na última década tem-se aumentado a inserção do Fisioterapeuta no contexto domiciliário de assistência à reabilitação das pessoas, fato que se deve

ao aumento da expectativa de vida associado às doenças crônico-degenerativas que não requerem internação (MENDES, 2001).

Na prática diária, igualmente, temos observado alguma dificuldade dos profissionais Fisioterapeutas em lidarem com as relações familiares ao prestarem o atendimento ao *ser doente*, devido à falta de formação com conhecimentos sobre os cuidados ao sistema familiar.

No exercício da docência, enquanto colaboradora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas – NIEFAM, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, também observamos a dificuldade dos acadêmicos em como se portar ao adentrar os domicílios para o atendimento à pessoa doente e se deparar com a realidade relacional familiar que permeia aquele ambiente. Notadamente, a ausência de disciplinas com conteúdos voltados para a atenção ao contexto domiciliário e neste, a família como contexto de cuidados, pois, em geral, os currículos oferecidos pelos Cursos de Graduação em Fisioterapia estão voltados para práticas hospitalares e ambulatoriais, valorizando a reabilitação com pouca ou nenhuma inserção de medidas de prevenção e, aqui, consideramos as demandas de cuidados ininterruptos e a habilitação de cuidadores para a sequência dos cuidados no contexto domiciliário, considerando como visto em parágrafos precedentes, ser a família a principal promotora de cuidados para seus membros no contexto de suas residências.

Portanto, neste trabalho, a formação do Fisioterapeuta com conhecimento sobre a família do ser idoso fragilizado surge como temática a ser desvelada e compreendida conduzindo as seguintes questões norteadoras: Durante a sua formação o acadêmico em Fisioterapia está adquirindo conhecimento sobre o contexto familiar para sua *práxis* no cuidado domiciliar à pessoa idosa fragilizada? Está o profissional Fisioterapeuta preparado para realização do cuidado domiciliar à pessoa idosa fragilizada considerando a complexidade relacional familiar existente nesse espaço? As disciplinas curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia estão abordando o cuidado à família da pessoa idosa fragilizada? Diante destas questões, o raciocínio que nos conduz a busca pela aproximação da compreensão destes questionamentos, surge nos objetivos que se seguem:

Objetivo Geral

- ❖ Desvelar se os graduandos em Fisioterapia estão sendo formados para prestar o cuidado domiciliar à pessoa idosa fragilizada, considerando o seu contexto familiar.

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar na Legislação que regulamenta a formação do profissional Fisioterapeuta normas que abordam o conhecimento sobre a família para sua *práxis* no cuidado domiciliar à pessoa idosa fragilizada;
- ❖ Conhecer os ementários e planos de curso das disciplinas curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado da Bahia, quanto ao conteúdo que aborda o cuidado fisioterapêutico domiciliar à pessoa idosa, observando o seu contexto familiar;
- ❖ Apurar junto aos coordenadores dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das IES do Estado da Bahia a formação curricular, abordando a temática do cuidado à família da pessoa idosa fragilizada;
- ❖ Verificar junto aos acadêmicos de fisioterapia se estes tiveram acesso a conteúdos programáticos/curriculares que os habilitassem ao processo de cuidar da pessoa idosa fragilizada no domicílio observando o contexto familiar;
- ❖ Averiguar junto aos profissionais fisioterapeutas que atendem em domicílio suas práticas de cuidados, e se estas se alicerçam na complexidade do conhecimento da família da pessoa idosa fragilizada.

Na possibilidade de alcançarmos tais objetivos, é nossa pretensão que estes possam subsidiar as considerações finais do estudo, ao lançar luz aos resultados alcançados, e assim tornar este trabalho uma proposta possível de inclusão de disciplinas que abordem a temática família em seu ciclo vital com o recorte direcionado para a fase do envelhecimento humano, tendo em vista o aumento dessa parcela da população e as demandas de cuidados que requerem, e, assim sendo, possibilitar sua implantação no currículo, propondo uma abordagem interdisciplinar que inclua na formação do fisioterapeuta tais conhecimentos.

CAPÍTULO II



Fonte: iapopenha.wordpress.com
bolsadenovidades.caixadepandora.com.br
Adaptado pela autora

Falar de família é evocar um conjunto de valores que dota os indivíduos de uma identidade e a vida de um sentido.

(Fonseca)

2 O ESTADO DA ARTE: UM DESCORTINAR DE SABERES

Para alcançar o conhecimento sobre o estado da arte referente a este estudo, foi desenvolvida uma pesquisa através de busca bibliográfica a partir do Portal de Periódicos CAPES nas bases Bireme, Medline, Lilacs, Scielo, ISI e Scopus em um período compreendido de 2005 a 2011, a partir dos descritores: Envelhecimento; Família; Fisioterapia, Serviço de Atendimento Domiciliar. A estratégia de busca utilizada foi a partir do indicador Boleano AND. Foram encontrados, no total, 121 artigos, sendo feita a *priori* a seleção a partir dos resumos e a *posteriori* dos trabalhos na íntegra e ao final chegamos a uma seleção de 42 trabalhos. Esses foram agrupados e apresentados nas seguintes temáticas: O envelhecer; As relações familiares no contexto da fragilização do idoso; Importância de o Profissional de Saúde conhecer a família; O atendimento domiciliar como estratégia de cuidado à família. A tentativa de elucidar o estado da arte discorrerá sobre os referidos trabalhos e na transversalidade a temática investigativa deste estudo.

2.1 O envelhecer

O envelhecer é inerente ao ser humano; entretanto, o contexto em que ocorre este processo é ponto fundamental de diferenciação na vida das pessoas que alcançam esta fase da vida. Embora a discussão sobre o tempo de ser idoso seja ampla e polêmica, atravessando historicamente os campos da filosofia e da ciência da vida, não se deve conceber o processo de envelhecimento associado unicamente à *dimensão tempo*, pois a idade cronológica é uma referência quantitativa dos anos vividos por um indivíduo e o envelhecimento é um processo determinado por vários outros fatores como o biológico, psicossocial e cultural, iniciado antes mesmo da velhice, que é mais uma fase da vida humana, assim como infância, adolescência e fase adulta (PAIVA; CARVALHO; LUN, 2007), sendo o envelhecer parte intrínseca no processo de viver do indivíduo.

Assim, nota-se que, nos dias atuais, o envelhecimento populacional é um fenômeno universal afetando tanto os países desenvolvidos como os países ditos do Terceiro Mundo. Estima-se que, atualmente, cerca de 1 milhão de pessoas cruza a barreira dos 60 anos de idade, a cada mês, em todo o mundo e que, até 2025, a

população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população terrestre em sua totalidade (BRASIL, 2010). Na América Latina, entre 1980 e 2025, é previsto um aumento de 217% da população total, enquanto que o aumento da população acima de 60 anos deverá ser de 412%.

O Relatório do Banco Mundial (BIRD, 2011) divulgado em 2011 mostra que o Brasil envelhece muito mais rápido que os países desenvolvidos. De acordo com o levantamento, as nações ricas, primeiro ficaram ricas; depois, velhas. O Brasil e outros países emergentes estão envelhecendo antes de ficarem ricos. Enquanto a França levou mais de um século para ter um aumento de 7% para 14% da população acima de 65 anos ou mais, o Brasil passará pelo mesmo processo em duas décadas, de 2011 a 2031. Nos próximos 40 anos, a população brasileira como um todo vai crescer a uma média de apenas 0,3% ao ano, enquanto os idosos crescerão a uma taxa de 3,2% - 10 vezes mais. Assim, os idosos, que eram 4,9% da população em 1950 (e demoraram 60 anos para dobrar essa proporção), triplicarão para 29,7% até 2050.

De acordo com dados do IBGE (BRASIL, 2010), hoje, o Brasil tem aproximadamente 20 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa cerca de 12% da população brasileira e estimativas revelam que até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No Estado da Bahia a população total no ano de 2010 é de aproximadamente 14 milhões de pessoas, sendo que 10,3% encontram-se na faixa etária de 60 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Este cenário se faz presente como uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda de fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida ocorrido ao longo da história (PIROPO, 2010), acompanhada por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, os Estudos do Banco Mundial (BIRD, 2011) demonstram que a mortalidade começou a cair, principalmente, entre os mais jovens, por volta de 1940. A mortalidade infantil diminuiu de 135/1.000 para 20/1.000 entre 1950 e 2010, e a expectativa de vida aumentou de cerca de 50 anos para 73 anos durante o mesmo intervalo de tempo. A mudança na taxa de fecundidade foi ainda mais espetacular e com implicações mais drásticas, pois a mulher brasileira tinha, em

média, mais que seis filhos no começo de 1960 e atualmente tem menos de dois, influenciando na redução da população jovem do país.

De acordo com os indicadores demográficos e de saúde divulgados pelo IBGE (BRASIL, 2009), além das modificações populacionais, o país tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade; passando a predominar as doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial e isolamento social, entre outros (LEBRÃO, 2007).

As doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças crônico-degenerativas como as cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: entre os de idade de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas, entre os idosos, esse valor atinge 75,5% (69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres) (BRASIL, 2009).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (BRASIL, 2009) do ano de 2008, no Brasil, 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; do total da população, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas e esses percentuais aumentam com a idade. Entre aqueles com 75 anos ou mais, quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e, no subgrupo a partir de 75 anos, o percentual atingia 54%. Em 2008, entre os idosos brasileiros com dificuldades para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's), 88,0% relataram ter pelo menos uma das 12 doenças crônicas investigadas pela PNAD. Esta proporção foi de 85,5% para homens e 89,5% para as mulheres. Entre as principais doenças citadas, a mais importante foi a hipertensão, que afetou 58,9% dos idosos do sexo masculino e 66,6% do sexo feminino. Outras enfermidades relatadas, como artrite ou reumatismo, problemas na coluna, doenças cardíacas e diabetes também foram importantes. Além disso, 20,8% informaram que estavam acamados nas duas últimas semanas antes da pesquisa (CAMARANO, 2010).

Panorama que chama a atenção para a formação profissional no âmbito das ciências da saúde, e aqui, em especial, para a Fisioterapia, uma vez que, esta tem como objetivo maior a reabilitação físico-funcional das pessoas, e considerando, o envelhecimento, com o agravamento das doenças crônico-degenerativas, tem-se uma parcela da população que exigirá cuidados dessa natureza e para os quais, o profissional fisioterapeuta necessitará estar preparado para sua inserção nas demandas dessa população envelhecida.

Portanto, com o avançar da idade tem-se um aumento da probabilidade das doenças crônico-degenerativas, as quais, em sua maioria, podem gerar complicações na qualidade de vida do indivíduo, provocando um processo incapacitante, afetando a funcionalidade do ser idoso, dificultando ou impossibilitando o desempenho das atividades da vida cotidiana de forma independente. Então, a incapacidade funcional se apresenta como um sinal de falência das habilidades em realizar as atividades cotidianas, seja pela presença de déficits físicos ou cognitivos, o que pode levá-lo a uma situação de fragilidade e dependência sendo que, na maioria das vezes, o cuidado sobre este *ser* recairá sobre os membros da própria família (CAMARANO, 2010; LOPES, 2007) que, geralmente, não estão preparados para assumir esta nova realidade.

Sobre esse assunto, os estudos na ampla literatura tem se debruçado, nos últimos anos, sobre o contexto domiciliário para inserção de profissionais. No entanto, com certa preocupação quanto à sua formação visto a complexidade com que se reveste o contexto relacional familiar-domiciliar, para as ações de cuidados profissionais.

Observa-se, destarte, de acordo com Pereira *et al.* (2006), a relevância científica e social de se investigarem as condições que interferem no bem-estar e os fatores associados à saúde da pessoa idosa, incluindo seu contexto familiar, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e Políticas Públicas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece.

Assim, foi consenso, entre os estudos encontrados, que perspectivar uma população envelhecida, na incidência em que esta tem-se apresentado no cenário nacional, para despertar os diversos segmentos sociais, seja de atenção à saúde ou de formação profissional, para esse grupo populacional, de modo que possa ser assistido em seus direitos individual-coletivo nos aspectos ético, moral e estético em

que se reverte o cuidado ao humano no seu processo de viver-adoecer-morrer com dignidade.

2.2 As relações familiares no contexto da fragilização da pessoa idosa

A família pode ser descrita como o ambiente fundamental para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e de outros membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando (RESTA; MOTTA, 2005). Ela possibilita também o suporte afetivo e material necessários ao desenvolvimento dos seus componentes, desempenhando uma função importante na educação formal e informal, além de se colocar como ambiente onde são assimilados os valores éticos, humanitários e culturais, servindo de lugar para a formação de profundos laços de solidariedade e onde se registra a marca das relações entre as várias gerações, vivenciando experiências mútuas (LIBERATO; SANTOS; COSTA, 2008).

Nesse contexto, dizem Liberato, Santos e Costa (2008) que, ao estudarmos a família, não devemos analisá-la como algo estático, definitivo e fechado, ou seja, a família está sempre em movimento, em um imutável processo de transformação. Devido a esse estado dinâmico, o modelo tradicional de família, que perdurou durante séculos, passou por mutações a partir do desenvolvimento técnico e econômico da revolução industrial e da mudança de papel da mulher na sociedade, gerando variações filosóficas, ideológicas, étnicas e políticas, transformando significadamente a vida social (MARTINS, 2005).

Conseqüentemente, em virtude destas transformações sociais ocorridas no país, surge a necessidade de novas configurações de padrões familiares, como resposta à necessidade de uma organização da sociedade moderna, constituindo modelos de famílias monoparentais, famílias reconstituídas, uniões consensuais, casais de adolescentes, casais sem filhos por opção, dentre outros modelos. Portanto, diante desses arranjos e rearranjos familiares, é relevante a preocupação com as relações familiares (LIBERATO; SANTOS; COSTA, 2008), pois esse sistema chamado família se faz presente socialmente de forma peculiar, caracterizado intensamente pela dinâmica das relações que promovem a humanização, a socialização e a realização das pessoas (DECESARO; FERRAZ, 2009).

Percebe-se, no entanto, que a mudança na estrutura familiar e o envelhecimento acompanhado pela condição crônico-degenerativa com limitações físicas, cognitivas e sociais, impõem às pessoas e às suas famílias questões nunca dantes experimentadas na dinâmica das relações, entrando em cena uma perspectiva de dependência crescente e ocorrendo reversão de papéis, uma vez que passa às gerações mais novas a responsabilidade de zelar pelos idosos que, no passado, lhes proporcionaram proteção, segurança e cuidado (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

Segundo Moreira e Caldas (2007), aproximadamente 40% dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos e mais da metade da população de 85 anos e mais, apresentam algum grau de incapacidade. Isso gera cada vez mais um quadro de sobrevivência de idosos sob a dependência de pessoas para suprirem suas incapacidades, e, na maioria das vezes, essas pessoas são os familiares.

Observa-se que, com a falência do sistema previdenciário, a família vem progressivamente se tornando a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente, ficando claro que a tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob sua responsabilidade, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente. Hoje, a família desempenha o papel de cuidar de aproximadamente 3,2 milhões de idosos sem praticamente nenhum apoio, seja do Estado ou do setor privado (CAMARANO, 2010).

Assim, tem sido consenso entre os estudiosos da área da Gerontogeriatría que a dependência de um familiar idoso pode gerar impacto na dinâmica, na economia, nas relações familiares e na saúde dos membros que se ocupam dos cuidados a este idoso fragilizado, como destacado por Vilaça *et al.* (2005), Redante *et al.* (2005) e Decesaro; Ferraz (2009). Quando o idoso se torna dependente, as alterações são inevitáveis e envolvem afeto, finanças, relações de poder e outras, desenvolvendo um processo de reorganização familiar. A dependência leva um tempo para ser compreendida pelo familiar, dificultando a tomada de decisões em relação ao cuidado (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Com frequência, os cuidadores familiares se veem diante de sentimentos ambíguos com relação ao alvo dos cuidados, aos familiares, às tarefas de cuidado e a si mesmos. Relações afetivas muitas vezes conflitantes mesclam-se com o delicado tema de disponibilidade de recursos financeiros. O grau de dependência do idoso que é alvo de cuidados, o prognóstico relativo às suas condições, a duração

do cuidado, as condições materiais objetivas da família e a disponibilidade de recursos formais interagem entre si e com as relações familiares (CAMARANO, 2010). Existem situações em que os filhos apresentam dificuldades no relacionamento com seus pais, e quando estes sofrem de uma doença que os torna dependentes de cuidados a dinâmica familiar passa por fases cíclicas, que vão desde o sentimento de reciprocidade (dívida do cuidar) até a culpa ou ressentimentos (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009).

Do mesmo modo, Torres *et al.* (2009) associam a qualidade das relações familiares com a qualidade do cuidado, uma vez que um dos fatores significativos de equilíbrio e bem-estar daqueles que envelhecem é a relação de afeto que ocorre no ambiente familiar. As relações com familiares são as que o idoso vive com mais assiduidade e intensidade, a partir do momento que muitos deles perdem sua capacidade funcional, como resultado do envelhecimento, em conjunto com doenças crônico-degenerativas, passando a ficar mais tempo dentro de casa. Conseqüentemente, o conviver e o relacionar-se com pessoas das várias gerações, podem gerar conflitos antes não experimentados (TORRES *et al.*, 2009), trazendo à tona questões afetivas arraigadas nas relações familiares anteriores. Aflorando sentimentos e ações perdidas pelo tempo, mas vivas na memória dos membros familiares, que vão interferir nas relações atuais.

Neste sentido, ao entendermos a família como um sistema e não como um simples somatório de suas partes, de seus membros, a análise total das relações familiares não deve se constituir da soma das análises individuais dos membros, mas sim, englobar todo o contexto interacional, pois o comportamento de cada sujeito afeta e é afetado pelo comportamento dos demais membros familiares (WAIDMAN *et al.*, 2009).

O papel da família é fundamental no cuidado ao idoso, predominando como sistema e suporte informal para estes. Torna-se imprescindível, portanto, compreender a funcionalidade das relações familiares de pessoas idosas fragilizadas, pois a assistência domiciliária vem demonstrando ser a nova fronteira dos serviços de saúde e como o idoso encontra-se, em sua grande maioria, no âmbito domiciliar cresce a demanda na qualidade de relacionamento intergeracional (TORRES *et al.*, 2009), o que exige dos profissionais de saúde, um novo olhar sobre a dimensionalidade destas relações para uma assistência com qualidade (SILVA *et al.*, 2008).

2.3 Importância de o profissional de saúde conhecer a família

Embora o número de idosos fragilizados que necessitam de cuidados tenha diminuído no período de 1998 - 2008 para ambos os sexos, aproximadamente 21% da população idosa ainda exigia algum tipo de atendimento, principalmente devido à falta de capacidade funcional. Menos de 100 mil idosos viviam em instituições residenciais e/ou lares de idosos. Isto significa que as famílias são a principal instituição responsável por esse cuidado. A questão abordada é se essas famílias podem cuidar dos idosos de forma adequada (CAMARANO, 2010).

No estudo de Duarte *et al.*, (2010), ela relata que, dos idosos que tinham dificuldades para as ABVD's no município de São Paulo em 2006, 67% declararam não receber nenhuma ajuda para desempenhá-las. Essa proporção fora de 60,6% em 2000. Esses autores, com base nos dados da mesma pesquisa para o ano de 2000, concluíram que as necessidades da população idosa não foram devidamente atendidas pelas famílias e estas recebem pouca ajuda do governo. Esses resultados revelam que não há programas governamentais destinados a ajudar as famílias no cuidado de seus membros dependentes.

Percebe-se atualmente na Política de Saúde do nosso país uma desproporcionalidade no que diz respeito à quantidade e à qualidade dos programas que se dedicam à pessoa idosa e a atenção à sua família, em relação à intensidade do processo do envelhecimento em nosso país (QUEIROZ; RUIZ; FERREIRA, 2009).

Em parte, isso se deve à falta de recursos humanos qualificados para o adequado atendimento das demandas dessa população emergente, tornando essenciais os projetos de formação e capacitação voltados aos profissionais que atuam em programas de atenção aos idosos e à sua família. Segundo Giacomini *et al.* (2005), os cuidadores familiares brasileiros dispõem de poucas alternativas de acompanhamento e de obtenção de apoio informativo, instrumental e emocional de agentes profissionais.

Torna-se imprescindível para o profissional de saúde conhecer a família e inseri-la como objeto de trabalho, pois esta serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornecendo proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um extraordinário veículo de

construção de conhecimento, onde se incluem os cuidados com a saúde (LOPES, 2007).

Nesse sentido, o profissional da área da saúde deve buscar olhar para o indivíduo no contexto de sua realidade relacional, ou seja, de sua família e de sua rede social, com as quais entrelaçam as atividades do cuidar em saúde. É indispensável conhecer as dificuldades enfrentadas pela família juntamente com a pessoa idosa, para que, junto com elas, estratégias de cuidado possam ser construídas diante da percepção de cada membro da família sobre o processo saúde-doença. É preciso, ainda, reconhecer que o cuidado cotidiano oferecido pela família aos seus membros no domicílio é carregado de emoções e características peculiares, resultantes das condições culturais, sociais e econômicas, não podendo ser negligenciados (WAIDMAN *et al.*, 2009).

Contudo, é observado que os profissionais da saúde em seu cotidiano de cuidar em família deparam-se com a ausência de um referencial que direcione o seu saber-fazer, sendo que um dos motivos para tal realidade é que este ainda está muito impregnado pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, de caráter individualista e centrado na doença, no qual a família não passa de fonte de orientação e de busca de informações a respeito da doença (HOFFMANN *et al.*, 2005; DECESARO; FERRAZ, 2009). Destarte, a família apresenta-se como um cliente pouco compreendido nos serviços e nas Políticas Públicas de Saúde, nas quais, os profissionais têm como missão aliviar os problemas de saúde e doença em um contexto pessoal com pouca ou nenhuma criação de vínculos relacionais com o próprio cliente e com a família a que este pertence.

Todavia, o processo de construção de conhecimento sobre a família deve ocorrer através da formação acadêmica do profissional de saúde, que considera o sistema familiar como centro do cuidado, como um fenômeno complexo que necessita de apoio, sobretudo, na situação de doença, considerando, assim a importância da família para atingir o cuidado em sua maior abrangência. Com isso, é necessária a aproximação dos profissionais ao conhecimento existente sobre família, como referenciais teóricos; instrumentos de avaliação; estratégias de aproximação; relacionamento com a família; técnicas de intervenção, entre outros. Isso promoverá a capacitação para o pensar a família; a utilizar uma linguagem apropriada e a formular questões acerca da prática realizada, ampliado também, o olhar para compreender as relações e interações do indivíduo-meio-cultura-

espiritualidade, passando a enxerga-ló como ser total, mas antes, na sua inteireza para o alcance de sua globalidade existencial. Assim, um pensar sistêmico.

A partir do momento que o profissional de saúde passa a ter uma visão sistêmica do indivíduo-família-comunidade, ele se torna capaz de reconhecer a realidade global das famílias, identificar e solucionar problemas, desenvolver ações educativas e intersetoriais para a promoção de saúde, trabalhar em equipe, prestar assistência integral à saúde, intervir no processo de trabalho, enfrentar situações em constante mudança e planejar ações junto à comunidade (SANTOS; PEREIRA; 2005), contemplando a integralidade e a qualidade no cuidado ao ser doente no contexto de sua família.

Enxergar este contexto é direcionar o olhar para o ambiente domiciliar. Ambiente este que se tem mostrado como potencialidade nos últimos tempos para a inserção profissional, especialmente, diante do processo de envelhecimento humano, crescendo vertiginosamente no Brasil, ou seja, avulta-se de maneira nunca antes imaginada – um país em desenvolvimento e jovem que tem perspectiva de envelhecimento superior aos países ditos envelhecidos. Assim, o domicílio passa a tornar-se o ambiente de inserção profissional no cuidado ao indivíduo e família e, como definido por Fabrício *et al.* (2004), local para práticas de atividades por profissionais da saúde com a execução de procedimentos complexos, mas que exigem formação e fundamentação teórica para tal.

Neste cenário, as intervenções da Fisioterapia passaram a mostrar-se inseridas como uma forma de cuidado do Serviço Público através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), ganhando novas dimensões, ampliando o acesso para as pessoas que não tinham condições de pagar pelo serviço ou que não possuíam um plano de saúde, permitindo ao Fisioterapeuta o encontro com a “realidade” das pessoas, até então atendidos em outro contexto de clínicas e hospitais. Isso revelou o distanciamento da percepção da profissão sobre a situação das relações familiares, produzindo certa inquietação na busca de novas condutas de atendimento, pois, até aquele momento, a forma de encontro era estabelecida nos níveis secundários e terciários de saúde, induzindo, comumente a uma relação superficial de intervenção individual e segmentária (ALMEIDA *et al.*, 2006).

É certo afirmar, entretanto, que alguns profissionais sensíveis ao contexto da realidade dos pacientes que atendem, aprofundam a sua investigação e conseguem

construir uma imagem mais ampla em relação às dificuldades apresentadas pelo ser idoso como, por exemplo, as repercussões produzidas pelo estado de incapacidade funcional, tanto no plano individual, como nas suas relações familiares, mas isto se reverte em ações tímidas, ao olhar os trabalhos identificados nas bases de dados pesquisadas.

No entanto, a possibilidade de aprofundamento nessa investigação da prática do atendimento domiciliar esbarra na falta de preparo durante a formação dos profissionais Fisioterapeutas em lidar com a família e seus aspectos relacionais, uma vez que, na sua formação, não foram habilitados para lidarem com o sistema familiar em sua multidimensionalidade (DURÃES, 2010). Assim sendo, torna-se um desafio para o Fisioterapeuta inserir-se no ambiente domiciliar para o cuidado à saúde da pessoa idosa fragilizada, como também, formar parcerias com os familiares destes na tentativa de incorporação dos hábitos culturais e costumes do ambiente no qual se pretende intervir (ALMEIDA *et al.*, 2006).

Deste modo, a formação do Fisioterapeuta deve estar voltada para a saúde da população, comprometendo-se com o indivíduo e sua família, considerando a realidade relacional e social (MACIEL *et al.*, 2005). Todavia, o que se percebe na elaboração do currículo mínimo dos cursos de Graduação em Fisioterapia é uma forte influência da Educação Médica, e do paradigma Flexneriano, com a divisão em ciclo básico e profissionalizante. Nota-se, também, a ausência de disciplinas com conteúdos voltados para a atenção da família olhada de forma sistêmica. Os ementários não abordam o conhecimento sobre a família e as formas de atuação junto a este sistema e os currículos estão voltados para a valorização da reabilitação individual em detrimento aos novos modelos assistenciais existentes (MACIEL *et al.*, 2005).

Segundo Martins de Sá (2006), para assistir adequadamente a população idosa no sentido de contribuir para a qualidade de vida e à promoção da saúde, faz-se necessária a formação de recursos humanos atentos para as reais necessidades desta clientela. Daí, a importância dos currículos de cursos de graduação contemplarem disciplinas específicas sobre Gerontologia e seu contexto relacional familiar e social.

Fica evidente que, para conseguir prestar um cuidado com qualidade e competência, o Fisioterapeuta precisa ir além da boa técnica; é preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida do idoso fragilizado e sua

família (SILVA, 2007), modificando o processo de formação deste profissional e ampliando sua visão para além do processo saúde-doença, com vistas a um contexto mais amplo, a multidimensionalidade existencial deste *ser social*.

2.4 O atendimento domiciliar como estratégia de cuidado à família da pessoa idosa fragilizada

A assistência domiciliar consiste na provisão de serviços de atenção à saúde a pessoas doentes, incapacitadas ou crônicas, de qualquer idade, em seu domicílio ou em qualquer ambiente não institucional, com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas, promovendo tratamento e/ou funcionamento efetivo.

Para Albuquerque (2006), o seu objetivo é a educação do paciente e da família para alcançar as metas e independência dos serviços formais de assistência, contribuir para a otimização do leito hospitalar e os custos da internação hospitalar, possibilitar condições para reintegração do paciente ao seu núcleo familiar ou de apoio, proporcionar assistência humanizada e integral, e melhorar a qualidade de vida do paciente.

O atendimento domiciliar é percebido por Puccini e Cecílio (2004) como uma estratégia que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre profissionais, pacientes e família. Além disso, carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma aleatória da realidade e, sim, estruturado para desenvolver ações voltadas para a satisfação das necessidades dos pacientes (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Assim, o ambiente familiar assume um papel fundamental, pois este local proporciona a assistência de forma mais integrada, levando à melhoria na qualidade do viver da pessoa idosa, conhecendo o seu modo de vida e compreendendo a sua complexidade e diversidade (ALMEIDA *et al.*, 2006). Ou seja, é no cotidiano, no concreto espaço da família, que os profissionais do sistema de saúde, em interação com esta, buscam a construção da saúde, priorizando a proteção, a promoção do auto-cuidado, a troca solidária, procurando afastar-se do modelo biomédico,

dependente e centrado na doença (RESTA; MOTTA, 2005; MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

Estudos apontam que o domicílio é um ambiente que favorece os aspectos emocionais do idoso, já que é um lugar onde existe a manutenção da identidade pessoal. Além disso, ressaltam também que, quando a pessoa idosa fragilizada encontra-se em âmbito hospitalar, torna-se mais exposto ao risco de infecções, o que tem promovido a tendência da desospitalização para o internamento domiciliar. Isto, além de contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares, tem ajudado nos custos públicos, quanto à redução de suas despesas com hospitalização das pessoas idosas (ALMEIDA *et al.*, 2006; ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Desse modo, a assistência domiciliar contribui para a humanização do cuidado, buscando envolver a família nas ações e na construção de um ambiente favorável para a recuperação da pessoa idosa fragilizada. A assistência domiciliar à pessoa idosa não beneficia somente a esta, mas contribui para melhorar a qualidade de vida dos familiares também.

Esta forma de atendimento demanda aos profissionais da saúde uma parceria com as famílias no cuidado às pessoas idosas fragilizadas, possibilitando a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, dando maior atenção àquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos, e outras formas de segregação e isolamento (THOBER, CREUTZBERG, VIEGAS, 2005).

No âmbito domiciliar, os cuidados são organizados diferentemente do espaço público e institucional, pois, neste ambiente, o cuidado é estabelecido em relações subjetivas e afetivas, sendo construído e internalizado na dinâmica familiar que deve se ajustar às necessidades atuais sem obedecer às normas preestabelecidas, como refere Mendes (1998). Portanto, a família tem que se adaptar a essa nova situação, aprendendo no dia a dia como desenvolver a assistência necessária ao idoso fragilizado.

É necessário, portanto, que o serviço de assistência domiciliar busque adequar os meios de saúde assistenciais disponíveis aos recursos e às necessidades da família e do indivíduo a ser atendido, dando enfoque à educação em saúde, para que esses possam aprender e se adaptar às formas de cuidar na sua dinâmica familiar.

Mas outros desafios se impõem, sendo necessário, sobretudo, preparar profissionais com habilidades cognitivos-relacionais para sua inserção no ambiente domiciliar e, entre estes, como já dito, o fisioterapeuta, pela demanda que se mostra para esta profissão, com o advento do crescimento vertiginoso da população idosa, e ademais, pelo que os estudos têm apontado no Estado da Arte.

CAPÍTULO III



Fonte: <http://pt.dreamstime.com/fotos-de-stock-pilha-de-livros-abertos-image16982533>
http://www.uvv.br/portais/comunicacao/detalhes_noticia.aspx?idnot=152
http://breubranco-pa.blogspot.com/2011_06_01_archive.html
Adaptado pela autora

*É fundamental diminuir a distância
entre o que se diz e o que se faz de tal forma que,
num dado momento, a tua fala seja a tua prática.*

(Paulo Freire)

3 REFERENCIAL TEÓRICO: ALICERCE DO PENSAR-REFLETIR-AGIR PARA O CUIDAR

Para desvelar o cuidado do fisioterapeuta à família do idoso fragilizado, foi necessário embeber-se dos conhecimentos de autores que abordam o envelhecimento humano como Papaléo Neto, Camarano, Neri e Freitas como também estudiosos na área da família como Alarcão, Minuchin, Cerveny, Wright e Leahey, além de transversalizar com autores sistêmicos, a exemplo, Bertallanfy, entre outros, e por fim percorrer as orientações políticas, jurídicas e pedagógicas preconizadas e vigentes no País para os Cursos de Graduação em Fisioterapia e formação deste profissional.

3.1 O contexto do envelhecimento

População idosa é definida aqui como aquela composta por pessoas com 60 anos ou mais. Trata-se de um grupo etário bastante heterogêneo, pois é constituído por pessoas com idades que variam de 60 a mais de 100 anos. Portanto, inclui indivíduos com graus diferenciados de autonomia, ou seja, idosos independentes e os muito dependentes que necessitam de cuidados permanentes (CAMARANO, 2010).

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (PAPALÉO NETO, 2006a), sendo compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (PAPALÉO NETO, 2006a).

Sendo assim, podemos considerar que o conceito de envelhecimento possui dois alicerces: um biológico e outro instrumental. O conceito biológico envolve a velhice e é demarcado através da diminuição gradativa de determinadas características físicas, utilizando o critério de idade para referir-se ao termo idoso. Portanto, o conceito biológico de idoso, ratificado pelo Estatuto do Idoso (BRASIL,

2003), refere-se às pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, correspondendo a um processo no qual ocorre mudanças que estão ligadas ao tempo, iniciando-se no nascimento e tendo continuidade por toda a vida (SMELTZER; BARE, 2002). Já o conceito instrumental de envelhecimento envolve aspectos de caráter social, isto é, distingue a situação do indivíduo considerando a família, o mercado de trabalho e outras esferas da vida social (CAMARANO, 1999).

Desse modo, ao se abordarem os dois conceitos, tem-se como enfoque a pessoa idosa. Pode-se afirmar que o momento demográfico pelo qual passa o Brasil, com o aumento da longevidade, as baixas taxas de fecundidade e a urbanização acelerada, ocorrem fatores que geram um aumento da população idosa, comparado a outras faixas etárias. Fatores estes que se uniram à alta fecundidade prevalente no passado e à redução da mortalidade, gerando o fenômeno chamado envelhecimento (CAMARANO, 1999).

Nesse contexto, podemos dizer que as diferenças encontradas no processo de envelhecimento se devem à forma como cada indivíduo organizou seu curso de vida, dependendo das circunstâncias históricas, culturais e sociais que estiveram presentes durante sua trajetória, das diferenças genéticas de cada indivíduo, das interações entre fatores genéticos e ambientais, da incidência de diferentes patologias durante o desenvolvimento normal, dos hábitos adquiridos durante a vida, da estimulação mental recebida, das formas como a pessoa lida com fatores estressores da vida, do apoio psicológico que recebe de outras pessoas e agências em situações difíceis, da atitude positiva ou negativa perante a vida, entre outros fatores que podem minimizar ou maximizar o processo de envelhecimento humano (NERI, 1995).

Igualmente, Neri (2000) afirma que os aspectos fundamentais para a percepção do envelhecimento vão muito além da idade cronológica e dos sinais físicos, cognitivos e afetivos que lhes são tradicionalmente associados, perpassando pela forma com a qual cada indivíduo administra seu tempo, suas relações interpessoais, e na maneira como o indivíduo percebe a si próprio diante desse processo do envelhecer.

A partir dessas informações, percebe-se que, atualmente, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, mas se apresentando de forma distinta entre os países centrais e os periféricos. No bloco dos países centrais, tal processo se deu de forma lenta e gradual - ao longo de mais de 100 anos - acompanhado de

progresso socioeconômico e da melhoria das condições de vida da população, e nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa transição foi vertiginosa, considerando que, no Brasil em 2020, os idosos representarão 12% da população, o que corresponderá a 25 milhões de idosos e que em 2025 deverão ser 32 milhões (PAPALEO NETO, 2006b).

Dentro desse grupo de pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, sendo acompanhados, naturalmente, pela diminuição de sua independência, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, apresentando 12,8% de crescimento da população idosa e 1,1% da população total (PAPALÉO NETO, 2006b).

O envelhecimento é também uma questão de gênero, sendo que 55% da população idosa é formada por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressivo quanto mais idoso for o segmento, sendo que essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (CAMARANO, 2004).

Conseqüentemente este novo perfil demográfico foi se desenvolvendo com a melhoria das condições de vida advindas dos avanços da medicina, bem como das outras ciências, trazendo, em sua somatização, um melhoramento no que diz respeito ao controle das doenças que caracterizavam a mortalidade infantil, além da queda expressiva da fecundidade, associada a menores taxas de mortalidade e conseqüente aumento da expectativa de vida do brasileiro. Assim, é observada a mudança em relação à morbidade dos dias atuais comparando-se com o passado, ao passo que, atualmente a morbi-mortalidade relaciona-se mais intimamente às doenças crônico-degenerativas e suas complicações ao invés de processos agudos (PAPALÉO NETO, 2006b).

Nesse contexto, o avançar da idade sugere alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e que são próprias do envelhecimento normal; porém, a presença das doenças crônico-degenerativas pode induzir modificações maiores, que são exteriorizadas por um processo de dependência e fragilização do *ser* idoso, dependência essa, que

é expressa pela ajuda indispensável para a realização de ABVD's (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2006).

Portanto, a necessidade de entender e atuar sobre este fenômeno e suas implicações, não só do ponto de vista demográfico, mas também social, psicológico, biológico, econômico, político, histórico e cultural, faz surgir estudos e pesquisas que abordam o tema, para então, ações serem desenvolvidas buscando afirmar o direito dos idosos expresso na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que delegou à família a responsabilidade com o cuidado do idoso frágil. A estruturação desse modelo de cuidado, que coloca a família no centro, encontra respaldo na História. Ao longo dela, em quase todo o mundo, o cuidado com a geração mais velha tem sido atribuído aos descendentes (CAMARANO, 2010). Além disso, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel de cuidar é uma especificidade feminina (NERI, 2000). Disso decorre a percepção de que o melhor lugar para o idoso é junto de sua família.

Nesse direcionamento, e na observância da necessidade de uma atenção governamental mais específica para o idoso, entrou em vigor no Brasil a Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que institui a Política Nacional do Idoso, regulamentada a partir da Portaria n.º 1.395 de 1999, cujo objetivo é promover um envelhecimento saudável, preservar e/ou melhorar a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças, recuperar a saúde e a reabilitar aqueles que apresentam alguma restrição na sua capacidade funcional (BRASIL, 1994).

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) visa a assegurar os direitos sociais desta parcela da população, e determina que a família, a sociedade e o estado têm o dever de garantir ao idoso todos os direitos da cidadania. Na área da saúde, reconhece que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Aponta para a consideração de desenvolver ações para além das necessidades advindas com a instalação de um estado de dependência do *ser* idoso.

No capítulo IV, "Das Ações Governamentais", observa-se uma preocupação na área da saúde em incluir a Geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, federais, estaduais e municipais, entre outros.

Na área da educação, esta Lei traz como proposta adequar currículos, metodologias e materiais didáticos aos programas educacionais destinados ao

idoso. Inserir nos currículos, dos diversos níveis de ensino, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto; e incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos.

Em 2003, foi promulgada a Lei n.º 10.741 estabelecendo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). No Cap. I, Art. 3º afirma-se que, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Refere-se a uma conquista dos direitos sociais para as pessoas idosas, especialmente por tentar protegê-la, e por buscar a formação de uma base para a reivindicação de direitos (família, sociedade e Estado) para o amparo e respeito aos idosos.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) lançou o Plano de Ações para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que tem como uma de suas principais ações em promoção da saúde, o envelhecimento ativo com a Implantação de um modelo de atenção integral da pessoa idosa, favorecendo ações de promoção à saúde; prevenção e atenção integral; incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde; capacitação das equipes de profissionais da Atenção Primária em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; incentivo a ampliação da autonomia e independência para o auto-cuidado e o uso racional de medicamentos; e criação de programas para formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade.

Portanto, é imprescindível a formulação de Políticas Públicas que atendam às demandas de saúde das pessoas idosas que apresentam algum tipo de dependência, uma vez que, a presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (GIACOMIN *et al.*, 2005).

3.1.1 Envelhecer bem

Sabe-se que a velhice é a última etapa do ciclo vital, caracterizada por alterações funcionais inevitáveis como o declínio em funções biológicas, em

resiliência, em plasticidade e aumento da dependência. Contudo, não se pode confundir tais modificações com aquelas provocadas por afecções crônico-degenerativas que são mais prevalentes na faixa etária da velhice (PAPALEO NETO, 2006a) e que levam à instalação de um quadro de incapacidade funcional e de dependência total do ser idoso.

Portanto, no processo dito normal de envelhecer, ocorrem as mudanças típicas do envelhecimento humano, que são determinadas para a espécie e não são patológicas, podendo envolver doenças somáticas crônicas, porém suficientemente controladas, de modo a não causar impacto à funcionalidade física, mental, psicológica e social do indivíduo (NERI; YASSUDA, 2004). Logo, admite-se que na forma de envelhecimento comum os fatores extrínsecos (tipo de dieta, sedentarismo, causas psicossociais, e outros) podem intensificar os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, contribuindo para diminuição da independência do idoso (PAPALEO NETO, 2006b; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2006).

Independentemente do contexto de vida, o envelhecimento impõe desafios à saúde das pessoas, sendo um deles o envelhecer com boa saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece o “envelhecer com boa saúde” como meta a ser atingida em 2020, o que implica que as pessoas com mais de 65 anos devem ter a possibilidade de expressar todas as suas potencialidades de saúde e manter um papel ativo na sociedade. Contudo, isso requer esforços de todas as organizações mundiais no campo político, social e econômico, dos cientistas, profissionais de saúde e da sociedade civil. Requererá, principalmente, uma estrutura efetiva de cuidado à saúde integral das pessoas idosas, abrangendo a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da doença.

Ainda de acordo com Papaleo Neto (2006b), o envelhecimento bem sucedido pode ser entendido como o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais; alta capacidade de funcionamento mental e físico e envolvimento social ativo com a vida, revelando-se na pessoa idosa, através da manutenção da autonomia, independência e participação ativa pessoal-social e familiar, traduzindo-se em auto-descrição de satisfação e de ajustamento (NERI; YASSUDA, 2004).

Cabe ressaltar que, mesmo na presença de doenças e agravos afetivos e sociais, a pessoa idosa pode viver bem a sua velhice com as condições que tem, desde que seja capaz de acionar recursos pessoais, entre os quais tem realce as estratégias de enfrentamento, as crenças de auto-eficácia, controle e as estratégias

de seleção, otimização e compensação (NERI; YASSUDA, 2004). Deste modo, Neri já enfatizava, desde 2000, que viver uma boa velhice significa viver um processo contínuo de adaptação e aprendizagem com os ganhos e perdas em busca da integridade e do bem-estar.

Neste sentido, as ciências têm trazido contributos de mais valia para este ganho de integridade e, entre elas, a Fisioterapia tem se mostrado como ação ímpar nas questões do envelhecimento humano, no restabelecimento/manutenção da função motora, mostrando-se como um campo de ampla ação e ainda pouco explorado, constatação assentada nos autores que respaldam esse referencial e que sustentam o caminhar deste estudo nos eixos que o norteiam.

3.1.2 Envelhecer no enfrentamento da doença: a fragilização do ser idoso

Os idosos fragilizados são os que demandam cuidados de longa duração, ou seja, são aqueles que experimentam algum tipo de dificuldade para realizar as atividades da vida diária como comer, ir ao banheiro e/ou tomar banho sozinhos. Estas limitações representam uma perda de autonomia e requerem um cuidador em tempo integral (CAMARANO, 2010).

As alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da independência, motivo pelo qual as pessoas idosas, geralmente, são mais dependentes que os jovens (PAPALEO NETO, 2006a)

São esperadas, com o envelhecer, modificações físico-funcionais, porém, nas pessoas idosas soma-se a isso, as doenças crônico-degenerativas, que têm efeitos deletérios no processo de viver humano (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2006), levando-as a uma situação de dependência para desempenhar as chamadas ABVD's. Tal situação também tem causado mudanças nos padrões de viver humano dos indivíduos de pertença ao idoso, nas Políticas Públicas de Saúde, nas demandas de formação profissional e nas questões da Previdência Social, no cenário brasileiro, em decorrência de um envelhecer dependente.

Deste modo, apesar dos esforços despendidos, seja individuais, seja na esfera familiar/social para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase, que pode ir além do

aspecto físico, pois a doença pode trazer consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança, uma vez que o estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos e alterações na auto-imagem (DIOGO; DUARTE, 2006).

Nesse contexto, quanto mais funcionalmente incapaz for um indivíduo, maior o seu grau de dependência, que pode ser traduzida como uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida, afetando sua qualidade de vida na velhice (NERI, 2000). Então, quando ocorrem impedimentos à funcionalidade, aumenta a vulnerabilidade e a possibilidade de adaptação fica comprometida. Fala-se em velhice patológica, que é uma condição que, tanto quanto a saúde, varia ao longo de um contínuo no processo de viver humano.

O custo médio da internação no Sistema Único de Saúde (SUS) é maior entre os idosos, o que é compatível com os estudos sobre o tema. A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população aumenta as despesas com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso utiliza mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, devido à multiplicidade de patologias, quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 1994).

A dita velhice patológica é compatível com o conceito de fragilidade que é caracterizada pelo aparecimento ou pelo agravamento de doenças crônicas e incapacitantes que acompanharam o envelhecimento do indivíduo, ou pelo início e curso de doenças irreversíveis, típicas da degeneração celular com a velhice.

Para Neri e Sommerhalder (2002), a dependência de um idoso pode estar relacionada a diversos domínios, além do físico. Como por exemplo, ela pode estar ligada à obtenção de informações que possam auxiliar na tomada de decisões do idoso, ou na utilização de recursos disponíveis na sociedade para melhorar sua qualidade de vida. Pode também estar relacionada à necessidade de ajuda na realização de atividades práticas que ocorrem fora do ambiente doméstico, como compra de roupas, alimentos ou utensílios, recebimento e execução de pagamentos, deslocamento de um local para outro, entre outros.

Além disso, pode ser funcional, ou seja, estar associada a déficits na execução das ABVD's do idoso, podendo resultar na necessidade de ajuda em diferentes graus e dimensões, dependendo do grau de comprometimento,

conferindo, nesse sentido, maior demanda aos entes parentais proximais em primeira instância e social em segunda, aumentando-se às necessidades que se mostrarem.

Portanto, a atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível. O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente se não houver acompanhamento por profissionais capacitados na área de saúde.

3.2 A família

3.2.1 A família ontem e hoje

A família, segundo Levi-Strauss, Gough e Spiro (1977), é um fenômeno universal que se encontra presente em todos e em cada um dos tipos de sociedade. Contudo, ao longo do processo histórico, ela tem passado por transformações que correspondem às mudanças da sociedade, assumindo ou renunciando à função de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura e as funções deste sistema familiar (MINUCHIN, 1982; GIMENO, 2001), sendo que, em nível quantitativo, essas transformações referem-se ao número de membros que a compõem, apresentando-se, em sentido decrescente, em consequência da diminuição da taxa de nascimento e do aumento da expectativa de vida do idoso no país.

Do ponto de vista qualitativo, observam-se alterações no relacionamento familiar com um padrão intergeracional, na qual crianças e idosos convivem em um mesmo ambiente com percepções distintas da realidade. Portanto, as famílias vêm se tornando cada vez menores e com um número maior de idosos em sua composição, levando ao aumento da prevalência de doenças crônicas e dos problemas decorrentes do processo de envelhecimento.

O crescimento acentuado da população em idade mais avançada ocorre em um contexto de transformações estruturais acentuadas nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho. Esse ingresso afetou os contratos tradicionais de

gênero, nas quais a mulher era a cuidadora e o homem, o provedor. Hoje, a mulher brasileira está assumindo cada vez mais o papel de provedora; a sua renda foi responsável por 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009, mas, ela ainda, mantém a responsabilidade pelo cuidado dos membros dependentes (CAMARANO, 2010).

Essas mudanças afetam, substancialmente, a capacidade das famílias ofertarem cuidados à população idosa. É fato já bastante documentado na literatura que, historicamente, esses cuidados foram atribuídos aos membros mais novos da família, que são hoje em menor número, e às mulheres, que atualmente dispõem de menos tempo para o cuidado doméstico. Essas podem ter mais recurso financeiro para pagar pelo cuidado com os membros dependentes, mas, certamente, têm menos tempo. Sumarizando, a oferta de cuidado familiar parece diminuir à medida que a sua demanda aumenta (CAMARANO, 2010).

Em nossa sociedade, este fato pode ser descrito devido ao processo de industrialização e urbanização do país, aliados ao desenvolvimento dos meios de comunicação e somados à profissionalização da mulher, introduzindo, deste modo, uma nova configuração dos padrões familiares, ou seja, do comportamento individual dos elementos do grupo familiar no próprio grupo e desse diante de outros grupos sociais (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Então, a atual família brasileira está em fase de transformação no seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto), para uma multiplicidade de tipos como família monoparental, famílias nucleares com laços que não advêm do casamento, mas, da união de fato, famílias reconstituídas ou recompostas, famílias unipessoais, famílias homossexuais, famílias alargadas, entre outras, sendo possível afirmar que não existe hoje um modelo único e generalizado de família no Brasil (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Diante desta multiplicidade de configurações familiares e, considerando a especificidade de cada uma delas, torna-se imprescindível um conhecimento mais abrangente do sistema familiar, fazendo-se necessário que as profissões que atuam neste contexto, a exemplo, a Fisioterapia, com o advento da sua atuação no cenário domiciliário, ocorrido nos últimos tempos e em franca ascensão, tomem como lastro, o conhecimento sobre a dinamicidade estrutural familiar, de modo a garantir uma assistência mais global à família, e no caso específico do estudo apresentado, ao ser idoso fragilizado no contexto relacional de sua vivência-experiência, inclusive

pela dimensionalidade demográfica que se mostra nessa parcela da população brasileira.

3.2.2 O Ciclo Vital Familiar

Podemos pensar a família como um sistema de relações que funciona de acordo com certos princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento, de modo particular e complexo determinado por vários fatores. Sendo assim, podemos entender que a família não é uma entidade estática, mas que está em constante processo de mudança, pois precisa adaptar-se às pressões da vida cotidiana e sobreviver, enquanto sistema familiar, fazendo necessário, portanto, compreender o indivíduo e a família simultaneamente (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Ao olharmos para uma família, considerando a qualidade de suas regras, a definição de sua hierarquia, o delineamento dos papéis assumidos por seus membros e outros tantos aspectos que dão o retrato estrutural daquela família, podemos descrevê-la como tendo uma estrutura um pouco rígida, por vezes assimétrica ou simétrica porém, há nela valores ético-morais que norteiam suas relações no desenvolvimento de sua gênese, mas também há valores que são prejudiciais à continuação desta gênese. Assim, a família se mostra uma complexidade humana de pares no *loop* em 360°, ou seja, numa dinâmica relacional sempre em espiral. Entretanto, também podemos descrevê-la olhando o seu funcionamento, como os membros se relacionam e mantêm os vínculos. Mas família é sempre uma estrutura a ser desvelada, compreendida e cuidada na multidimensionalidade do seu *ser-existir*.

Nessa perspectiva, o conceito de ciclo vital familiar foi desenvolvido por vários estudiosos como Minuchin (1982), Carter e McGoldrick (1995), Cerveny e Berthoud (2002), permitindo evidenciar etapas vivenciadas pela família numa dimensão temporal de acordo com alguns critérios (idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal, entre outros) pelos quais a família passa, desde o início de sua constituição em uma geração até a morte do ou dos indivíduos que a iniciaram (CERVENY; BERTHOUD, 2002). Portanto, podemos compreender o ciclo vital familiar como fases que a família vivencia enquanto sistema, movendo-se através do tempo em que cada estágio se apresenta com características próprias, nas quais as

tarefas ou funções são desempenhadas por seus membros ou pela família como um todo (CARTER; MCGOEDRICK, 1995).

O ciclo vital individual e o ciclo vital da família caminham em paralelo, sendo impossível compreender o ciclo de vida individual separado do contexto onde o indivíduo está inserido, ou seja, a família, pois dentro de uma perspectiva sistêmica, o homem é percebido como um ser inserido em sistemas, sendo o primeiro e principal, a família (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Portanto, a família vai construindo a sua realidade a partir da história compartilhada por seus membros, formando o cotidiano da vida familiar ao longo do ciclo vital. Em seu caminhar, os afetos, as percepções dos papéis, as funções de cada um, a dinâmica das relações e o investimento emocional também estão em constante mudança e reorganização, fazendo com que, em cada etapa, o significado que o sistema adquire na vida particular de cada indivíduo seja diferenciado. Desse modo, a subjetividade individual é construída a partir da subjetividade do sistema, da mesma forma que esta é construída pelas subjetividades individuais (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Os estágios do ciclo vital familiar foram descritos pelo sociólogo Duvall (1957) em oito etapas organizadas em torno de fatos nodais, entradas e saídas dos membros, a saber (CERVENY; BERTHOUD, 2002):

- 1. Casal sem filhos** - estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade;
- 2. Famílias com recém-nascido** - ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente;
- 3. Famílias com crianças em idade pré-escolar** - adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento;
- 4. Famílias com crianças em idade escolar** - assumindo responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase;
- 5. Famílias com filhos adolescentes** - busca do equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento dos interesses pós-parentais;
- 6. Famílias com jovens adultos (Saída do 1º filho - Saída do último filho)** - permissão da separação e do "lançamento" dos filhos no interior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar;
- 7. Casal na meia-idade ("Ninho-Vazio")** - reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas;
- 8. Envelhecimento** - busca

pelo ajustamento à aposentadoria; aprende a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinha; adaptando-se à aposentadoria e às perdas funcionais.

Contudo, de acordo com Alarcão (2006), essa estruturação do que se denomina ciclo vital familiar pode sofrer alterações nas configurações familiares distintas daquelas que permitiram a sua elaboração, não contemplando a enorme diversidade e as inúmeras configurações de família que temos atualmente, sendo necessário equacionar as particularidades desenvolvimentais dessas famílias.

Assim, no que tange à família na fase última do seu ciclo vital, ou seja, com pessoas idosas, esta manifesta características vivenciais-relacionais próprias a esta fase, com demandas estruturais e funcionais diante da fragilidade imposta pelo próprio processo de envelhecimento natural. Para além desses aspectos, há aqueles de natureza ético-morais da gênese familiar onde se vive o presente convivendo com novos valores, já que, com o envelhecimento, passa-se a conviver com múltiplas gerações, coabitando o mesmo espaço temporal, a exemplo do contexto regional, onde este estudo foi realizado, coabitando, no mesmo domicílio, até quatro gerações distintas, podendo consolidar multiversos papéis relacionais e colaborativos na ajuda ao cuidado dos netos ou invertendo a parentalidade, sendo a pessoa idosa cuidada pelos filhos e/ou outros de vínculo fraternal.

De acordo com Cerveny e Berthoud (2002), a pessoa idosa portadora de uma doença crônico-degenerativa pode vivenciar esta fase de maneira muito difícil, pois, na maioria das vezes, é visto como um peso para as gerações mais novas da família.

Sendo isso, as mudanças vislumbradas na família vão influenciar diretamente no ciclo vital familiar (CERVENY; BERTHOUD, 2002), ou seja, o adoecimento de um membro familiar idoso pode afetar as funções dos membros em suas etapas do ciclo vital familiar, impondo alteração na estrutura e nas relações familiares, implicando em um ajustamento da estrutura, flexibilidade e recursos da família.

De acordo com Carter e McGoldrick (1995), durante o processo de desenvolvimento vital familiar o estresse gerado com a doença do membro idoso interfere no “equilíbrio” fluente familiar impondo uma reestruturação em seus relacionamentos que pode gerar mudanças ou apenas uma reorganização de estrutura em outra etapa do ciclo vital, pois o cuidado recai sobre a família, e seus membros vão precisar aprender a lidar com as necessidades daqueles mais velhos como: higiene, vestuário, alimentação, transporte, socialização, entre outras.

Nesse contexto, a ocorrência da doença crônica na família ocasiona um processo de socialização com a enfermidade, em que e os sintomas, a perda da função, as exigências de mudança relacionadas à doença, as mudanças nos papéis práticos e afetivos, servem para que a família crie ou remodele-se numa nova configuração interna.

Portanto, em face da doença crônico-degenerativa no *ser* idoso, Carter e Mcgoldrick (1995) afirmam que a família deve ter como objetivo lidar com as demandas desenvolvimentais da doença, sem que seus membros sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou o da família como sistema.

3.2.3 A família na concepção sistêmica

A Teoria Geral dos Sistemas foi elaborada e sistematizada por Ludwig Von Bertalanffy, em seu livro *Teoria Geral dos Sistemas*, publicado em 1968, representa o marco divisor entre o pensar fragmentador e o integrador. Trata-se de uma mudança paradigmática ocorrida na metade do século passado do pensar Decartiano de que era preciso fragmentar o todo para se compreender as partes. Assim, a obra de Bertalanffy promoveu um salto na história e tem, até os dias atuais, sido o ideário para compreender a complexidade das relações dos organismos vivos e sociais.

Sua teoria teve como objetivo fornecer um modelo teórico que permitisse a conceituação de fenômenos sobre os quais não se encontrava explicação através da mecânica Clássica. Bertalanffy (1977) postulava que a biologia não podia ocupar-se apenas em desvendar o que se passa no âmbito físico-químico ou molecular, mas sim tratar de observar e compreender o que ocorre nos níveis mais elevados de organização da matéria viva.

Para Bertalanffy (1977), pode-se pensar teoricamente a “ciência sistêmica” a partir da tendência organicista, a qual está associada à sua teoria. Ele propõe uma teoria de princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, de natureza física, biológica ou sociológica, desenvolvendo princípios básicos da interdisciplinaridade. Postulava que todas as manifestações da natureza encontravam-se numa organização sistêmica, o que pressupõem, não apenas um aglomerado de partes, mas um conjunto integrado a partir de suas interações definindo sistema como

complexos de elementos em interação (BERTALANFFY, 1968). Para Capra (1996, p.43), *“Entender as coisas sistematicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações”*. Nesse sentido, muitos estudiosos da área da sociologia, filosofia, psicologia, e outras, apoiaram-se e sustentaram suas ideias a partir da concepção de sistema trazida por Bertalanffy, em que o sistema é um conjunto constituído por elementos que possuem características próprias e estão em interação, assim como as próprias interações (BERTALANFFY, 1977).

Morin (2003) postula que o sistema apresenta-se como um paradoxo, pois, quando olhado sob o ângulo do todo, é uno e homogêneo e sob o olhar dos componentes, é diverso e heterogêneo, no qual o sistema é uma unidade global, organizada e não elementar, pois é constituído por partes diversas em inter-relações, que possuem qualidades próprias e irredutíveis.

Portanto, nas relações humanas e no contexto da família, esse princípio tem assegurado, ao longo do século XX, pensar a família dos estudiosos sistemáticos, ampliando o foco sobre esta, de modo a compreendê-la na dimensionalidade da relação, interação, interdependência, fluidez, rede relacional e dinamicidade existencial.

Desse modo, a concepção sistêmica percebe o mundo como uma teia de relações, de conexões entre as diversas partes que compõem um sistema vivo, uma vez que a perspectiva sistêmica tem a ver com as conexões, mas, de uma maneira especial, com a imaginação poética de que quando você segura uma flor em sua mão, descobre que ela está conectada com o universo (MINUCHIN; COLAPINTO; MINUCHIN, 1999).

Seguindo o mesmo olhar, Bertalanffy (1977) destacou que os sistemas são complexos de subsistemas colocados em interação, ou seja, um conjunto de elementos que tem relações entre si e com o meio, em busca de um resultado final.

Esse pesquisador expressou a ideia de que a característica essencial de uma forma viva é a sua organização, não bastando investigar os constituintes e os processos de maneira isolada, pois a análise das partes e dos processos, separados não propicia uma explicação completa do fenômeno da vida. Assim, segundo Bertalanffy (1977), quando as partes de um sistema são organizadas dentro de um padrão, algo emerge deste e do relacionamento das partes que é maior ou diferente, enfatizando a importância de se concentrar no padrão dos relacionamentos dentro

de um sistema ou entre os sistemas, e não na substância de suas partes. Este olhar direcionado para a família pelos terapeutas de família tem, nas últimas décadas, sustentado Políticas Públicas de Saúde à Família em países da União Europeia e do continente americano (SILVA, 2007).

O Pensamento Sistêmico entende que os fenômenos ocorrem dentro de um contexto maior, de forma que a família, que, historicamente foi concebida como um sistema fechado, passa a ser compreendida como um sistema aberto em constante interação com o contexto do qual participa.

Ao olharmos a família, notamos que ela é composta de membros que se organizam em outros subsistemas. Cada indivíduo é um subsistema complexo composto de vários subsistemas (físico, psicológico), ao mesmo tempo, e a família é também uma unidade composta por subsistemas mais amplos como a vizinhança, organizações, comunidades religiosas, serviços de saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A família, qual sistema, é um complexo de elementos em interação, no qual não se conhece uma família quando conhecemos seus componentes separadamente, mas sim, em suas inter-relações. Portanto, a família constitui um sistema em que o comportamento de cada um dos membros é interdependente ao dos outros, podendo ser analisado como um conjunto que funciona como uma totalidade, em que as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros. Portanto, o entendimento de família não corresponde à soma da análise de seus membros (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Nesse contexto, qualquer alteração na vida de um dos membros afeta toda a família. Concepção alicerçada na teoria sistêmica que, considerada a família um sistema aberto, no qual os membros se inter-relacionam dentro e fora, e com os sistemas extra-familiares, num fluxo dinâmico e recursivo (ANDOLFI *et al.*, 1984).

Assim, é impossível descrever o sistema familiar considerando apenas características específicas de cada parte, é preciso concebê-la no todo, uma vez que a totalidade da família é muito mais que a simples adição de cada membro de forma linear, mas sim, circular recursiva, **A** afeta **B**, que afeta **C**, que afeta de volta a **A** e assim sucessivamente, ou seja, nenhum de seus membros fica indiferente na inter-relação com o meio e com as circunstâncias que envolvem este meio, um princípio designado de recursividade (BERTALANFFY, 1977).

A circularidade que envolve a família exige o enxergá-la sob a lente da contextualidade, da complexidade e da instabilidade (VASCONCELLOS, 2002). Este enxergar amplia o foco para perceber o processo de viver humano familiar e o de saúde-doença imbricado numa circularidade, pois envolve seus membros pelo sentimento de pertença.

Conceber tal compreensão induz ao pensamento de Alarcão (2006) quando destaca que todo o cuidado profissional à família deve enveredar-se pelo estreitamento de relações vinculares, estas, no contexto da inteireza e globalidade do cuidado familiar, ou seja, o cuidado no contexto domiciliar-familiar.

Seguindo este princípio, o Fisioterapeuta, na *práxis* do cuidado domiciliar, deve adentrar o espaço familiar com um olhar ampliado, buscando conhecer as ações e relações dos familiares que convivem com o ser idoso fragilizado, estabelecendo laços vinculares de respeito e confiança mútua. Pois cabe a ela a continuidade dos cuidados na ausência deste e a motivação e o envolvimento do paciente que se revertem em ganhos significativos na reabilitação do idoso (DURÃES, 2010).

Diante do exposto, é possível perceber que o pensamento sistêmico de compreender a família permite ao profissional de saúde, e especialmente ao fisioterapeuta, visualizar a multiplicidade de estruturas familiares, a singularidade de cada membro e as interações familiares, conduzindo a uma maior compreensão do binômio idoso–família em seus distintos contextos e multidimensionalidade, influenciando decisivamente na qualidade da sua assistência. Sendo assim, esse profissional precisa inquietar-se para conhecer a família desde sua formação na graduação, ampliando esse saber para sua prática profissional no atendimento domiciliar de modo a elaborar planos de reabilitação que incluam a família como colaboradora ativa na reabilitação do idoso fragilizado.

Esta observância se sustenta na mudança demográfica populacional na qual no Brasil, tem-se uma estimativa de 20 milhões de pessoas idosas, dados do IBGE 2010 (BRASIL, 2010), ademais, segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988 é um dever da família zelar pelos seus entes e do Estado assegurar sua dignidade. Assim, é salutar que todas as profissões que atuem com os sistemas humanos, em destaque, as das áreas da saúde, e aqui, a fisioterapia tenha a sua atuação na perspectiva deste sistema relacional humano, nomeadamente com o advento recente da inserção deste profissional no cenário – domiciliar da família.

3.3 A formação do Fisioterapeuta

A fisioterapia é uma profissão que se apresenta em um contínuo processo de ascensão, surgida no Brasil na década de 1950, para atender às necessidades da época em termos de reabilitação, sendo caracterizada como uma Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, 2010).

O profissional fisioterapeuta é aquele com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente, bem como o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço (COFFITO, 2010).

Esta profissão foi regulamentada como Curso Superior através do Decreto-Lei, n.º 938/69, de 13 de outubro de 1969 (BRASIL, 1969). De acordo com os Art. 3º e 4º da referida Lei “é atividade privativa do fisioterapeuta, executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física e mental do cliente”. Seguindo esta Resolução, seis anos após sua inserção foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, através da Lei Federal n.º 6.316, de 17 de dezembro de 1975 (BRASIL, 1975).

A Fisioterapia também dispõe de outro importante instrumento legal que é o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, aprovado através da Resolução 10, do COFFITO de 3 de julho de 1978, publicado no Diário Oficial da União, de 22 de setembro de 1978 (BRASIL, 1978). No capítulo I, o Art. 1º da referida Resolução, explicita-se a função do fisioterapeuta, que deve ser de “assistência ao ser humano, participando de atividades que objetivem a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde”. O capítulo II, Art. 7º, inciso IV, considera que o fisioterapeuta, através de conhecimentos técnicos e científicos, “deve direcionar suas atividades a fim de prevenir e minimizar o sofrimento humano, além

de evitar seu extermínio”. Ainda em relação ao referido documento, no Capítulo IV, o Art. 20º menciona a participação do Fisioterapeuta em “programas de assistência à comunidade, tanto em âmbito nacional quanto internacional”.

Mais recentemente, foi aprovada através do Projeto de Lei n.º 3.256, de 2004 (BRASIL, 2004) a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) através do NASF (BRASIL, 2008), facilitando o acesso dos cidadãos ao atendimento por profissionais Fisioterapeutas, através de recursos, métodos e técnicas necessárias para resolução de problemas de saúde que dependam de serviços deste profissional. Para a classe profissional, essa decisão foi uma conquista de relevância, mas não o suficiente para garantir um atendimento amplo e de qualidade a todas as pessoas e famílias que necessitam de assistência fisioterápica, uma vez que a quantidade de profissionais fisioterapeutas que adentram este programa é escasso em relação à demanda da população, ficando muitas vezes o atendimento reduzido ao nível do indivíduo doente, sem um acompanhamento mais integral e de qualidade ao sistema familiar.

Nesse contexto, percebe-se que esses dispositivos legais que regulamentam o exercício profissional do Fisioterapeuta não preconizam de forma explícita o cuidado à família por esse profissional, o que pode ser explicado pela sua formação que produz o conhecimento em uma lógica curativa e reabilitadora individualizada do ser doente não aprofundando o seu cuidado ao sistema familiar a que este faz parte.

Contudo, sabe-se que para cuidar do indivíduo é necessário o conhecimento do contexto em que este se encontra inserido, sendo a família um importante sistema onde o *ser* é apenas uma parte do todo, exercendo influência na sua constituição histórica, e também sendo influenciado pelo sistema familiar, logo o atendimento não se justifica de forma individual e isolado, mas sim, analisando toda a realidade social, histórica, política e cultural que envolve o paciente, e especialmente ao considerar o Sistema Público de saúde do Brasil, o SUS, e mais estreitamente a ESF instituída no país desde 1994, e, mais recentemente, como visto no parágrafo precedente, a exigência do NASF.

A formação do profissional Fisioterapeuta no País é baseada na legislação vigente que orienta as IES no planejamento e implantação dos cursos de Graduação em Fisioterapia. Uma destas é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), que define os

princípios e fins da educação nacional para todos os níveis e modalidades de ensino, incluindo o ensino superior público e privado.

No Capítulo IV da LDB, que trata da educação superior, o Art. 43º diz que a educação superior tem por finalidade formar diplomados para serem inseridos nos diferentes setores profissionais, participando no desenvolvimento da sociedade, além de incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, buscando o entendimento do homem e do meio onde vive, conhecendo os problemas do mundo presente, prestando serviços especializados à comunidade e estabelecendo uma relação de reciprocidade. A compreensão que advém desse artigo remete-nos ao entendimento de que o homem, no meio em que vive, não é um ser isolado, mas antes, social, e assim, um ser familiar.

Portanto, de acordo com a LDB, o profissional de qualquer área deve ser formado com uma visão participativa, desenvolvendo conhecimentos e ações que atendam às necessidades da sociedade, interagindo com ela e buscando conhecer o ser humano em todo o seu contexto relacional, pois, se trata de um sujeito social.

A partir da LDB, muitos desafios são colocados para as IES brasileiras, principalmente quanto à relação destas com a sociedade, de seu papel na produção, divulgação e consumo de conhecimentos relevantes, bem como do perfil dos profissionais capazes de atender às necessidades sociais e de prestar serviços oportunos e de qualidade (FEURWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

Segundo Demo (1998), alguns dos ingredientes indispensáveis para a nova orientação de organização curricular dos cursos em nível superior seriam a flexibilidade curricular, interdisciplinaridade, metodologias ativas de aprendizagem, a prática como base da construção do conhecimento, oportunidades de conhecer e intervir sobre a realidade e novas modalidades de avaliação.

Na área da saúde, há uma exigência cada vez maior de uma responsabilidade social do profissional, indo de encontro aos aspectos tradicionais puramente especializados, individualistas, meramente biológicos e mecanicistas.

Preconiza-se, assim, que além da qualidade técnica do profissional, ele possua uma consciência social, uma visão mais ampla e uma postura mais humanista (GALVAN; TRELHA, 2000). A aproximação com a realidade social das classes populares e a convivência com o cotidiano desses sujeitos permitem aos estudantes uma compreensão sobre o processo saúde-doença e sobre os diversos

contextos que envolvem o ser com quem estabelecem uma relação terapêutica (RIBEIRO, 2005).

De acordo com o que estabelece o Art. 52º da LDB,

As universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracterizam por: produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional e nacional [...].

Em função do exposto, o novo ensino superior é orientado por uma flexibilização da educação, com apoio de tecnologias adequadas ao serviço a ser prestado a uma maior parcela da população, fortalecendo a educação contínua, abordando conteúdos e temas de qualidade social na perspectiva de formar profissionais capazes de empreender soluções de problemas que venham a responder às necessidades sociais tanto em nível regional, nacional e mundial, formando assim, cidadãos do mundo, preparados para desenvolver atividades em sociedades cada vez mais interdependentes e correlacionadas, de forma multi-interdisciplinares.

Portanto, a sociedade atual apresenta demandas por profissionais com competências e habilidades para conhecer a realidade global das famílias, identificar e solucionar problemas, desenvolver ações educativas e intersetoriais para a promoção de saúde e trabalhar em equipe. A formação desses profissionais deve potencializá-los para planejar ações junto à comunidade de assistência integral à saúde, intervindo no processo de trabalho, enfrentando situações em constante mudança (ALMEIDA; CARVALHO, 2004).

Neste processo de formação do Fisioterapeuta também devemos lançar nosso olhar sobre as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia instituídas pela Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), que devem ser observadas na organização curricular e na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Fisioterapia das IES do país, definindo os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas.

O Art. 3º dessas diretrizes define o perfil do Fisioterapeuta conforme se segue:

O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade.

Historicamente, a formação do profissional Fisioterapeuta esteve voltada para a atenção secundária e terciária, com pouco destaque na atenção primária, enfatizando, a prática assistencialista caracterizada pela reabilitação (ALMEIDA; CARVALHO, 2004).

A esse respeito, Capra (1992) afirma que a atenção centrada na doença conduz a uma noção de saúde relativa, apenas, aos aspectos orgânicos em suas especificidades, impedindo uma visão plural e uma intervenção que considere a totalidade do ser humano, em sua realidade social, considerando suas condições emocionais, sociais e culturais, que são parte da construção da doença. A importância dada à revolução científica e sua influência na área da saúde têm favorecido uma atenção centrada na doença e não no indivíduo enquanto *ser* social, valorizando os aspectos curativos e deixando de lado os aspectos preventivos.

Assim sendo, a formação acadêmica do Fisioterapeuta, de forma geral, tem se caracterizado por um processo de ensino-aprendizagem baseado na fragmentação do conhecimento, acarretando um perfil profissional baseado em uma visão de mundo cartesiano-mecanicista que, conforme pontua Capra (1992), tende a fazer do exercício profissional a reunião de ações isoladas, individualizadas, descontextualizadas (SCHIMIDT, 2002; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2006), distantes do conceito de integralidade na saúde (CECCIM, 2006; SCHIMIDT, 2002).

Entretanto, as demandas da sociedade atual requerem do profissional fisioterapeuta uma postura mais global, crítica diante dos problemas sociais e humanizada no cuidado, o que é preconizado pelas Diretrizes Curriculares para esta profissão.

Por outro lado, os estudos apontam certa valorização no que se refere à reabilitação de forma isolada, ao sujeito, em detrimento de atuação em nível primário, este por sua natureza mais proximal ao contexto relacional do indivíduo. Assim, muitas instituições formadoras não estão capacitando profissionais com este perfil, o que vem a refletir na falta de um conhecimento do todo, olhando somente o *ser* doente, sem observar o sistema em que este se encontra, desconsiderando todo

o contingente de fatores sociais, econômicos e psicológicos que podem estar influenciando no processo saúde-doença.

Deste modo, a competência do Fisioterapeuta precisa ir além do domínio da boa técnica. É preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas. Deve-se considerar que a intervenção não depende da atuação de somente um profissional, mas da flexibilidade dos atores sociais envolvidos (SILVA; ROS, 2007). Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional que, além de ter uma visão global e integral do indivíduo, família e comunidade, seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, proteção específica, assistenciais e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (SANTOS; PEREIRA, 2005).

De acordo com o Art. 4º, inciso VI, da Resolução CNE/CES 4/2002 (BRASIL, 2002):

(...) os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Portanto, novos conhecimentos devem ser adquiridos, trocados, repassados seja durante a graduação, seja na prática diária dos egressos, pois diante da mudança crescente no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, o fisioterapeuta deve estar atualizado para conseguir acompanhar a demanda do cuidado que se mostra. A família, como um sistema dinâmico, também está passando por mudanças em sua estrutura ao longo do seu ciclo vital. Portanto, a presença de um membro idoso doente pode influenciar as relações familiares, e o profissional fisioterapeuta, na sua prática de atendimento domiciliar, deve procurar estar constantemente se preparando para lidar com estas alterações, buscando assegurar a integralidade do cuidado à pessoa doente e à sua família (DURÃES, 2010).

Os incisos IV, V, VIII e XI do Art. 5º das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, (BRASIL, 2002), evidenciam competências e habilidades específicas do profissional fisioterapeuta focada na dimensão do cuidar para além do atendimento individual, incluindo a dimensão familiar e comunitária, ressaltando o exercício da profissão articulada com o contexto social, conforme evidenciamos a seguir:

(...)

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

(...)

VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico.

Nestas orientações, fica clara a importância da formação do Fisioterapeuta com um olhar voltado para o cuidado ao sistema familiar, pois é necessário analisar o indivíduo dentro de sua realidade, ou seja, de sua família e de suas relações sociais, com as quais entrelaçam as atividades do cuidar em saúde, pois, é no cotidiano, no concreto espaço da família, que os profissionais do sistema de saúde, em interação com esta, buscam a construção da saúde, priorizando a proteção, a promoção do auto cuidado, a troca solidária, procurando afastar-se do modelo biomédico dependente e centrado na doença (RESTA; MOTA, 2005).

Por isso, é indispensável conhecer as dificuldades com as quais se defrontam essas famílias juntamente com a pessoa idosa, para que, junto com elas, estratégias de cuidado possam ser construídas diante da percepção de cada membro da família, de acordo com suas particularidades e especificidades (WAIDMAN *et al.*, 2009). É preciso, igualmente, desenvolver trabalhos de apoio orientados e direcionados a esses familiares inseridos em cada contexto familiar, para que se possa alcançar um planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral capazes de atender às necessidades desse público (WAIDMAN *et al.*, 2009).

Outro tema abordado nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, no Art. 6º, refere-se aos conteúdos essenciais para o

Curso que devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia.

De acordo com o Art. 13º, as IES devem flexibilizar, aperfeiçoar e diversificar as suas propostas curriculares considerando os valores, os direitos e a realidade socioeconômica. Portanto, os assuntos previstos no ementário das disciplinas do curso de fisioterapia devem abranger, não só as ciências biológicas e da saúde, os conhecimentos biotecnológicos e os conhecimentos fisioterapêuticos, mas, também as ciências sociais e humanas, contemplando o estudo da pessoa humana e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, norteados pelos princípios éticos.

Assim sendo, tanto o Projeto de Desenvolvimento da Instituição (PDI), quanto o Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia devem estar em sintonia com o processo dinâmico de construção dos saberes e das necessidades socioeconômicas, educacionais, culturais e ambientais da região onde está implantado. O mesmo deve ocorrer no processo ensino/aprendizagem, perpassando pelo conhecimento existente e permitindo a construção de novos conhecimentos, com ações inovadoras e responsáveis, relacionadas com a sociedade, em sua tríade de desenvolvimento: ser humano, ambiente e tarefas (SIGNORELLI *et al.*, 2010).

Para isso, as IES devem passar por um processo de mobilização e instrumentalização do profissional da saúde, buscando dispor de recursos para promover conhecimentos que os capacitem a pensar e agir em família. A aproximação dos profissionais aos conhecimentos existentes sobre família, como referenciais teóricos, instrumentos de avaliação, estratégias de aproximação, relacionamento com a família, técnicas de intervenção, capacita-os a pensar em família, a utilizar uma linguagem apropriada e a formular questões acerca das práticas realizadas.

Essa mobilização deve considerar o estudo de Maciel *et al.* (2005), que entre outros aspectos, destaca haver, na atualidade, ausência de disciplinas com conteúdos voltados para a atenção da família olhada de forma sistemática nos componentes curriculares das IES. Os ementários dos vários cursos de fisioterapia não abordam o conhecimento sobre a família e as formas de atuação junto a este sistema. Em geral, os currículos oferecidos pelos cursos de graduação em

Fisioterapia estão muito voltados para práticas hospitalares e ambulatoriais valorizando a reabilitação em detrimento aos novos modelos assistenciais.

O Art. 8º das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia (BRASIL, 2002), recomenda que as IES devem aproveitar, também, o conhecimento adquirido pelos estudantes através de estudos e práticas independentes como monitorias, estágios, iniciação científica, programas de extensão, entre outros. Dessa forma o conteúdo pode ser adquirido perpassando por várias experiências práticas e de vivência com a realidade, podendo ser experimentadas e sentidas em toda a sua complexidade e contexto individual, familiar ou comunitário. O conhecimento não será alcançado somente na sala de aula, mas de outras formas de abordagens sobre o cuidado à família, a exemplo da pesquisa e da extensão.

Portanto, o conhecimento a mais sobre o assunto família e suas implicações no processo saúde/doença, pode ser incluído nos currículos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, capacitando melhor o Fisioterapeuta para lidar com esta temática no exercer o cuidado domiciliar.

CAPÍTULO IV



Fonte: <http://www.neointerativo.com/2011/02/metodologia-cientifica-ainda-vou-ouvir.html>

*Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando.
Ensino porque busco, porque indaguei e me indago.
Pesquiso para constatar, constatando, intervenho,
intervindo educo e me educo.
Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e
comunicar ou anunciar a novidade.*

(Paulo Freire)

4 O PERCURSO TOMADO PARA DESVELAR O FENÔMENO

4.1 Caracterização do estudo

Para desvelar o fenômeno e melhor compreendê-lo buscamos a partir da abordagem qualitativa, os subsídios que pudessem nortear seu percurso, de modo a melhor compreender o processo de formação do profissional Fisioterapeuta para sua inserção no contexto domiciliar/familiar para o cuidado à pessoa idosa fragilizada. Assim, esse estudo configura-se, ainda, como exploratório, descritivo e documental.

Para Marques *et al.*, (2006) e Demo (2000), na abordagem qualitativa, os dados não são passíveis de serem matematizados, pois nesta o interesse é apreender as percepções comuns e incomuns presentes na subjetividade das pessoas envolvidas na pesquisa. Princípios que foram perseguidos neste estudo, ao considerar seus objetivos, no enlace de conhecer a formação profissional para inserção no espaço domiciliar. Daí, tal metodologia vestir o estudo, pois antes de análises matemáticas busca a abordagem compreensiva.

Desse modo, possibilita designar a parte mais relevante e central das coisas, sua essência como enuncia Flick (2009). Tratando-se assim de uma metodologia de investigação cíclica e interativa que alcançou a compreensão dos fenômenos e o desvelamento de sua essência (MILES; HUBERMAN, 1984), ainda, de acordo com Demo (2000), buscou captar a significância para a compreensão do todo que nem sempre é linear e quantificável.

Seguindo esse raciocínio, ainda nos ancoramos em Goldenberg (1998), por compreender a pesquisa qualitativa como descrição de termos e situações, com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos, em sua complexidade, nos processos dinâmicos que enovelam seu viver em grupos sociais, e assim, por permitir uma análise dos processos dinâmicos que os envolvem. Ademais, perseguir essa abordagem é valorar a riqueza dos dados descritivos, um plano aberto e flexível e focalizado na realidade de forma complexa e contextualizada (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Aspectos reforçados por Minayo (2008).

Além disso, Denzin e Lincoln (2006) descrevem que o foco da pesquisa qualitativa possibilita uma multiplicidade de métodos, o que reflete numa tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno estudado, e nesse estudo se mostrou como ponto *sine qua non* ao objetivo almejado. Situação na qual,

como pesquisadoras de abordagem qualitativa nos submergimos no texto como ser “bricoleur”. Segundo o filósofo Claude Lévi-Strauss, o “bricoleur” faz um objeto novo a partir de pedaços ou fragmentos de outros objetos, e o seu resultado (*bricolage*) é uma construção que sofre mudanças e assume novas formas à medida que se acrescentam diferentes instrumentos, métodos e técnicas de representação e interpretação. Esta característica de atividade do pesquisador “bricoleur” não se atém apenas na fase de coleta de dados para o estudo, mas também no momento de analisá-los e interpretá-los, na multirreferencialidade que transversaliza teóricos que possam embasá-los em seu pensar-agir o fenômeno (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Ainda ancoradas em Denzin e Lincoln (2006), acreditamos que nenhum método é capaz de compreender todas as variações sutis da experiência humana e, conseqüentemente, o *ser* pesquisador qualitativo emprega uma variedade de métodos interpretativos interligados, buscando as melhores formas de tornar mais compreensível o fenômeno ao qual nos debruçamos em estudo.

A pesquisa qualitativa também envolve abordagens interpretativas e naturalísticas, ou seja, ver-perscrutando as coisas em seu ambiente natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos, segundo o significado que os sujeitos da pesquisa lhes atribuem (DENZIN; LINCOLN, 2006; POLIT; BECK; HUNGLERT, 2004). Como afirma Triviños (2009), as descrições dos fenômenos estão impregnadas de significado que o ambiente imprimiu através de uma visão subjetiva. Desta forma, a interpretação dos resultados tem como base a percepção de um fenômeno dentro de um contexto. Seguindo este pressuposto, buscamos ir ao encontro dos sujeitos participantes desta pesquisa dentro do seu ambiente de domínio, as IES e os serviços de atendimento domiciliar.

Neste processo de desvelamento, essa pesquisa também enveredou pelo percurso exploratório, o qual de acordo com Triviños (2009) e Gil (1991) possibilita maior familiaridade com o problema de pesquisa, tornando-o mais explícito e ampliando os horizontes para adentrar em realidades cada vez mais específicas, de modo a apreciar, com propriedade, os conhecimentos envolvidos na temática.

Sobre isso, já na elaboração do projeto de pesquisa, quando da construção de saberes a partir da revisão sistemática de literatura sobre o tema, percebíamos o quão incipiente essa temática ainda se encontrava, reforçando assim, o estudo exploratório. De modo que este veio constituir-se uma ferramenta à temática em que

explorar requer, do *ser* pesquisador, sensibilidade, conhecimento tácito e astúcia para desvelar o que pretende alcançar. Razão pela qual foi empreendida uma “varredura”, inicialmente nas bases de dados a partir do Portal de Periódicos da CAPES em suas redes, buscando conhecer o estado da arte, associando este processo com investigações que convergiram num somatório de multitécnicas. Associando a esta ‘o instrumento humano’ - o *ser* pesquisadora, e o seu adentrar o contexto-ambiente do sujeito do seu plano de pesquisa, através da entrevista semi-estruturada, e outros recursos pertinentes aos objetivos propostos do estudo.

Assim, fez-se imperativa a existência da abordagem descritiva no estudo, uma vez que esta trata de observar, registrar, correlacionar e descrever fatos ou fenômenos de uma determinada realidade sem manipulá-los, procurando conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica, e demais aspectos da sociedade, como menciona Valentim (2005). Compreensão que faz referência à abordagem qualitativa descrita pelos autores supracitados em parágrafos precedentes.

A pesquisa descritiva parte da premissa de que os fenômenos, para serem compreendidos em suas especificidades, devem ser objetos de observação e subsequente descrição, visando a possibilitar o conhecimento e os relacionamentos entre os elementos envolvidos, que no caso deste estudo, foram os Coordenadores dos cursos de graduação em Fisioterapia, graduandos do último ano do Curso de Fisioterapia e profissionais fisioterapeutas prestam atendimento em domicílio das IES selecionadas e a legislação que fundamenta a formação deste profissional.

Buscando ter um embasamento ainda maior para a temática estudada, buscamos empreender o inquérito documental sobre os ementários e planos de cursos das disciplinas curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia à guisa de identificar em seus conteúdos abordagens de família. Também empreendemos busca em análise da Legislação Brasileira de Ensino Superior, quanto às Leis de Diretrizes e Bases da Educação, sobre o direcionamento destas aos saberes da temática família. Tratou-se assim, de buscar a apreensão, compreensão e análise destes documentos para que alicerçassem o referencial teórico, a análise e discussão dos dados, enriquecendo seu aprofundamento teórico-metodológico.

Appolinário (2009) salienta que a pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o

tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias, o que requer do *ser* pesquisador uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 1997).

Lakatos e Marconi (1996) reforçam que os dados da pesquisa documental provenientes de órgãos, englobam materiais escritos ou não, e estes, podem ser um riquíssimo instrumento para pesquisa científica.

Por outro lado, ao enveredar na pesquisa documental, salienta Cellard (2008) que o pesquisador deve empreender esforços para construir um *corpus* satisfatório e esgotar todas as pistas capazes de lhe fornecer informações interessantes. No contexto desse estudo, ressalta-se que tal esforço convergiu em ações laboriosas, de dias de estudos em acervos documentais, conversas com Coordenadores de Colegiado, leitura centrativa na LDB, e até matrícula em disciplina especial cujo ementário versava sobre as leis brasileiras de educação sobre o ensino superior na área de fisioterapia.

Esse percurso possibilitou a obtenção de uma fonte rica de dados que elucidaram as questões perseguidas no estudo, como discorrem Sá-Silva, Almeida, Guindani (2009), mas, sobretudo, sua compreensão sobre a formação do profissional Fisioterapeuta em relação à saúde da família da pessoa idosa fragilizada.

Logo, a pesquisa documental se constituiu numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, complementando as informações obtidas nas demais empreendidas, desvelando aspectos novos ao tema, o que veio reforçar o difundido por Lüdke e André (1986) sobre essa abordagem.

Diante da complexidade do fenômeno estudado, a utilização de uma variedade de recursos, expandiu o universo de conhecimento e permitiu a obtenção de uma gama de informações enriquecedoras do desvelamento da temática em estudo, sobretudo, por ter-se em consideração, a problemática do fenômeno envelhecimento humano *versus* formação profissional para as demandas crescentes que se mostram neste século.

4.2 Cenário do estudo

- Ampliando o contexto para alcançar o foco

Em 1991 existiam no Brasil 48 cursos de Graduação em Fisioterapia autorizados para funcionamento, sendo que em 2010 esse número chegou a 461, o representando um crescimento de aproximadamente 1000% (ROCHA, et al., 2010). De acordo com dados do Sistema de Regulação do Ensino Superior (e-MEC) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 2011), até o mês de junho de 2011 existiam 452 cursos registrados. A região Sudeste é a primeira em números de cursos com 200 (44,4 %), seguida das regiões Nordeste com 104 (23%), da região Sul com 73 (16,1%), da região Centro-Oeste com 46 (10,1%) e por último da região Norte com 29 (6,4%).

O crescimento na quantidade de cursos e na oferta de vagas a partir da segunda metade da década de 90 foi motivado pela política adotada pelo Estado brasileiro de corrigir o déficit da escolaridade superior no país, fazendo com que todas as áreas do conhecimento e todas as profissões passassem por um processo de ampliação do número de cursos e de vagas (NEVES; RAIZER; FACHINETTO, 2007). Outro motivo que, segundo os autores citados, influenciou o aumento do número de cursos de Fisioterapia, refere-se ao reconhecimento e respeito atribuídos a esta profissão pela sociedade, sendo este um dos cursos da área da saúde, com maior crescimento em oferta de vagas nos últimos anos.

Por outro lado, este crescimento tem se dado em meio à estagnação das instituições de ensino superior, de natureza pública, e ao incentivo às instituições privadas, sendo que, para Pereira e Almeida (2006), essa expansão ocorreu devido à privatização do ensino superior, e, numa concentração geográfica, evidenciada pela região Sudeste do Brasil, ou seja, aquela de maior poder aquisitivo do país, em detrimento à região Norte, acentuando as desigualdades sociais, o que vem a refletir diretamente na assistência prestada à população, em virtude da carência de profissionais nesta região.

Em relação ao processo de reconhecimento dos cursos, durante o período da coleta dos dados, apenas 13 eram reconhecidos, e os demais estavam em fase de reconhecimento ou ainda não tinham iniciado o processo junto ao MEC ou ao Conselho Estadual de Educação do Estado (BRASIL, 2011).

- Estreitando o olhar e focando o Estado da Bahia

Dentro do cenário macro fizemos um recorte para o Estado da Bahia, local de inserção deste estudo. E neste, temos o seguinte contexto: 03 cursos de graduação em fisioterapia de caráter público e 31 privado. Sendo 12 localizados em municípios do interior do Estado e 22 na capital, reforçando a política de centralização para os grandes centros urbanos.

No Estado da Bahia foram quatro as IES selecionadas, seguindo os critérios de inclusão: 1) IES com Cursos de Fisioterapia com dez ou mais anos de criação, e 2) IES com cinco ou mais anos de reconhecimento junto aos órgãos competentes.

Os critérios de tempo de início e reconhecimento dos cursos foram adotados por considerar esses períodos suficientes para a consolidação, organização e construção de sua matriz curricular. Também a experiência na formação dos profissionais, uma vez que a maioria dos Cursos de Graduação em Fisioterapia do Estado da Bahia ainda se encontra em fase de implantação e reconhecimento.

As IES que atenderam a estes critérios foram identificadas no estudo através de letras do alfabeto Arábico: A, B, C, D. Assegurando o anonimato, conforme a Resolução 196/96. Para se constituir cenário foram consultadas previamente e informadas do objetivo do estudo, dando anuência, de forma voluntária, a sua participação.

4.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte desse estudo três grupos de sujeitos, totalizando 47 entrevistados, adotando o critério de saturação dos dados. Sendo o **Grupo I**, formado por 04 Coordenadores dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, responsáveis pela área pedagógica, trabalhando diretamente com as demandas dos discentes e docentes na formação profissional; o **Grupo II**, constituído por 28 graduandos do último ano do Curso de Fisioterapia, por entendermos que estes já vivenciaram praticamente toda a matriz curricular e estão prestes a inserirem-se no mercado de trabalho; o **Grupo III**, composto por 15 profissionais fisioterapeutas com inserção prática no atendimento domiciliar há mais de seis meses, antes do período de coleta de dados, nos municípios das IES selecionadas, tempo de experiência considerado aceitável para responder à questão de pesquisa.

Os cenários e os sujeitos foram caracterizados, conforme o quadro abaixo:

QUADRO 1. Caracterização dos cenários e dos sujeitos da pesquisa

IES	GRUPO I COORDENADOR	GRUPO II GRADUANDO	GRUPO III PROFISSIONAL
A	CA	G1A, G2A, G3A, G4A, G5A, G6A, G7A, G8A, G9A, G10A, G11A	P1A, P2A, P3A, P4A
B	CB	G1B, G2B, G3B, G4B, G5B, G6B, G7B	P1B, P2B, P3B, P4B
C	CC	G1C, G2C, G3C, G4C, G5C	P1C, P2C, P3C, P4C
D	CD	G1D, G2D, G3D, G4D, G5D	P1D, P2D, P3D

Fonte: Arquivo da pesquisa

Por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, não probabilística, a amostra foi identificada durante o levantamento de dados no campo, sendo encerrada com a saturação dos dados, o qual seguiu a compreensão de Miles e Huberman (1984), Polit, Beck e Hungler (2004), em que a saturação consiste em amostrar até o ponto em que os dados se repetem de maneira redundante, não mais acrescentando novas informações para compreensão do objeto de estudo. Contudo, para seu alcance a coleta de dados seguia-se de pré-análises, categorizações e re-categorização para o alcance da compreensão do fenômeno estudado até a não mais entrada de dados originais. Constituiu-se de uma etapa do estudo laboriosa, exaustiva, com discussões entre os pares, orientando-orientador, para o alcance da saturação dos dados.

4.4 Considerações Ético-legais

Os princípios éticos foram contemplados neste estudo, os quais seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, segundo Protocolo n.º 215/2010 (ANEXO A).

Assim, os sujeitos do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), informando-lhes os objetivos do estudo, o método, ausência de riscos e benefícios e o respeito à sua privacidade. Foi

garantida liberdade de se recusar a participar ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento que desejasse sem qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa e, sem nenhuma penalidade. Os que aceitaram participar tiveram seus nomes sob sigilo, sendo identificados no estudo a partir de numerais e letras do alfabeto Arábico.

No que se refere aos dados documentais, como a matriz curricular de curso, estes foram obtidos após a autorização prévia das IES, as quais disponibilizaram seus arquivos documentais para o estudo.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

Este estudo, por sua natureza qualitativa, permitiu a utilização de quatro instrumentos, os quais se complementaram e seguiam validando os dados coletados, seguindo, assim, a ideia de Igea *et al.* (1995), quando referem que diversos métodos para coleta de dados permitem percorrer o olhar sobre várias perspectivas da mesma situação, obtendo informações de diferentes naturezas, podendo realizar a comparação entre os diversos elementos com maior fidedignidade. Confirmam essa ideia Denzin e Lincoln (2008), que defendem que o resultado do método, ou a *bricolage*, é uma construção que sofre mudanças e assume novas formas à medida que se acrescentam diferentes instrumentos, métodos e técnicas de representação e interpretação.

Seguindo este raciocínio, foram empregados como instrumentos a *Entrevista Semi-Estruturada*, *Inquérito Documental*, *Pesquisa Documental* e *Diário de Campo*.

A **Entrevista Semi-Estruturada** foi utilizada com os três grupos: Grupo I (Coordenadores de Curso), Grupo II (graduandos) e Grupo III (profissionais fisioterapeutas), por concordarmos com Flick (2009) e Triviños (2009), que relatam que a entrevista permite a descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o informante do estudo acerca de um tema específico, em que o entrevistador tem liberdade de acrescentar novas perguntas, objetivando esclarecer pontos que ele considere relevantes aos objetivos do estudo.

As questões da entrevista semi-estruturada foram elaboradas a partir das inquietações que desencadearam a busca por conhecer a temática, apoiadas no material contido no Referencial Teórico e no Estado da Arte deste trabalho, e

visaram a suscitar uma verbalização que expressasse o modo de pensar e agir dos participantes, contextualizando o comportamento destes, vinculando-os com sentimentos, atitudes, motivos, intenções e valores sobre os questionamentos, possibilitando, assim, um aprofundamento na temática, tendo em vista os objetivos do estudo.

Foram então elaborados três roteiros de entrevista diferentes, roteiro este que, segundo Minayo (2008), deve se apresentar em simplicidade com alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade, funcionando como lembretes e servindo de orientação para o andamento da interlocução, permitindo, de modo flexível, a formulação de novas perguntas acerca do objeto.

O primeiro roteiro foi aplicado ao Grupo I (Coordenadores de Curso) (APÊNDICE B), contendo quatro questões relacionadas ao Projeto Pedagógico do Curso, a matriz curricular e a sua opinião quanto a considerar a família na *práxis* do atendimento fisioterapêutico domiciliar ao idoso fragilizado.

Para o Grupo II (graduandos) (APÊNDICE C), foi organizado um roteiro com quatro questões que envolveram aspectos referentes ao acesso deste graduando a conteúdo curricular que abordasse a temática do cuidado à família do idoso fragilizado; se o mesmo se sente ou não preparado para adentrar o ambiente familiar e vivenciar as relações familiares presentes naquele local; a sua opinião sobre a participação da família no processo de tratamento do membro familiar atendido em domicílio e suas sugestões sobre a temática estudada.

Em relação ao Grupo III (profissionais Fisioterapeutas) (APÊNDICE D), o roteiro teve como base seis perguntas que buscavam averiguar se este profissional, durante a sua graduação, foi orientado/capacitado quanto ao conhecimento em relação à saúde da família do indivíduo idoso fragilizado para as suas ações fisioterapêuticas; a sua visão da participação da família no processo de tratamento fisioterapêutico do membro familiar idoso fragilizado atendido em domicílio e quais as ações desenvolvidas na sua *práxis* profissional no atendimento fisioterapêutico domiciliar aos clientes-família.

Para a realização das entrevistas foi utilizado gravador digital GPX, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados. A entrevista era ouvida e arquivada em computador no formato Som wave, no *Software Windows Media Player* e transcrita no *Software Word*, num exercício de concentração e pré-análise. Triviños (2009) destaca a necessidade de ser a entrevista gravada e imediatamente

transcrita pelo pesquisador, antes de realizar outra entrevista com o mesmo participante ou outros, para, numa pré-análise, ir compreendendo o fenômeno. Assim, neste processo, foram se constituindo saberes que subsidiavam a compreensão e a saturação dos dados.

Outro instrumento utilizado foi o **Inquérito documental** realizado nos ementários e planos de curso das componentes curriculares dos cursos de graduação em Fisioterapia das IES selecionadas seguindo um roteiro (APÊNDICE E), nos quais se buscou averiguar a presença de conteúdos que abordassem a temática do cuidado à família da pessoa idosa fragilizada. Os achados foram copiados e compilados em pasta-arquivo pela pesquisadora e adquiridos diretamente no colegiado do Curso de Fisioterapia das IES, cenário do estudo, com autorização dos mesmos.

Buscando alcançar maior entendimento da temática estudada, utilizamos ainda como instrumento a **Pesquisa Documental** que foi empregada desde a elaboração do projeto do estudo e se reverteu num dos pilares de sustentação que constitui o estudo do referencial teórico.

A pesquisa documental, de acordo com Oliveira (1997) e Apolinário (2009), é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes, pois, a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias.

A partir desta afirmação, procuramos analisar documentos como LDB; a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia; a Legislação que regulamenta a profissão do Fisioterapeuta (Leis e Decretos, Código de Ética do Fisioterapeuta, Resoluções, Pareceres do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior) para obter mais informações sobre as diretrizes legalmente estabelecidas para formação e a práxis do profissional Fisioterapeuta junto à família. Este processo demandou de minha parte uma análise mais cuidadosa, visto que, não encontrei na literatura trabalhos que tivessem analisado anteriormente esses documentos sob a ótica proposta por este estudo.

Para realizar o registro das observações e inferências sobre o campo, optamos por utilizar o **Diário de Campo**, sendo que após cada entrevista ou blocos de entrevistas me colocava em local recluso para escrever as minhas percepções sobre

aquele momento, utilizando o recurso da memória recente, concordando com Crepaldi e Moré (2002), que afirmam que o registro cursivo em diário de campo objetiva o armazenamento detalhado do que foi observado de acordo com a sequência temporal, buscando apreender os pressupostos implícitos nos mesmos.

Triviños (2009) também sugere que, na observação, o pesquisador deve ter habilidade para destacar as características específicas dos fenômenos sociais, permitindo individualizar e agrupar fenômenos em uma dada realidade. Através desse tipo de registro, é possível descrever comportamentos, interações, dinâmicas relacionais e particularidades específicas do cotidiano no campo de pesquisa, inclusive com percepções subjetivas do próprio pesquisador (CREPALDI; MORÉ, 2002). Assim, durante o processo de coleta dos dados tive a oportunidade de ir fazendo as anotações no diário de campo tudo de tudo o que observei no ambiente e nos diálogos, acompanhados de todas as expressões verbais e não verbais que ocorreram, o mais objetivamente possível.

Portanto, ao término da coleta de dados, observamos que os instrumentos utilizados no estudo complementaram-se, mostrando-se adequados e suficientes para alcançar os objetivos propostos e desvelar o problema. A utilização de múltiplos instrumentos e abordagens permitiu o meu posicionamento como um pesquisador *bricoleur* produzindo um objeto novo a partir de pedaços e fragmentos de outros objetos.

4.6 Procedimentos de coleta dos dados

O processo de coleta dos dados iniciou-se a partir da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no mês de fevereiro de 2011.

Primeiramente foi realizado o contato por telefone e/ou mensagem eletrônica via rede mundial de computadores com os Coordenadores dos Cursos das IES selecionadas. Neste momento, eu me apresentava enquanto pesquisadora e expunha o objetivo e a temática do estudo. Quando do aceite por estes meios, agendava visita de acordo com sua disponibilidade, momento em que o projeto era apresentado em sua totalidade e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido entregue, sendo lido e assinado conforme sua anuência. Em seguida, dava-se início

à realização da entrevista semi-estruturada, em local reservado e escolhido pelo Coordenador do Curso, sendo gravada em meio digital GPX, para posterior escuta e transcrição das informações.

O segundo momento da visita nas IES era direcionado ao trabalho junto ao Colegiado do Curso, consistindo da busca das ementas e planos de curso das disciplinas da matriz curricular vigente, os quais compunham um item do estudo - o inquérito documental. Tratou-se de um momento crítico do estudo, pois nem todas as Instituições foram abertas a disponibilizar tais documentos para xerografia, por questões administrativas internas, o que exigiu do *ser* pesquisadora gerenciar o tempo para as outras demandas de investigação nas cidades das IES, uma vez que se fazia necessário debruçar, por horas, na leitura de todos os ementários e planos de curso à busca do que se perseguia ao tema estudado, o que ampliou sua estadia nas cidades e elevou os custos da pesquisa.

Concomitante ao momento do inquérito documental, outro se fazia acontecer: refere-se ao contato com os graduandos (segundo sujeito do estudo) sobre o objetivo do estudo e agendamento de encontros para a realização das entrevistas, mediante TCLE. As entrevistas foram gravadas seguindo os princípios já empreendidos para os Coordenadores. Realizadas em local reservado de escolha dos sujeitos do estudo - a Clínica Escola de Fisioterapia das IES durante os intervalos dos atendimentos aos pacientes, com consentimento dos professores responsáveis. Estas variavam de 30 a 55 minutos por entrevistado.

Somando-se ao trabalho de campo, foi sendo realizada a coleta dos dados com os profissionais Fisioterapeutas, de acordo com a sua disponibilidade. Etapa que se iniciou imediatamente ao término das entrevistas com os graduandos.

Primeiramente, foi realizado um levantamento dos endereços e dos contatos de profissionais fisioterapeutas e/ou Serviços de Saúde, que realizavam atendimento fisioterapêutico domiciliar, nas cidades de inserção das IES selecionadas. De posse destas informações, foram contatados, por telefone, cada profissional, inicialmente visando a identificar se era egresso de uma das IES que faziam parte da pesquisa, em sendo, era convidado a compor a amostra do estudo.

Assim, aos egressos foi agendada uma visita para apresentar o projeto e o TCLE. Da sua aceitação, era iniciada a entrevista semi-estruturada, gravada com aprovação do profissional, conforme ocorrido com os demais sujeitos da pesquisa.

Aconteciam de forma individualizada e privativa, nas Clínicas e Consultórios dos profissionais.

Cabe destacar que um estudo com esta abordagem deve levar em consideração as dificuldades de localização de sujeitos, do empreendimento de tempo para contatos telefônicos e de recursos de custeio. Nesse estudo, contatar os profissionais fisioterapeutas, tendo em vista o critério de inserção no estudo – ser egresso de uma das IES estudadas - foi uma atividade laboriosa, minuciosa, revestida de preocupação e expectativa.

Outro fator que conferiu tensão ao estudo deveu-se ao meu deslocamento para os locais onde as entrevistas foram realizadas com estes profissionais, pois, atendiam em regiões distintas ao município de inserção da IES do egresso, necessitando me deslocar rapidamente para chegar a tempo no local e horário disponibilizado para a entrevista.

4.7 Procedimentos de análise e interpretação dos dados

O processo de análise dos dados tem como objetivo a compreensão das informações coletadas, buscando confirmar ou não as informações da pesquisa e assim, conhecer mais sobre a temática pesquisada, pois, segundo Erickson (1986), o conjunto do material compilado não é em si mesmo um conjunto de dados, mas sim, uma fonte de dados, um material documental, a partir do qual, os dados serão construídos através dos meios formais que a análise proporciona.

Nesse estudo, escolhemos como sustentação para a análise e interpretação dos dados, a Análise de Conteúdo, seguindo o modelo proposto por Miles e Huberman (1984), que relatam que a análise quantitativa é linear, enquanto que a qualitativa é cíclica, ou interativa, já que implica um vaivém entre os diversos componentes.

Os autores definem a análise de dados como consistindo de três passos, ou componentes de atividades simultâneas: 1) **redução dos dados**; 2) **apresentação e organização**; e 3) **interpretação/verificação das conclusões**.

Miles e Huberman (1984, p. 23) caracterizam a **redução dos dados** como um processo de “seleção, de contração, de simplificação, de abstração e de transformação do material compilado”. É uma operação contínua “que vai do

momento em que é determinado um campo de observação até a fase em que se decide aplicar um sistema de codificação e proceder a resumos” (MILES; HUBERMAN, 1984, p.23).

Em consonância com Miles e Huberman (1984), Van der Maren (1996), postula ser este um primeiro momento de interpretação numa investigação. Para ele, a interpretação intervém, em primeiro lugar, antes do tratamento dos dados por ocasião da sua coleta, quando se torna necessário sistematizar as respostas dos participantes da pesquisa, resumindo e organizando os dados para que se tornem compreensíveis.

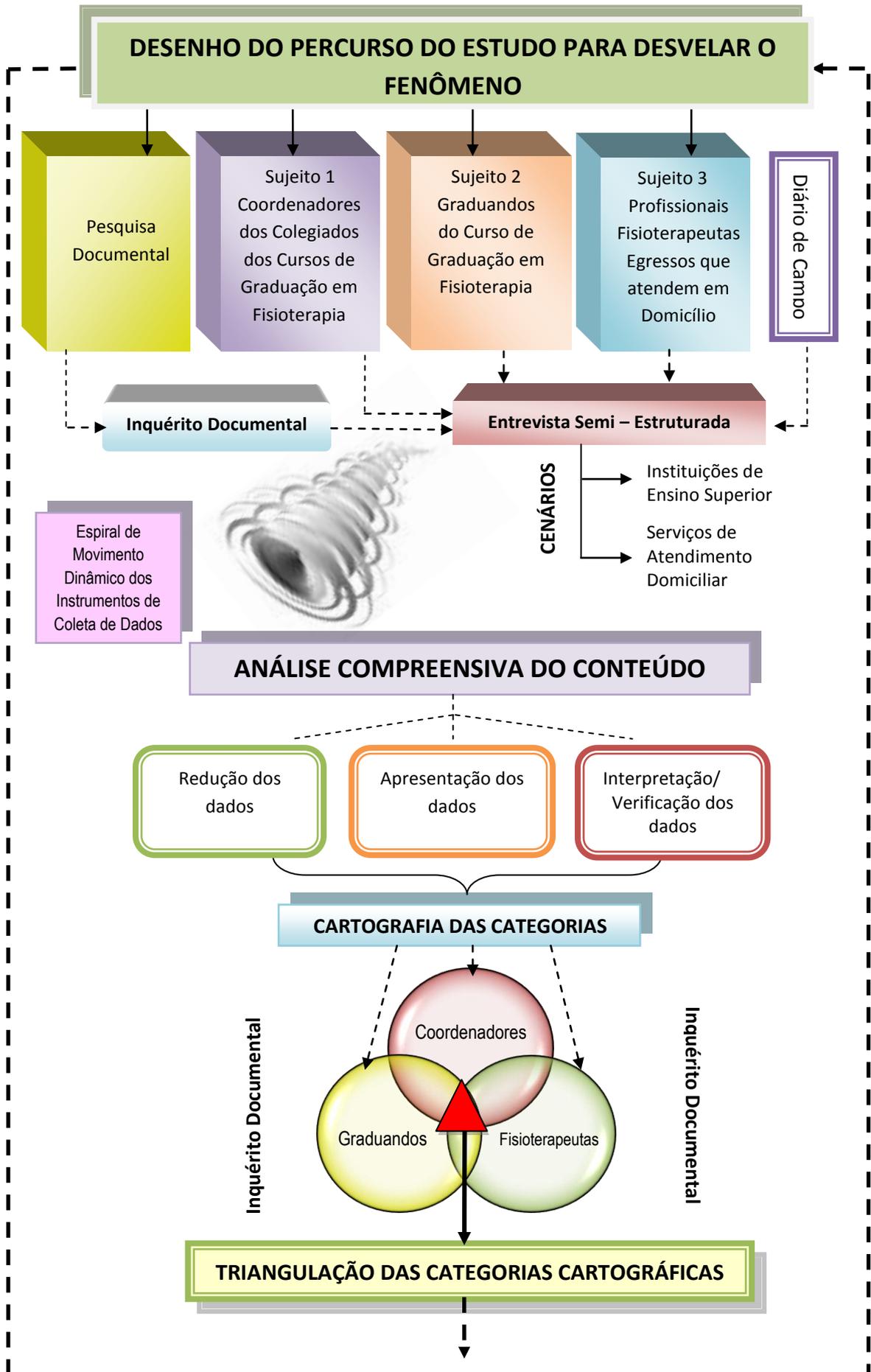
A redução dos dados pode ser realizada em três fases distintas da investigação: 1) antes da coleta de dados - *redução antecipada*; 2) durante a coleta de dados – *redução concomitante* e 3) após a coleta de dados – *redução a posteriori*, esta diretamente ligada aos procedimentos utilizados para tratar, apresentar e interpretar/verificar os dados (LESSARD-HÉRBERT;GOYETTE; BOUTIN, 2005).

A redução antecipada ocorreu nesse estudo antes do início da coleta de dados, com a formulação do problema e no delineamento do projeto de investigação, por meio do qual buscamos, através do estado da arte, maior aprofundamento e conhecimentos suficientes para garantir que o fenômeno a ser analisado fosse passível de observação e se apresentasse como um assunto de relevância, contributivo para a Ciência como orienta Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (2005). Nessa fase deu-se o direcionamento da fundamentação teórica-metodológica, e também foram delineadas as técnicas de recolha de dados, os sujeitos a comporem o estudo, cenários, período de observação e abordagem de análise.

As duas fases seguintes foram se enovelando à primeira até alcançarmos as considerações finais do estudo.

Nesse direcionamento e assentadas nesses saberes, conduzimos nossos passos para desvelar o objetivo do estudo, sabedoras de que, a humildade seria a luz a clarear os nossos caminhos; a perseverança a driblar as diversidades e a esperança o fundamento maior para o alcance da meta, e ancoramo-nos no porto das incertezas, ou seja, no mundo da ciência de muitas verdades e pouca ou nenhuma certeza, mas atentas à ética e à moral na construção de saber científico.

Diante disso, passamos a dar continuidade ao nosso caminhar a partir da figura, intitulada: “Desenho do percurso do estudo para desvelar o fenômeno”, que constitui o Fluxograma da trajetória da fase de análise e interpretação do estudo, e neste, ir descrevendo os passos percorridos, na Figura 1 que se segue:



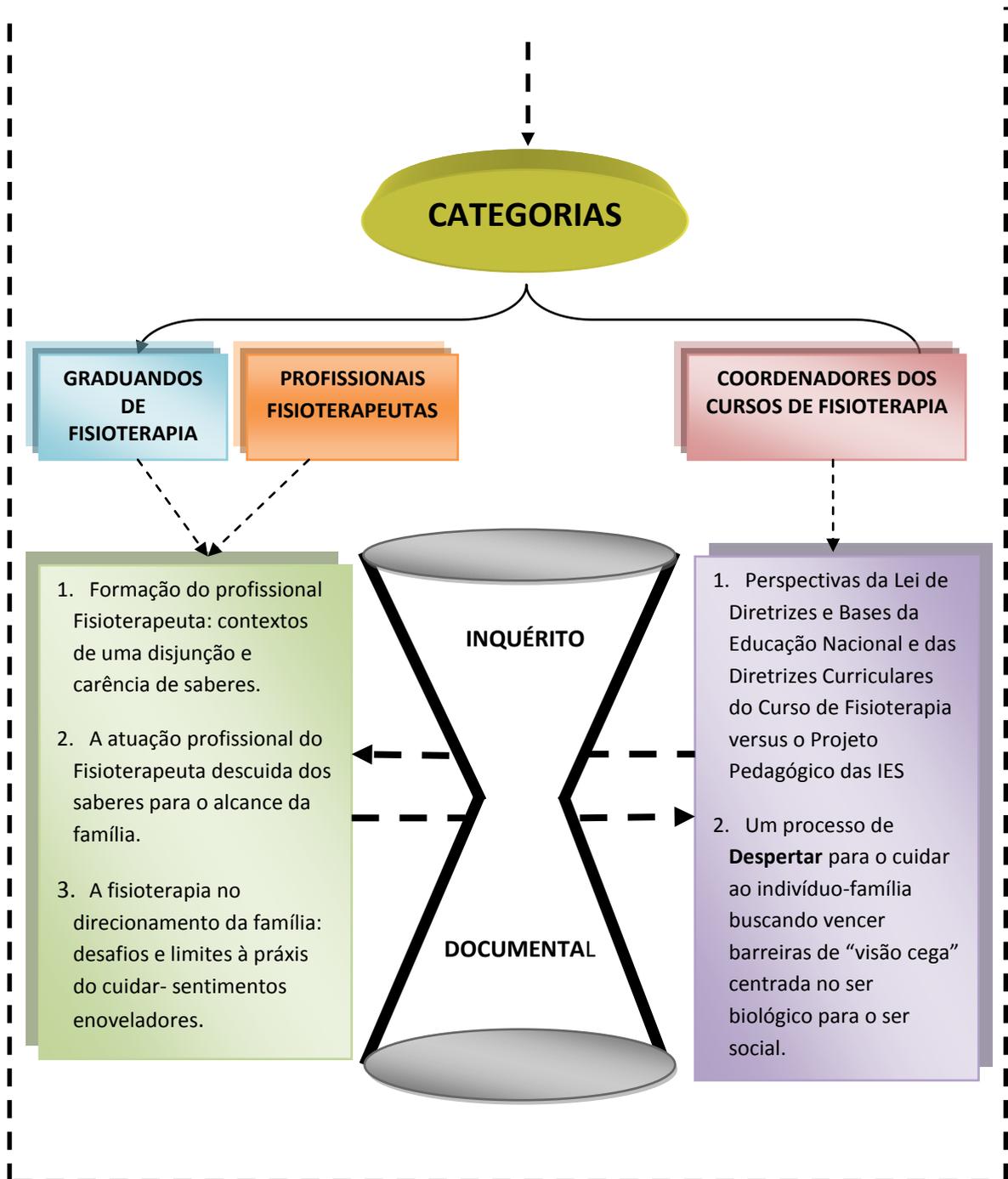


Figura 1: Desenho do percurso metodológico do estudo
 Fonte: Material da pesquisa

A fase de redução concomitante permite, a partir dos dados já obtidos, a formação de estratégias para obter dados novos. Assim, a pesquisa documental consistiu no desvelamento das LDB, das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia, do Código de Ética de Fisioterapia e das Resoluções do COFFITO, as quais vieram a constituir um item temático do referencial teórico do estudo, subsidiador da fase de inquérito documental, realizado nas IES do Estado da

Bahia. Este seguiu alicerçando a entrevista semi-estruturada aos sujeitos I, sujeitos II e sujeitos III.

As entrevistas foram ouvidas atenta e criteriosamente, sendo subsidiado esse processo pelas anotações contidas no diário de campo, este conduzindo a transcrição das falas gravadas, utilizando o Programa *Microsoft Office Word 2007*, respeitando a forma original falada de cada participante na íntegra, não fazendo correções linguísticas e/ou gramaticais, não omitindo as reações.

Esse processo de escuta, transcrição e escuta seguiu os ensinamentos de Miles e Huberman (1984) e possibilitou ir realizando o processo de pré-análise concomitante à coleta de dados. E assim, foi-se compreendendo o problema, identificando informações que não foram totalmente esclarecidas *a priori*, mas à medida que as entrevistas foram se desenvolvendo, iam-se ajustando uma a uma, as quais eram enriquecidas pela comunicação não-verbal, ou seja, não captada pelo gravador, mas antes, pela observação atenta, durante as entrevistas e no imediato registro após seu término no diário de campo, num exercício do uso da memória recente, das minhas impressões pessoais, das conversas informais, das observações de comportamentos contraditórias das falas, e outros saberes enunciadas por Minayo (2008). Contribuindo assim, para a análise.

Esse processo se deu como uma espiral em movimento dinâmico dos instrumentos de coleta de dados, o qual se avultava momento a momento, e neste processo, ia se dando a redução *a posteriori* e a saturação dos dados, conduzindo ao fechamento da amostra dos sujeitos pesquisados e alcançando a fase da interpretação/verificação dos dados.

A fase de **interpretação e verificação** dos dados se deu num processo *a priori* intitulado de *cartografia das categorias*¹. Tratou-se de ancorar o pensar na técnica de elaboração de mapas, cartografia, no que envolve sua produção e entendimento, mas também seu enovelamento com a cognição espacial humana diante de suas representações quanto à superfície física e do mundo em que vivemos. Nesse pensar seguiu-se um raciocínio em que as categorias que emergiram

¹ Cartografia: palavra que emerge neste estudo das ideias da ciência que estuda os mapas. Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Cartografia>.

É a arte ou ciência de compor cartas geográficas ou mapas (FERREIRA, 2010).

Sua junção a palavra categoria, originária do grego *Κατηγοριαί*, *kategoría* (acusação, atributo), pelo latim *categoría*. Acrescenta o sufixo ação originando a palavra categorização, em linguística, categorização é o processo pelo qual ideias e objetos são reconhecidos, diferenciados e classificados. Compreensão seguida neste estudo.

dos graduandos, Coordenadores de Curso e Fisioterapeutas, comporiam no seu todo a cartografia do estudo. Seguiu-se um processo de formação, construção, reconstrução que buscou a interseção, a partir da análise compreensiva e da força de atração do que emergiu das falas dos sujeitos, constituindo, nesse momento, o que chamamos de triangulação das categorias cartográficas. Dessa triangulação, fizeram emergir as categorias e suas subcategorias gerais (Quadros 2 e 3).

Tudo em um processo de afinamento entre as categorias, o inquérito documental, o estado da arte, a sensibilidade das pesquisadoras e o respeito ético moral da pesquisa, confluindo para a verificação dos dados

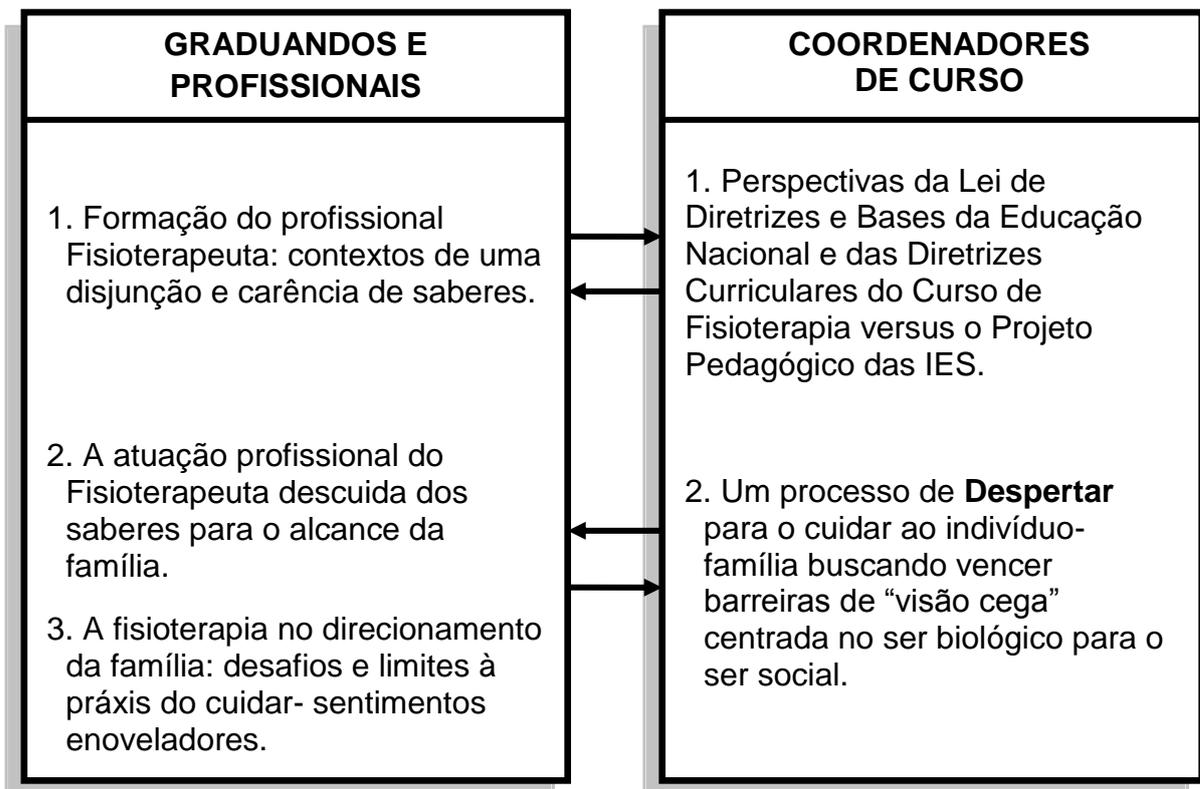
QUADRO 2: Delineamento das categorias e subcategorias que emergiram da triangulação das categorias cartográficas: graduandos e profissionais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 Formação do profissional fisioterapeuta: contexto de uma carência de saberes	1.1 Fragmentação do saber para o alcance da família por disciplinas: <ul style="list-style-type: none"> • A visão disciplinar da formação do Fisioterapeuta centrada no cuidado individual. • A formação disciplinar do fisioterapeuta do cuidado individual se abrindo para o cuidador familiar.
	1.2 A formação disciplinar focada no atendimento ambulatorial, clínico e hospitalar.
	1.3 Aproximação dos saberes para o alcance da família provenientes de ações de pesquisa e extensão universitária e “vida profissional”.
2 A atuação profissional do fisioterapeuta descuida dos saberes para o alcance da família	2.1 A família uma unidade a ser percebida pelo profissional Fisioterapeuta.
	2.2 A família vista como empecilho para os cuidados fisioterapêuticos.
	2.3 A família quando perspectivada reverte-se num aliado para o cuidado domiciliar não como sujeito do cuidado fisioterapêutico.
3 A fisioterapia no direcionamento da família: desafios e limites à práxis do cuidar- sentimentos enovelados	3.1 Estratégias de aproximação da família para o cuidado fisioterapêutico. 3.2 O eu <i>self</i> e o nós: percepções dos graduandos e profissionais de fisioterapia para sua inserção no ambiente familiar: medo, insegurança, perspectivas 3.3 O processo da formação e práxis do fisioterapeuta – indicativos dos graduandos e profissionais para contemplar o cuidado à família.

QUADRO 3: Delineamento das categorias e subcategorias que emergiram da triangulação das categorias cartográficas: Coordenadores de curso

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Perspectivas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia versus o Projeto Pedagógico das IES.	1. Fundamentação pedagógica para formação do profissional Fisioterapeuta
2. Um processo de Despertar para o cuidar ao indivíduo-família buscando vencer barreiras de “visão cega” centrada no ser biológico para o ser social.	2.1 A construção curricular no direcionamento da família. 2.2. Percepções dos coordenadores quanto ao cuidado à família da pessoa idosa fragilizada.

QUADRO 4: Transversalização das categorias



Assim, a interpretação, *a priori* redutora se amplia, sendo criadora no tratamento e análise dos dados, buscando transpor as simplificações e encontrar sentido do “objeto” em estudo, compreensão que seguiu o pensar de Van Der Maren (1996), de modo que passamos a discorrer sobre seus sentidos.

CAPÍTULO V



Fonte: <http://comunidade.jangadeiroonline.com.br/tag/grupo-de-idosos/>
<http://www.canstockphoto.com.br/conceitual-s%C3%ADmbolo-lar-feito-por-m%C3%A3os-3843269.html>
www.crefito.org.br
Adaptado pela autora

*"Ninguém ignora tudo.
Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa,
por isso, aprendemos sempre".*

(Paulo Freire)

5 O DESVELADO EM MEIO AO VELADO: A ANÁLISE COMPREENSIVA PROXIMAL DOS DADOS

Desvelar em meio ao velado surge da nossa compreensão e humildade diante da ciência, do desafio da abrangência do que se deixa ver, mas do admitir o que velado está nas nuances humanas, no processo existencial de complexidade.

Assim se dá nossa compreensão no processo enovelado de compreender o que os sujeitos do estudo nos permitiram ver-enxergando, e no que o mundo da ciência nos permitiu alcançar através da nossa limitação humana diante do todo, buscando desvelar ínfimas partes desse universo que configura o mundo do conhecimento.

Esta fase da pesquisa revelou-se um desafio, uma vez que as falas dos sujeitos são carregadas de subjetivismo. Cada entrevistado traz em si uma história, uma vivência própria, e nós, pesquisadoras, precisávamos desenvolver nossa percepção observacional do outro, conscientes de que nossa presença também nos faz ser sujeitos de observação. No entanto, carecemos levar em consideração as influências mútuas, embora tenhamos sido talhadas para nos deixarmos envolver. Mas, seguir cuidadosamente respeitando os limites e as exigências contidos nos resultados, sem neles projetarmos desejos, nem destruir aquilo que nos incomoda, não introduzindo nem impondo algo que nos favorecesse em detrimento da evidência dos dados ou da opinião dos informantes, como afirma Van Der Maren (1996).

Desenvolvemos um olhar atencioso sobre os alicerces em que nos assentamos até chegar a esta fase do estudo - ao referencial teórico, ao estado da arte – cruzando-os com o metodológico, de modo a compreender o que fora perseguido no campo da formação do profissional fisioterapeuta para o alcance da família da pessoa idosa fragilizada.

Seguimos assim, o direcionamento de Miles e Huberman (1984) com a visão novo-paradigmática sistêmica de Bertalanffy (1968), para chegarmos mais próximos à compreensão dos resultados.

5.1 CATEGORIA I: Formação do profissional fisioterapeuta: contextos de uma disjunção e carência de saberes

Olhar para o título dado a esta categoria remete-nos e convida o leitor a vislumbrar o que das falas dos sujeitos guiou contextos de uma disjunção e carência de saberes. Certamente podemos nos acalmar, pois, as falas em si se mostraram como em eco, ao ressoar os anseios da formação do fisioterapeuta.

A palavra disjunção significa separação, desunião, divisão (FERREIRA, 2010). À luz da nossa compreensão, uma forma de aniquilar saberes na medida em que se sustenta no separar ao invés de unir para se compreender. Ainda porque na disjunção dos saberes se cria um território em que suas fronteiras são muros altos, rígidos e intransponíveis àqueles em cuja acomodação disciplinar se fortalece na sua área de conforto de saberes. Em detrimento à interdisciplinaridade em que as fronteiras entre as diversas áreas do conhecimento são porosas, flexíveis e a construção de conhecimento é dinâmica, aceita limites e possibilidades e caminha pela via da complexidade.

Ainda pensando na interdisciplinaridade, Pombo (2004) discorre sobre a metáfora da ciência proposta por Descartes, comparando a ciência à imagem de uma árvore, onde os frutos que são as diversas leis e teorias encontram-se em terminações cada vez menores e mais finas dos ramos das ciências. As ciências se mantêm fiéis a um tronco fundamental, em uma estrutura hierárquica, na qual há ciências mais próximas e outras mais afastadas. Por isso falam em disciplinas-mães, fundamentais, subdisciplinas e especialidades. Entretanto, essa metáfora da árvore sofreu, nos séculos XVIII e XIX, uma rotação decisiva, transformando-se em *chaveta*, árvore ainda agora, com as raízes amputadas, cujo tronco e ramos se elevam horizontalmente, perdendo o sentido metafísico e ganhando funcionalidade classificativa.

Nos dias atuais, faz-se necessário reconfigurar a ideia de ciência, partindo da metáfora de *rede*, com conexões múltiplas, heterogêneas e descentradas. Assim, deixar de ter o tronco como centro, como ponto fixo, aceitando viver de forma imponderável, sem referências estáveis, levados por uma estrutura constantemente reformulável, aceitando relações não hierárquicas, múltiplas e irregulares. Essa nova forma de olhar a ciência pode dificultar a interdisciplinaridade, pois, na árvore, o sentido era dado pelo tronco e pelas raízes, e o fragmento tinha no todo o seu

significado. Por outro lado, na rede temos que procurar o sentido no fragmento, ou seja, na junção parte-todo, uma concepção sistemínica.

Vivemos na contemporaneidade uma fase em que as barreiras estão sendo anuladas e as fronteiras estão sendo misturadas, uma vivência não muito confortável para muitos de nós, conflitante, desafiadora e necessária, uma vez que passamos a perceber a ciência com olhar transversal, abrindo-se para ver coisas ocultas a um observador anteriormente rigidamente disciplinar para um enxergar-pensar-agir interdisciplinar.

Nesse enlace, admitir a complexidade é refutar a visão simples e míope dos saberes, e, de acordo com Morin (2002), a educação, que visa a transmitir conhecimentos, é cega em relação ao conhecimento humano. Ao invés de promover o conhecimento para a compreensão da totalidade, fragmenta-o, impedindo que o todo e as partes se comuniquem numa visão de conjunto. Nós seguimos em um mundo formado pelo ensino disciplinar; porém, isto não significa que seja necessário conhecer somente uma parte da realidade, mas é preciso ter uma visão capaz de situar o todo. Para o autor, é necessário promover o conhecimento capaz de aprender problemas globais e fundamentais para neles inserir os conhecimentos parciais e locais. A supremacia do conhecimento fragmentado em disciplinas impede de operar o vínculo entre as partes e a totalidade.

Assim, o conhecimento pertinente é capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto. É necessário desenvolver a aptidão natural do espírito humano para situar todas essas informações em um contexto e um conjunto. É preciso ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo.

Deste modo, o ensino por disciplinas, fragmentado e dividido, impede a capacidade natural que o espírito tem de contextualizar, e é essa capacidade que deve ser estimulada e desenvolvida, de ligar as partes ao todo e o todo às partes. Pascal, já no século XVI, dizia que não se pode conhecer as partes sem conhecer o todo, nem conhecer o todo sem conhecer as partes. Assim, fragmentar o saber em partes é admitir que a visão do todo foi anulada.

Na contemporaneidade, dia a dia, somos chamados a perceber partes e todo. Se já no século XVI tal pensar inquietava Pascal, quiçá na pós-modernidade em que vivemos com nossas mentes complexificadoras, discutindo, refletindo e agindo a interdisciplinaridade como exercício diário em meio a pensares disciplinares. Aqui

reforça ainda mais o ser divisão de todo e partes, pois, em relação conflitual se mostra sujeito interdisciplinar.

Assim, essa categoria consiste da concepção dos graduandos e profissionais Fisioterapeutas quanto à sua formação acadêmica na abordagem do cuidado ao paciente idoso fragilizado e sua família no contexto domiciliário em que se mostram inquietados pela carência de saberes de uma formação disciplinar.

Os discursos dos sujeitos do estudo mostram que o alvo da práxis fisioterápica está no *ser* doente, não vislumbrando o contexto relacional humano ao seu processo saúde-doença. Por ora enuncia em suas discussões alguns saberes para além do ser doente, incluindo neste temas que enlaçam a família ainda que timidamente; no entanto, percebemos haver aqui “poros” se mostrando entre as fronteiras disciplinares, embora que ainda seja voltada para a pessoa do cuidador familiar, não contemplando o sistema familiar como um todo.

Entretanto, nos discursos dos Coordenadores dos Cursos de Fisioterapia das IES selecionadas, é enunciado que a base do Projeto Pedagógico do Curso tem na LDB e nas Diretrizes Curriculares, concepção formadora generalista, ou seja, uma filosofia na qual o pensar visa a alcançar a visão do todo e das partes.

Por outro lado, na triangulação das falas, a formação disciplinar se mostra em ênfase e encontra respaldo nesse estudo no inquérito documental. Os graduandos e profissionais Fisioterapeutas ecoam sua formação direcionada para o atendimento ambulatorial, clínico, hospitalar, pouco observando o contexto domiciliar-familiar na sua *práxis*. A experiência para além desses cenários obteve, através da participação em projetos de pesquisa-extensão desenvolvidos pelas IES, numa oportunidade advinda da nova visão universitária com a LDB (BRASIL, 1996) que traz no Art. 52º que as universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano.

No entanto, egressos do curso com dez e mais anos de formação enunciaram que a aproximação dos saberes na esfera sócio-familiar foi obtida quando da inserção profissional no mercado de trabalho.

No contexto dessa categoria emergiram três subcategorias: “**Fragmentação do saber para o alcance da família por disciplinas**”; “**A formação disciplinar focada no atendimento ambulatorial, clínico e hospitalar**”; “**Aproximação dos**

saberes para o alcance da família provenientes de ações de pesquisa e extensão universitária” e “vida profissional”.

5.1.1 Subcategoria - Fragmentação do saber para o alcance da família por disciplinas

Ao analisarmos o contexto histórico da formação do Fisioterapeuta no Brasil veremos que a Fisioterapia surgiu no país a partir de 1929 com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo motivado pelo grande número de sequelados da poliomielite, bem como pelo crescente aumento dos acidentes de trabalho (PEREIRA; ALMEIDA, 2006).

Apresentando-se como uma profissão nova no Brasil, a fisioterapia, assim como outros cursos da área de saúde, adotou, para suas práticas, o modelo positivista newtoniano/cartesiano Flexneriano (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999), que propunha um currículo para a formação médica orientado pelas ciências básicas, centralizado no ensino em práticas fragmentadas e hospitalares, com uma formação voltada para cada profissão, área ou especialidade e uma proposta curricular fechada (ROCHA, 2002).

Destarte, o modelo hegemônico de formação na saúde trouxe consigo algumas características que, segundo Mendes (1998), ainda hoje, fazem parte do processo de formação dos profissionais de saúde, como o *biologismo*, que pressupõem o reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências, privilegiando o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas e com sólida formação em ciências básicas; o *mecanicismo* que faz a analogia do corpo com uma máquina; o *individualismo* com a concentração nos aspectos da atenção individual, excluindo da vida os aspectos sociais; a *especialização* com a fragmentação do processo de produzir, a troca da globalidade do sujeito pela fragmentação e o aprofundamento do conhecimento específico em especialidades médicas; e a *tecnificação* prestigiando o diagnóstico e a terapêutica com aprendizagem prática em ambiente hospitalar.

Inicialmente, nos primeiros cursos de formação em fisioterapia, a proposta curricular atendia a um projeto pedagógico voltado para a assistência basicamente curativa, em que as ações eram voltadas especificamente para as pessoas doentes

e inválidas (REBELATO; BOTOMÉ, 1999; ROCHA *et al.*, 2010), prevalecendo esse modelo até os dias atuais.

Essa visão fragmentada do conhecimento em disciplinas, sem a intersecção de saberes torna a formação do profissional fisioterapeuta alheia ao contexto real em que se apresenta. De acordo com Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2005), poucos são os estudantes que conseguem unir ou integrar os conteúdos, ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas uma das outras, fragmentando e isolando o conhecimento. As disciplinas curriculares trabalham de forma isolada, não vislumbrando a união ou a integração dos conteúdos ou a interdisciplinaridade construindo um conhecimento, no qual a realidade cotidiana não é incorporada, produzindo saberes aparentemente descontextualizados (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2005).

A formação em Fisioterapia prepara esses profissionais para recuperar, reabilitar indivíduos por meio de procedimentos técnicos específicos, com o processo de ensino fragmentado, reproduzindo informações de uma realidade social estranha. Autores como Meyer, Costa, Gico, (2006); Silva, Da Ros (2007) mencionam uma inadequação na formação em fisioterapia por haver uma descontextualização dos princípios do SUS e dos novos modelos de atenção à saúde, predominando, na maioria das instituições, o modelo tecnicista, voltado para a cura de doenças e para a reabilitação de sequelas.

Os discursos dos graduandos e profissionais revelaram que ainda hoje, esse modelo perpetua no processo ensino-aprendizado dos cursos de graduação em Fisioterapia das IES selecionadas, como se observa nas falas:

A política de saúde é para a família, mas na prática tanto na formação quanto na atuação do profissional de saúde o que se vê é só o paciente, a doença, tudo em caixinhas separadas, em especializações, cada profissional fazendo a sua parte, não tem uma integração em prol da saúde e da família. (G6D)

Durante a faculdade os assuntos eram mais direcionados para a patologia, para aquela área específica, em cada disciplina. Como tratar daquela doença que o indivíduo apresentava. O que os professores mais cobravam era esse lado de você saber como ocorre a doença, os sintomas e então desenvolver as condutas fisioterapêuticas. (P2B)

O profissional de saúde tem que ter uma formação mais generalista. Eu fui formado em uma época, e ainda percebo que os cursos, não só de fisioterapia, mas da área de saúde como um todo, até hoje, estão muito voltados para a especialização, para a divisão, a fragmentação. Tem especialização em todas as áreas e mais especializações das especializações. Cada dia se fragmenta mais o conhecimento. Na

fisioterapia também está acontecendo isso, eu faço o curso e me especializo em ortopedia e só atendo, e só vejo a parte ortopédica, a neurológica, a respiratória, a social, o que está em volta do paciente não me interessa e a gente sabe que tudo pode influenciar inclusive a família no quadro do paciente, na causa daqueles sintomas. (P4B)

Nessas falas, percebe-se o sentimento de descontentamento na formação e no exercício profissional para o alcance do cuidado fisioterapêutico na multidimensionalidade do ser. A fala de **G6D** encontra respaldo na maioria dos graduandos entrevistados.

A unanimidade da questão fez-nos refletir sobre os aspectos enoveladores que permeiam o ser profissional em formação para sua inserção no universo de trabalho, em que, demograficamente, as demandas à sua área de atuação se mostram dia a dia para o contexto domiciliário, uma vez que ocorreu um crescimento na proporção de famílias com a presença de idosos, o que era esperado em face do envelhecimento populacional.

Assim, esse processo avulta as demandas de cuidados profissionais para essa parcela da população e sua família. Ademais os indicadores epidemiológicos têm apontado as doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, Acidente Vascular Encefálico, Diabetes Mellitus tipo 2, e outras, impactantes no processo do viver humano no sistema familiar com pessoas idosas.

Disso, depreende-se o preparo profissional para inserção nesse espaço, especialmente de saberes que enlacem a dinâmica relacional familiar para os cuidados profissionais, e assim, faz emergir inquietudes no alunado no seu processo de formação. Tal encontrou respaldo nas falas dos profissionais ao enunciarem a especialização pela especialização e a pouca ou nenhuma inserção para o saber complexificador, gerando, portanto, a inquietude pessoal na busca por um agir-cuidar profissional proximal ao indivíduo para além da fisioterapia pela técnica.

Contrapondo o observado pelos acadêmicos e profissionais na prática assistencial, os Coordenadores dos Cursos entrevistados enunciaram que a fundamentação pedagógica para a formação do profissional Fisioterapeuta tem como base a LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. E que nessas, está alicerçado o processo ensino-aprendizado da IES. Destacam:

[...] Diretrizes essas, instituídas pra todos os cursos da área de saúde do Brasil, a nível nacional, na qual se privilegia a formação de um profissional que possa atender o indivíduo ou a demanda vislumbrando ele de forma integral, que possa atuar dentro do sistema de saúde vigente do país e que saiba trabalhar em equipe. (CA)

O projeto pedagógico da gente se baseia em tentar uma formação, em tentar não, em dar uma formação para o acadêmico, o futuro profissional, generalista. A gente quer que ele seja um profissional generalista, crítico, apto a atender as necessidades do entorno, da população. (CB)

Nas falas observamos que os Coordenadores têm assimilado a LDB de 1996, também as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002). A pergunta que surge é: Se há entendimento, por que os acadêmicos e profissionais expressam a inquietação de uma construção de saber disjunto? A resposta a esta questão ao que se nos apercebe está num desejo interdisciplinar, embora em convivência cotidiana com uma metodologia formadora Decarteniana em detrimento às leis supracitadas. Ou seja, há uma falta de sincronia entre o discurso dos Coordenadores e o discurso dos graduandos e profissionais egressos, pois os graduandos e profissionais revelaram que sua formação se baseava no cuidado ao indivíduo, centrado na doença, restringindo-se ao ambiente clínico-hospitalar, negligenciando a prática domiciliar e sem uma interdisciplinaridade. De acordo com os relatos dos profissionais, estes saem das IES sem conhecer a realidade do contexto estrutural-relacional familiar e durante o atendimento domiciliar encontram dificuldades em lidar com a complexidade do sistema familiar e suas nuances. Enquanto que os Coordenadores informam conduzir os cursos na abordagem crítica e reflexiva, de modo que o profissional tenha capacidade para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

Sobre esse entendimento, é importante atentar para a palavra pluridisciplinar difundida na LDB, pois podemos encontrar aqui um contra-senso interpretativo, uma vez que *pluri* significa muito, e assim, muitas disciplinas e não, interdisciplinaridade. Em outras palavras, pluridisciplinaridade quer enunciar qualquer tipo de associação mínima entre duas ou mais disciplinas. Sobre isso, salienta Pombo (2004) ao citar Dellatre explicando que a pluridisciplinaridade seria a simples associação de disciplinas que concorrem para uma realização comum, mas sem que cada disciplina tenha que modificar sensivelmente a sua própria visão de coisas e os seus métodos próprios.

Destarte, cremos estar aqui o conflito compreensivo sobre o que enunciam os Coordenadores ancorando-se na LDB e no proferido pelos graduandos e profissionais Fisioterapeutas. Acrescentamos, pois, que interdisciplinaridade não é justaposição de disciplinas, compreensão que se ancora em Gusdorf ao ser enunciado por Pombo (2004, p.36) quando este diz que “o prefixo ‘inter’ não indica apenas uma pluralidade, uma justaposição, evoca um espaço comum, um espaço de coesão entre saberes diferentes”.

A despeito disso, tem-se o que emergiu das falas dos graduandos, profissionais e Coordenadores sobre as disciplinas de formação que trazem algum saber sobre a abordagem relacional-familiar como estratégia do cuidar, sem, no entanto, indicar que tais disciplinas se comuniquem como se observa:

***Comunitária** a gente tem acesso ao domicílio, a essa família, mas, em nenhum momento foi passado pra mim a importância de você tá lidando com a saúde do familiar. (G9A)*

*A gente quando vai para o estágio o professor, o supervisor fala para orientar, conversar algumas coisas sobre o paciente, buscar saber algumas coisas sobre o dia a dia do paciente em casa para a gente a orientar e também ajudar no tratamento. Específico, focado na saúde das pessoas da família não. Na disciplina **fisioterapia e sociedade** a gente vai na comunidade, mas o foco é mais o paciente, a gente atende na casa dele, mas atende o indivíduo doente, vê o ambiente. (G4C)*

*Eu tive contato logo no primeiro, segundo semestre com **psicologia** onde acabou apresentando alguns seminários sobre o paciente, não sobre o idoso assim em particular, mais o paciente, as interferências na família, como lidar com a família. (G7B)*

*A gente teve uma matéria, uma disciplina de **Assistência Humanitária** onde a gente viu um pouco a questão social do paciente e da sua família, mas não do atendimento à família do paciente, mas o atendimento do paciente no domicílio observando as questões humanas, de carência, de falta de recursos econômicos e sociais desse paciente e da família e de como a gente pode estar ajudando nesse aspecto de falta de recursos, como a gente pode estar adaptando as coisas, o lugar onde o paciente vive. Quanto à saúde da família a gente orienta algumas coisas como procurar a assistência no posto de saúde ou no hospital, se tiver alguma pessoa doente, alguém da família. (G4D)*

Durante a minha graduação tivemos alguns momentos em que se falava da família, como em geriatria, neurologia, pediatria, de como a família é importante para a evolução do tratamento, da importância dela estar perto, mas em relação ao cuidado à família do paciente que atendemos não foi um assunto debatido. (P1B)

[...] que eu me lembre era discutido a família apenas algumas vezes, nas matérias de idoso, criança onde se falava que a família deve ser informada da doença e do tratamento, principalmente em casos onde o paciente tem uma doença mais incapacitante como neurologia a pediatria, que requer maiores cuidados.(P2D)

Não existe componente curricular específico embora o tema seja abordado em todos os momentos que se discute a atenção/intervenção em saúde. Nos componentes curriculares de Saúde da Criança (5º semestre) e Saúde do idoso (7º semestre) existe a exigência natural de se abordar com maior ênfase esta temática. Nos estágios faz parte do treinamento a abordagem e orientação aos familiares e visita aos lares dos pacientes da Clínica Escola com a finalidade de se traçar um diagnóstico de saúde familiar e orientações in loco. (CC)

Ficaram evidenciados nos discursos dos graduandos, profissionais fisioterapeutas e Coordenadores que, durante a graduação algumas disciplinas tratam da temática família, mas cada uma traz a sua abordagem específica, em seu território, sem romper as barreiras disciplinares impossibilitando a transversalidade do conhecimento, formando assim, de acordo com Schimidt (2002), Freitas, Miranda e Nery (2006), um profissional que na sua prática vai realizar ações isoladas, individualizadas e descontextualizadas, distantes da compreensão integral do sujeito. Por outro lado, foi possível perceber ainda que timidamente uma tentativa de aproximar fronteiras, estas relacionadas aos saberes das áreas Ciências Humanas e Sociais.

Assim, a ideia da existência de várias disciplinas com saberes distintos e várias perspectivas, nada tem a ver com interdisciplinaridade, se não ocorrer a integração real entre as disciplinas que leva a uma influência mútua, caracterizada pela reciprocidade nas trocas e o enriquecimento de cada uma delas no final do processo, um permanente diálogo entre a unidade e a multiplicidade, entre as partes e o todo (PAVIANI, 2003).

Entretanto, mesmo verificando a presença de algumas disciplinas que abordam um pouco sobre família, foi constatado, através do Inquérito Documental, que apenas uma disciplina apresentava, em seu Plano de Curso, pontos que versavam sobre a comunicação interpessoal entre fisioterapeuta, paciente, família e equipe, e o estudo de formas de abordagens e manejos da família do paciente, revelando um distanciamento que pode ser compreendido como uma falha no compromisso formal, documental na explanação do conhecimento sobre o sistema familiar.

A esse respeito, a análise do discurso dos Coordenadores revelou que alguns professores, conhecedores e estudiosos de família, já incorporaram essa temática em suas disciplinas, mas, não a trazem registrada na ementa ou no plano de curso, demonstrando a necessidade de se rever esses documentos e incluir,

definitivamente, esse assunto na formação do profissional Fisioterapeuta, diante da realidade que se mostra nos dias atuais com o envelhecimento populacional e as mudanças na configuração familiar e nos novos papéis adquiridos.

Nós temos aqui muitos professores que são mestres em família, [...] que sempre trazem essa abordagem. Eu dou pediatria e abordo família sempre, não tem como atender, é como idoso, idoso e criança não tem como atender sem a família. O professor de geriatria com certeza ele aborda porque ele faz mestrado também. (CB)

A gente fala, mas, na sala de aula, durante as discussões, mas no plano de curso não vem como ponto específico. O professor vai abordar de acordo com o assunto que ele está ministrando, aí ele fala da família, de como orientar a família, de explicar o que deve ser feito. (CB)

Na verdade existem disciplinas que poderiam abordar essa temática, mas, na prática não fazem isso. Saúde do idoso, fisioterapia em atenção à saúde da criança, fisioterapia comunitária. Também, se a gente tivesse um estágio voltado pra saúde coletiva, infelizmente, nosso estágio está voltado somente para assistência. (CA)

Cada disciplina tem o seu papel, seus objetivos, e os professores podem até abordar a temática da saúde da família. Isso não é claramente exposto no plano de curso. Mas existem disciplinas que abordam o tema família e aí o professor pode direcionar para esse lado do cuidado integral, que vai para o paciente e a família. (CD)

Essas falas enunciadas pelos Coordenadores reforçam fronteiras disciplinares, pois a temática família está no desejo do docente e em seu saber, mas não consta do Plano de Cursos. Exceção se faz à IES B, em que a unanimidade da fala do Coordenador enlaça a família por tratar-se de um compromisso social formador, estando este ancorado no perfil dos docentes oriundos de uma formação Pós-gradual com enfoque na família. Cumpre citar que se trata de uma IES com Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*, nível mestrado e doutorado com conceito seis na CAPES, ano 2010, cuja área de concentração é Família e, muitos dos docentes do Curso de Fisioterapia são egressos do referido Programa.

A compreensão que enlaça nossa análise sobre o parágrafo precedente refere-se à importância de se pensar família como sistema de cuidados para seus entes parentais, e assim, perspectivá-la como unidade de saber a ser desvelada. O enunciado da fala do Coordenador da IES B reforça essa compreensão e a necessidade de inclusão dessa área de saber para a formação profissional do fisioterapeuta, mas não só, tendo em vista o contexto do envelhecimento humano na pirâmide populacional brasileira como aspecto desafiador às Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão.

Por outro lado, na dimensão macro das falas dos graduandos e dos profissionais, a abordagem à família se limita à pessoa do cuidador familiar, sendo este visto, não como foco de atenção e cuidado, mas como fonte de informações sobre a doença do ser idoso, auxiliar nas práticas cuidativas em nível domiciliar, aquele que recebe orientações do profissional, repetindo-as durante sua ausência no domicílio, conforme exposto nos depoimentos abaixo:

Esse tema de cuidado à família é pouco visto nas disciplinas. Quando a gente chega nas disciplinas aplicadas fala-se um pouco durante as aulas teóricas das orientações que a gente deve dar aos cuidadores familiares dos pacientes, mas do cuidado específico à saúde da família, não. (P4A)

[...] a gente acabava orientando só o cuidador familiar de como cuidar desse paciente, mas, nada assim de atendimento à família, era mais ligado ao paciente e, algumas coisas para o cuidador seguir em relação ao cuidado do paciente. (G7B)

Meu contato com a família se dá através do cuidador, que geralmente é um parente do paciente. Ele é que está em casa no momento do atendimento, ele que às vezes acompanha o que estou fazendo e acaba me ajudando, me auxiliando em algumas coisas e aí a gente vai orientando o que ele pode ou deve fazer com o paciente que vai influenciar no tratamento. (P3B)

Dávamos algumas instruções para o cuidador do paciente, para ele manter o que tínhamos ganhado no tratamento. Não atentávamos para a saúde dele ou da família como um todo. Na formação acadêmica olhávamos apenas o paciente e o cuidador, às vezes. (P2A)

Diante desses depoimentos, ficou evidenciado que o Fisioterapeuta está sendo formado com uma visão restrita no que diz respeito ao indivíduo doente e ao familiar que presta o cuidado, distanciando-se do entendimento macro de família como um sistema composto por vários elementos em interação, no qual, segundo Cerveny e Berthoud (2002), não se consegue conhecer um componente separadamente sem conhecer o todo. As propriedades da família, enquanto sistema social e humano leva-nos a concordar com Wright e Leahey (2009), no sentido de que os indivíduos serão melhores compreendidos no seu contexto familiar, não sendo as partes redutíveis ao todo nem o todo redutível às partes.

Assim, impõe-se como um desafio à formação do Fisioterapeuta sua inquietude para ampliação do olhar ao sistema familiar, compreensão, que segundo Lopes (2007), revela ser indispensável ao profissional de saúde – conhecer a família e tê-la como sistema de estudo e trabalho.

Nesse contexto, a partir das falas dos graduandos, dos profissionais egressos das IES e do inquérito documental, constatamos que os conteúdos desenvolvidos

durante a formação destes não estão contemplando o conhecimento das necessidades que a família possui no cotidiano vivencial domiciliar com um membro idoso fragilizado. E, de acordo com a LDB (BRASIL, 1996), é essencial a abordagem de conteúdos relacionados ao processo saúde-doença que envolva o cidadão, sua família e a comunidade. Estes devem integrar a realidade epidemiológica e profissional, de modo a proporcionar a integralidade das ações cuidativas à saúde.

Assim, os conteúdos deveriam contemplar as Ciências Sociais e Humanas integrando os aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, norteados por princípios éticos. Sobre isso, vale destacar o estudo de Salmoria e Camargo (2008) que identificou, nos acadêmicos em fisioterapia, pouco interesse pelas disciplinas das áreas sociais e humanas como, Sociologia, Antropologia, Fisioterapia Preventiva e atuação comunitária em detrimento às disciplinas de caráter exclusivamente técnico. Tal estudo apontou ainda, um fazer disciplinar isolado em detrimento a interdisciplinaridade dos saberes na formação, potencializando um pensar fragmentador que irá refletir-se no contexto profissional.

Outro problema que agrava a formação dos Fisioterapeutas está na sua formação exclusivamente voltada para o nível terciário, na visão míope de reabilitação, aquela em cuja atuação vê-se exclusivamente a doença, a lesão ou a disfunção já instalada (BISPO JUNIOR, 2009). Rocha *et al.*, (2010) relatam que o perfil do profissional atual deve ser diferente daqueles de 10, 20 ou 30 anos atrás que tinham como foco a doença e centrado nos conteúdos técnico-profissionais, pouco abrangendo o desenvolvimento de responsabilidades sociais e sanitárias.

Esse pensar também é reforçado por Witt (2005), quando afirma que a atuação profissional de saúde ainda é fortemente centrada na clínica e o enfoque biológico permanece hegemônico, em detrimento das dimensões social e da subjetividade, contribuindo para que as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos fiquem em segundo plano. Por outro lado, nossa compreensão sobre prevenção transversaliza todos os níveis de saúde, em que se inclui o terciário, pois, reabilitar também é prevenir o agravamento de danos instalados. Esse aspecto foi abordado nas falas dos alunos da IES D e encontra aderência nas falas dos graduandos das demais IES.

Nosso currículo ainda é muito voltado pra doença e para o papel do fisioterapeuta apenas como reabilitador das sequelas dessa doença e não deve ser só esse o nosso papel, a gente pode ir mais além, na prevenção, na educação conseguindo assim melhores resultados. (G1D)

A nossa formação, aqui, como em outras faculdades, em outros cursos de fisioterapia e de saúde a formação ainda é muito voltada para o tratamento do indivíduo doente, para a doença, no ambiente da clínica, do hospital. Eu acho que as grades curriculares, os currículos em geral não abordam a saúde da família, mas a saúde do doente, a falta de saúde do doente, a doença. (G6D)

Isto vem reforçar o currículo tradicional de foco disciplinar específico com pouca ou nenhuma flexibilização entre fronteiras de saberes necessários há uma formação profissional de inserção comunitária. Pinheiro (2006) salienta que o conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deve haver uma relação mais estreita entre os conteúdos que são trabalhados nos currículos e as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas.

A construção de temas e propostas pedagógicas deve, portanto, ter como base os problemas cotidianos verificados por docentes, estudantes e profissionais de saúde, em contato com as necessidades da população e do sistema de saúde. Aspectos ‘capturados’ na LDB (1996).

Destarte, vale retroceder no tempo a um tema que é atual na contemporaneidade. Referimo-nos a Freire (1983), quando este enunciou que as experiências de ensino na área da saúde devem procurar trabalhar em sintonia com o que nos cerca, propondo uma leitura crítica do mundo, convidando-nos a aproximarmos-nos da realidade e retirar dela elementos que sirvam para a vida e para um mundo melhor.

De fato, a Fisioterapia é uma profissão que necessita extrapolar o paradigma de divisão do todo em partes, da concepção reabilitadora míope que condiciona a mera reprodução de conhecimentos já postos e técnicas pré-determinadas para uma postura crítica-reflexiva da realidade diante das diversidades do mundo (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Trata-se de uma compreensão que se amplia e que fez emergir, nesse estudo, a subcategoria que se segue.

5.1.2 Subcategoria - A formação disciplinar focada no atendimento ambulatorial, clínico e hospitalar

Como se vem desenvolvendo, a formação acadêmica dos profissionais de saúde se caracteriza pela ênfase à prática curativa desenvolvida prioritariamente em ambientes ambulatorial, clínico e hospitalar. O curso de Fisioterapia não é exceção. As condições de surgimento e de evolução da profissão, que ocorreram sempre em função da necessidade de promover a reabilitação, influenciaram sobremaneira à formação acadêmica em direção a uma atuação muito voltada para o tratamento de sequelas, realizadas em serviços de atenção secundária e terciária, se atentando apenas para questões individuais de saúde, mais direcionado às doenças e suas implicações. A *práxis* do fisioterapeuta ainda se concentra em centros de reabilitação e hospitais, excluindo um leque de problemas de saúde comuns à população, como a questão do atendimento domiciliar e a vivência com ambiente familiar (RIBEIRO, 2005).

O Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1978), trata em seus artigos 1º, 7º e 21º, que estes podem desenvolver ações no âmbito da promoção e prevenção da saúde, participando de programas de assistência à comunidade. No entanto, a sua atuação tem sido mais centrada no processo reabilitador com um papel de pouco destaque na atenção primária em saúde (BISPO JUNIOR, 2009; SILVA, DA ROS, 2007; MEYER, COSTA, GICO, 2006; REBELATO, BOTOMÉ, 1999).

Em relação aos depoimentos dos graduandos e dos profissionais, observou-se uma equiparação quando relataram a falta de um conhecimento mais amplo sobre uma *práxis* ao contexto familiar, estando esta relacionada ao fato de as aulas práticas e dos estágios supervisionados serem realizados em ambiente clínico, hospitalar e institucional-asilar, sendo que, nestes locais, o contato com a família se restringe a um membro acompanhante do idoso ou o familiar não é encontrado, revelando limitação no processo ensino-aprendizagem relacionado ao campo de oferta de desenvolvimento do aprendiz.

Os graduandos e profissionais Fisioterapeutas descreveram que foram raros os momentos que experimentaram o atendimento domiciliar e vivenciaram a realidade cotidiana do idoso em seu contexto relacional vivencial familiar, uma vez

que as disciplinas curriculares que apresentam abordagem de cuidado na comunidade, tiveram uma carga horária insuficiente, ou a *práxis* estava mais voltada para o ambiente clínico-hospitalar em detrimento ao domiciliar, ou porque os locais de prática não favoreciam o contato com os membros familiares da pessoa idosa. A exemplo, a inquietude percebida nas falas dos sujeitos do estudo:

A gente não teve tanta prática, tanta vivência nesse assunto até porque as disciplinas que levam a gente pra atender em domicílio tem uma carga horária pequena, praticamente a gente não vê esse atendimento, esse tipo de abordagem na faculdade. (G5B)

Na faculdade apenas umas poucas vezes a gente foi para casa do paciente ou atender no domicílio. O atendimento, as práticas são voltadas para o atendimento ambulatorial, clínico e hospitalar. Então só depois que eu formar e se for fazer esse tipo de atendimento é que vou saber com certeza [...]. (G4C)

O aluno fica mais, tem mais experiência no atendimento ambulatorial e hospitalar porque os estágios são nesses locais e ai não aprende como se comportar em um lugar como a residência do paciente. (G4B)

O fisioterapeuta ainda é formado para o atendimento individual, nas clínicas com horário marcado, no hospital, na UTI, aonde ele chega ali e faz a sessão de tantos minutos. Esse atendimento mais voltado pra família acho que segue o modelo da Saúde Coletiva, da saúde da família onde o fisioterapeuta ainda não tem tanto espaço. (G5D)

No hospital, na clínica e no hospital a gente atendeu muito durante os estágios. Mas, no domicílio foi raro. Isso pesa quando a gente vai para o campo profissional, ai a gente vê que não tem a mínima experiência nesse tipo de atendimento. (P1B)

Pinheiro, Ceccim e Matos (2006) explicam que, para as profissões da área de saúde, o *lócus* predominante dos estágios tem sido os hospitais, sede de atenção especializada e dos métodos semiológicos e terapêuticos centrados em procedimentos de alta tecnicidade. Nesse caso, o profissional pode acarretar uma visão distorcida das redes de serviços, gerando uma apreensão desfocada da ampla realidade de saúde da população. Para a autora, os locais para as práticas e estágios devem ser espaços de intersecção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde.

Neste sentido, Apple (2006) acrescenta que os locais de aprendizagem são espaços para conhecer na ação concreta, no mundo real, lugares esses de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam, criticamente, formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; são espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de

compromisso social, em suas diversas dimensões. Assim, é fundamental discutir e aprofundar um novo conceito de sala de aula, que não se limite ao espaço físico da dimensão tradicional, mas compreenda todos os espaços, dentro e fora da universidade onde ocorre todo o processo histórico-social com suas múltiplas determinações.

Ao contrário das práticas fechadas em clínicas e hospitais, mundo este “recortado” da realidade, do viver cotidiano, Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) descrevem que os espaços de aprendizagem devem se apresentar como espaços abertos, produzindo profissionais inseridos na sociedade, aprendendo sobre pessoas, cultura, serviços, redes, estratégias e políticas, podendo assim, se apropriar da realidade e exercitar seu potencial criativo de articulação entre saberes e práticas, aliando o pensar-fazer-sentir.

Tal compreensão vai ao direcionamento da existência de fronteiras porosas entre as disciplinas e o processo formador complexificador. Assim, *multiversas* possibilidades de leitura de contextos que, no mundo acadêmico, alicerçam-se no tripé ensino-pesquisa-extensão. Estes eixos quando são associados durante a graduação possibilitam a relação entre teoria e prática e a democratização do saber acadêmico, de modo a promover uma consciência profissional, eticamente fundamentada e, empiricamente, atualizada (DIAS, 2009).

5.1.3 Subcategoria - Aproximação dos saberes para o alcance da família proveniente de ações de pesquisa e extensão universitária e “vida profissional”

Seguindo o raciocínio da diversificação dos cenários de aprendizagem para alcançar um conhecimento integral do ser humano discutido na subcategoria anterior, lançamos o nosso olhar para Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), os quais relatam que esses espaços devem favorecer a intersecção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica. Neste sentido, Freire (1983) diz que, é através da prática de pensar a prática, que se tem a melhor forma de se chegar à teoria, e que, quanto mais alguém, por meio da ação e da reflexão, se aproxima da “razão” da realidade, alcançará o seu desvelamento.

A formação centrada na deposição de conhecimento, sem a reflexão e a aproximação do contexto histórico, social e econômico, não será suficiente para formar o Fisioterapeuta capaz de adentrar o ambiente domiciliar e assistir o indivíduo de forma integral. Nessa perspectiva, Silva *et al.*, (2010) acreditam que uma real articulação entre ensino, pesquisa e extensão no meio acadêmico pode proporcionar uma aquisição de saber mais reflexivo voltado para a vida, apontando para a formação contextualizada aos problemas e demandas da sociedade contemporânea, de maneira a formar não um profissional técnico, mas um ser político, com uma visão inter e transdisciplinar de fazer Ciência.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) no Art. 207 refere haver uma indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e neste sentido, Dias (2009) afirma que, para o desenvolvimento de competências profissionais, a pesquisa e a extensão são imprescindíveis, e, ao interagir com o ensino, universidade e sociedade, vão promover a conscientização crítica, a democratização do saber acadêmico e o retorno desse saber à universidade e à sociedade. Esses três saberes trabalhando em sintonia, irão relacionar a teoria e a prática, não restringindo a formação do profissional aos aspectos técnicos, formais, mas contemplarão os aspectos socioeconômicos, culturais, educacionais, políticos entre outros aos indivíduos assistidos pelas ações de saúde.

Essa temática tem-se manifestado presente nas agendas de discussão de alguns Fóruns de Pró-Reitores das áreas acadêmicas, numa tentativa de promover a conexão entre as instâncias acadêmicas, em prol de uma formação integral dos estudantes, caracterizando-se como um processo multifacetado de relações e de correlações que busca a unidade da teoria e da prática.

O Plano Nacional de Extensão, documento definido a partir do Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades (BRASIL, 2001), também aponta a concepção de extensão como prática acadêmica que interliga a universidade, nas suas atividades de ensino e de pesquisa, com as demandas da maioria da população, possibilitando a formação do profissional cidadão e credenciando a IES, junto à sociedade, como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes.

Seguindo esse pensar, Araujo *et al.*, (1998) e Grego (2002) relatam que, para a IES cumprir com a sua função social, precisa sair de seus muros e buscar a inserção na sociedade de forma mais ampla, analisando, discutindo e equacionando

os diferentes problemas existentes, promovendo assim, a contextualização da realidade, aprendendo ao mesmo tempo em que ensina, e isso será possível através da junção ensino-pesquisa-extensão.

Nesse aspecto, foi observado nas falas dos graduandos da IES A, que estes tiveram acesso ao conhecimento sobre o cuidado à família da pessoa idosa através de sua participação em projetos de pesquisa e extensão existentes na referida instituição, nestes desenvolveram ações de cuidado fisioterapêutico ao indivíduo idoso e à sua família no contexto domiciliar. Já os graduandos das demais IES informaram ausência de projetos de inserção social-comunitária de aproximação ao cuidado à família.

A experiência de participação no universo acadêmico pesquisa-extensão possibilitou a ampliação de conhecimentos no direcionamento da família enquanto contexto de cuidados profissionais, de modo que o tema, pouco explorado nas disciplinas curricular, fora mais vivenciado na aproximação teoria-prática.

[...] como eu pesquiso esta questão de família, de cuidado ao idoso em um projeto de pesquisa, então, eu tive um contato maior com o tema família e me sinto mais preparado, mas, pelo que eu consegui por fora da graduação, em atividades extracurriculares. (G1A)

[...] eu tenho oportunidade de participar de um projeto de pesquisa na área de idosos co-residentes que atende diretamente no domicílio e a gente percebe a diferença e a importância do conceito desse ambiente, de observar o ambiente, a composição da família, o cuidado que a família tem e como isso afeta a qualidade de vida dele. [...] se não fosse por conta do projeto que participo não haveria essa carga horária suficiente para me dar esse suporte. (G2A)

Eu participei do projeto que a gente ia ao domicílio, que era de intervenção aonde a gente ia aos lares. A gente ia fazer as visitas domiciliares e atender esses pacientes. Foi aí que tive uma vivência diferente dessa questão da família, da importância da família para o tratamento. (G6A)

Os depoimentos desses graduandos nos fazem refletir na desejada e propalada indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, com a interdisciplinaridade, circundando o processo ensino-aprendizado de sujeitos críticos reflexivos para o contexto de suas ações de cuidados.

Essa concepção vai ao encontro de Araújo *et al.*, (1998), quando discorre que a indissociabilidade só será alcançada mediante uma ação intencional da universidade, que seja capaz de superar o paradigma de ensino reprodutivo, fruto do modelo positivista, avançando para novas formas de produção do conhecimento, fundamentadas no modelo humanista-dialógica, cuja construção envolve, de forma

integrada, os eixos do tripé universitário ensino-pesquisa-extensão. Sobre isso, podemos perceber que apenas em uma das quatro IES investigadas, os discentes enunciaram a transversalidade deste tripé.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002) traz, no Art. 9º, que o Curso deve ter um projeto pedagógico que busque a formação integral e adequada do estudante, através de uma articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência. A conexão entre estes eixos visa a garantir um ensino crítico, reflexivo e criativo, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa e a socialização do conhecimento produzido, possibilitando a realização de atividades teóricas e práticas desde o início do curso, permeando toda a formação, de maneira integrada e interdisciplinar (DIAS, 2009)

Reforçando essa necessidade, Ribeiro (2009), sinalizou que projetos de pesquisa-extensão, especialmente no acompanhamento às famílias, são relevantes para os estudantes de fisioterapia, pois são habituados, durante o curso de formação, a desenvolverem atividades de natureza exclusivamente reabilitadora. O autor chama a atenção para a aproximação com a realidade social das classes populares e a convivência com o cotidiano desses sujeitos, de modo que os estudantes adquiriram maior compreensão sobre o processo saúde-doença do ser humano com quem estabelecem relação terapêutica. Assim, terá possibilidade de ir construindo sua visão na multidimensionalidade do ser, transcendendo seu olhar para além da sequela a ser reabilitada que compromete a saúde do idoso e sua família.

Grego (2002) expõe que uma IES que queira despontar como referência no ensino com qualidade tem que ser criativa e atuante em seu meio social, debatendo e contestando através de seu corpo docente e discente, não só os problemas diretamente ligados à educação, mas também, aos problemas sócio-econômicos e isso se faz, primordialmente, através das atividades de extensão e pesquisa.

Assim, para compreender as atividades de extensão e de pesquisa como expedientes vitais aos processos de ensino e de aprendizagem na graduação, será necessária uma proposta de formação fortemente articulada a vivência do real e imersa na própria realidade, fundada em uma relação dialética entre teoria e prática.

Nesse aspecto, urgem mudanças curriculares e estruturais que possibilitem, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, a análise crítica da realidade desde

o início da formação acadêmica, proporcionando uma formação cidadã que permita construir o ser profissional de forma global e não apenas em ações isolacionistas (DIAS, 2009), ampliando a atuação da universidade e dos cursos para seus sistemas locais de saúde, olhando para as transformações que ocorrem no cotidiano.

As novas demandas da sociedade, como o envelhecimento da população com o aumento da expectativa de vida, associadas ao aumento das doenças crônico-degenerativas e a maior participação da família no cuidado ao familiar idoso fragilizado, exigem a formação de um profissional que articule a competência científica e técnica com a inserção política e a postura ética. Assim, Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) discorrem que o ensino com extensão e pesquisa é essencial ao processo formativo, pois aponta para a formação contextualizada às questões da sociedade contemporânea, e que, quanto mais integradas estiverem as ações de ensino, pesquisa e de extensão, mais integralmente se estará formando o profissional.

Quando a proposta de formação do Fisioterapeuta não traz essa contextualização da realidade, seja através do ensino, pesquisa e extensão, o profissional será formado com uma carência de saberes, o que, nesse estudo, foca o conhecimento sobre a pessoa idosa, o sistema familiar e o domicílio. Adentrar este espaço relacional humano exige um referencial que direcione seu saber-fazer, como mencionado por Decesaro e Ferraz (2009) e Hoffmann *et al.*, (2005).

Esta constatação ficou evidenciada nos discursos dos Fisioterapeutas neste estudo, ao relatarem que, só após a conclusão da graduação, já na prática profissional, é que tiveram a oportunidade de se aproximarem do cuidado ampliado ao contexto familiar, pois, durante a graduação, sua experiência nesse contexto, foi exígua. Como enunciam:

[...] na prática os profissionais não estão sendo formados para cuidar da família. Como eu também não fui quando passei pela graduação. Tive que ir em busca de muita coisa que foi surgindo durante a minha vida profissional porque tive essa carência na faculdade. Só com as experiências profissionais, depois de formado, é que fui aprendendo a lidar com a família, com essa relação que deve ter o profissional e a família do paciente. (P3B)

[...] quando eu fiz a faculdade não era muito abordada a saúde coletiva, era muito tímida a abordagem até porque o Fisioterapeuta não estava na equipe de saúde da família. Então a gente convivia pouco com a família do paciente por isso não tive oportunidade de vivenciar muitas coisas a nível familiar ou domiciliar. Só com o fim do curso, com a formatura, depois de

não encontrar emprego em hospital nem em clínica é que ingressei no atendimento domiciliar. Então me juntei com mais dois colegas que estavam na mesma situação e resolvemos partir para esse tipo de atendimento. E aí é que nós fomos entendendo o que era o atendimento domiciliar, na prática do nosso dia a dia, nos atendimentos, porque antes, na faculdade a experiência foi muito pouca. É muito diferente quando a gente vivencia, experimenta ali, na nossa frente, várias vezes, com várias famílias diferentes. (P1C)

Depois que me formei fui trabalhar em uma clínica, fazia atendimento clínico e nesta época pouco me interessava pela família do paciente. Às vezes o familiar trazia o paciente e ficava na recepção. Então, não me interessava em saber sobre a relação familiar, o ambiente familiar. Depois de alguns anos quando comecei a trabalhar com atendimento domiciliar é que tive que me relacionar, conversar, ter contato com os familiares dos pacientes. Aí, com as dificuldades que ia aparecendo nos atendimentos, os problemas da família, como problemas de dinheiro, falta de quem prestar o cuidado, violência com as pessoas mais idosas, que tem maior dependência, eu fui vendo a importância que a família tem, como ela influencia na saúde da pessoa doente e no nosso trabalho também. (P2D)

Os Fisioterapeutas expressaram suas limitações ao enfrentarem a realidade contextual familiar para inserirem-se no atendimento domiciliar. Depararam-se com barreiras do seu próprio eu, outros com a expectativa do trabalho em hospitais e clínicas e verem portas fechadas, ou seja, limitação do mercado de trabalho, e ainda aqueles em que família era “algo” fora do seu universo de atuação. Mostra-se aqui o conflito abrindo possibilidades de inserção profissional no contexto domiciliário à família da pessoa idosa.

A existência do conflito, a nosso modo de ver, tem relação com o modelo Flexneriano adotado nos cursos de Graduação em Fisioterapia, que, mesmo sustentado pela LDB (BRASIL, 1996) e Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia (Brasil, 2002), tem formado de forma deformada, ou seja, profissionais pouco capacitados para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que venham a suprir as demandas reais da sociedade (SANTOS; PEREIRA, 2005).

Considerar tais demandas é tecer o olhar sobre a transição demográfica de um país jovem em envelhecimento galopante, como demonstra a estatística demográfica na pirâmide populacional no contexto brasileiro.

Assim, novas demandas se mostram a despeito do anunciado nos parágrafos precedentes, poucas são as profissões que têm ampliado seu olhar para alcançar o universo de cuidados que se mostra ao sistema idoso-familiar. Acena-se, assim, um panorama a ser perspectivado na formação de pessoas capazes de inserirem-se nesse novo contexto para cuidar do ser envelhecido e seu sistema relacional de convivência cotidiana, o que neste estudo faz ampliar-se na discussão da categoria

subsequente referente a formar pessoas para cuidar de outras pessoas, um processo de despertar para o cuidar do indivíduo-família, buscando vencer a visão reducionista centrada no indivíduo-doença.

5.2 CATEGORIA II - A atuação profissional do fisioterapeuta descuida dos saberes para o alcance da família

A transversalidade que permite transitar por essa subcategoria cruza-se com a percepção dos Coordenadores de Curso de Graduação em Fisioterapia, no que foi enunciado e compreendido por nós, no processo de idas e vindas e desvelamento dos dados de como vencer as barreiras da “visão cega” centrada no ser biológico para o alcance do ser social.

Transversalizar as categorias e ampliar sua compreensão exigiu sensibilidade e conhecimento tácito, este último alicerçado no referencial teórico-metodológico e, assim, fazer cruzar a atuação do fisioterapeuta que descuida dos saberes para o alcance da família emergida dos graduandos e profissionais com sua interseção no processo de despertar para o cuidar do indivíduo-família para além das barreiras da “visão cega” centrada no ser biológico para o ser social enunciada pelos Coordenadores dos Cursos. Desse enovelamento segue sua compreensão oriunda do que foi enunciado pelos graduandos, profissionais e Coordenadores.

Compreender tal enovelamento exige que façamos uma retrospectiva no estado da arte empreendido por este estudo de modo a avançar o tema.

Nesse sentido, considerar o processo de envelhecimento e o aumento da expectativa de vida da população brasileira torna-se uma situação *sine qua non* para considerarmos a elevação de fatores de risco ao processo saúde-doença nessa fase do ciclo vital associado às doenças crônico-degenerativas. Estas, por sua vez, fazendo exacerbar os índices de incapacidade físico-funcional desta parcela da população demandando para seus cuidados suporte familiar, profissional e social. O estado de dependência do membro idoso traz, em primeira instância, elevação da demanda de cuidados instrumentais à família, a qual é responsabilizada a assumir os cuidados da pessoa em estado de fragilidade, sem que, no entanto, sejam fornecidos recursos, informações e condições necessárias para que ela, a família, assumira este cuidado (MARCON *et al.*, 2005).

Trata-se de uma afirmativa enunciada por estudiosos da área da gerontogeriatría, disseminada na comunidade científica, que, embora reconhecida por muitos, ainda enfrenta dificuldade de adesão no que tange ao suporte profissional e social às demandas do sistema familiar, não diferentemente, uma realidade que remete à formação do fisioterapeuta.

Para alcançar o sistema familiar diante das necessidades que se impõem ao cuidar do idoso fragilizado, faz-se necessário considerar a globalidade e inteireza deste sistema subsidiado por um arcabouço teórico-filosófico e humanístico que vise a alcançar a complexidade deste nas *multiversas* facetas, presentes na atualidade, nos diversos tipos de família que se apresentam na contemporaneidade, muito além da visão de família nuclear difundida até meados do século XX.

A atual família brasileira está em fase de transformação no seu modelo de organização, passando a configurar uma multiplicidade de tipos, necessitando um conhecimento mais aprofundado desse sistema familiar em sua totalidade e globalidade por parte dos fisioterapeutas que atuam no ambiente domiciliar-familiar.

Como discutido no item 3.2.3 do referencial teórico, a família deve ser vislumbrada como um sistema que mantém uma interrelação entre seus elementos, uma vez que este processo relacional pode influenciar, de maneira significativa, comportamentos, crenças e sentimentos de cada membro, afetando diretamente no processo saúde-doença. Assim, os fisioterapeutas precisam desenvolver a capacidade de análise crítico-reflexivo-discursiva a respeito das questões relacionadas à dinâmica do relacionamento familiar, a fim de responderem, a contento, as questões da dependência e dos cuidados necessários às pessoas idosas, na sua *práxis* profissional de atendimento domiciliar.

Para isso, é preciso perceber a amplitude em que se mostra a família, conhecendo as interferências intrafamiliares que podem vir a afetar a qualidade de vida e saúde dos membros no seu processo de viver humano, principalmente numa fase do ciclo vital em que o *ser* idoso fragilizado apresenta demanda de cuidados (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Destarte, esta categoria versa sobre a percepção dos graduandos e profissionais sobre a atuação do fisioterapeuta que descuida dos saberes para o alcance da família, uma vez que sua visão de família é de fonte de informações sobre a pessoa idosa fragilizada e não como um sistema de interrelação entre seus membros. Segue um olhar linear, perspectivando a família como empecilho ou

aliada durante sua *práxis* no atendimento fisioterapêutico domiciliar à pessoa idosa, demonstra desta forma, uma carência de saberes sobre a globalidade e complexidade do sistema relacional indivíduo-família.

Tal discurso foi transversalizado com a categoria 2 dos Coordenadores que demonstram o início de um despertar para o cuidado ao indivíduo-família, buscando vencer as barreiras da “visão cega” centrada no ser biológico para o ser social.

Da compreensão desta categoria emergiram três subcategorias: ***“A família uma unidade a ser percebida pelo fisioterapeuta”***; ***“A família vista como empecilho para os cuidados fisioterapêuticos”***; ***“A família quando perspectivada reverte-se num aliado para o cuidado domiciliar não como sujeito do cuidado do fisioterapeuta”***.

5.2.1 Subcategoria - A família como uma unidade a ser percebida pelo Fisioterapeuta

Reportando ao paradigma sistêmico como abordagem à família, Wright e Leahey (2002) apontam que os indivíduos são melhores compreendidos no seu contexto familiar, uma vez que, neste ambiente, ocorrem as relações entre os membros, com o meio e com as circunstâncias que envolvem este meio. Desse modo, qualquer alteração que vier afetar as partes ou o todo poderá promover mudanças no equilíbrio dinâmico da unidade familiar que buscará adaptar-se a esse novo contexto.

Compreensão seguida por Cerveny e Berthoud (2002), ao exporem que o adoecimento de um membro idoso familiar pode afetar as estruturas familiares, implicando em seu reajustamento, flexibilidade e demanda de recursos, fazendo com que os familiares busquem aprender a lidar com as necessidades que sobrevêm com o envelhecimento e a fragilização decorrente da presença de doenças crônico-degenerativas. Nessa perspectiva, os cuidados de fisioterapia ao idoso fragilizado devem ampliar-se para o sistema familiar, já que este se encontra em readaptação diante das exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital familiar e, especialmente, na presença de doença incapacitante em um de seus membros.

Nesse início de século XXI, a família tem sido perspectivada como um potencial para o sistema de saúde, principalmente no cuidado à pessoa idosa fragilizada no ambiente domiciliar (SILVA *et al.*, 2010). Para tanto, as famílias em situação de enfrentamento precisam ser cuidadas e possuir a sua disposição um eficiente suporte social que as estructure e ofereçam condições físicas e emocionais para se manterem saudáveis, cuidando do familiar idoso sob sua dependência. Necessitam também de orientações da equipe de saúde sobre como conduzir a assistência domiciliar ao familiar e se manter saudável.

Como abordado, no item 2.3 do estado da arte, o profissional Fisioterapeuta precisa buscar conhecer a família, tendo esta, como centro das suas ações de cuidado, ampliando o olhar para compreender as relações e interações dos indivíduos que compõem este sistema, garantindo assim, uma atenção integral à pessoa idosa fragilizada e sua família.

Entretanto, graduandos e profissionais enunciaram que o saber sobre a família da pessoa idosa fragilizada ainda é uma temática a ser percebida pelo fisioterapeuta na sua *práxis*, sendo enfatizado que a atenção fisioterapêutica é focalizada no indivíduo e no seu estado de fragilidade, não contemplando a sua inteireza e globalidade. Neste sentido, observa-se nas falas:

[...] alguma coisa ou outra em relação ao ambiente a gente atuava, mas, em chegar pra conversar com a família em relação ao cuidado não, a gente não tinha contato não [...]. Só tudo relacionado com o idoso, cuidados com o idoso, pele, posicionamento, essas coisa assim. A gente não tinha essa visão de se preocupar com o social, interferir nisso, nos problemas da família. (G6A)

A gente vê somente as necessidades, os problemas do indivíduo doente. A família não era o nosso foco. (G5D)

O profissional da saúde ainda tem uma formação muito voltada para o paciente, o indivíduo, qual é a sua doença, sua incapacidade. Nós saímos da faculdade sabendo um pouco de ciências da saúde e pouco da ciência da vida, da relação humana, de se por no lugar do outro. E aí, não temos sensibilidade para perceber o que está em volta como as questões familiares do paciente. (P2C)

Na faculdade nos éramos cobrados mais sobre o conhecimento técnico e esse voltado para o paciente, a pessoa e não o coletivo. A família a gente viu como célula da sociedade, os aspectos mais religiosos. A nossa visão era a de cuidar dos problemas de saúde do indivíduo e não da família. Então, formamos com essa visão limitada de se ver o doente e não a sua família, a sua condição econômica, social. Isso tudo eu percebi que vai influenciar no tratamento, não na faculdade, mas depois que me formei e fui trabalhar em domicílio. (P2D).

Outros discursos dos graduandos e profissionais revelaram que a família é apreciada, muitas vezes, apenas como fonte de informações a respeito da pessoa idosa fragilizada, o que vem demonstrar uma visão limitada dos sujeitos e de seu cuidado no processo saúde-doença, do membro idoso fragilizado, longe do contexto relacional.

A gente vê a família muito pouco e mais assim, pra informar coisas sobre o estado do paciente, os dados durante a avaliação, a anamnese, mas não somos orientados, ensinados a como agir com essa família. (G4C)

[...] Os professores de algumas disciplinas como fisioterapia em neurologia, em gerontologia, fala da família, assim, mais pra gente procurar saber da família informações sobre o paciente porque muitas vezes eles, a patologia pode interferir na fala, no entendimento, e a pessoas, o paciente fica confuso ou não consegue se expressar, então a família é que vai dar as informações pra gente na hora de avaliar e de tratar também. (G4D)

A família é mais procurada por nós para fazermos as perguntas, a anamnese ou quando o paciente não pode falar, se comunicar, está desorientado, aí a gente vai até um familiar e busca as informações necessárias para fazermos a nossa avaliação do quadro e do prognóstico daquele paciente. (P3D)

A LDB (BRASIL, 1996) coloca como uma das finalidades da educação superior a formação de profissionais que buscam entender o homem e o meio onde este vive, e assim, compreendemos, que um deste, é o ambiente familiar.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia (BRASIL, 2002) evidenciam que uma das competências e habilidade específica do fisioterapeuta é o cuidar para além do atendimento individual, incluindo a dimensão familiar e comunitária, ressaltando assim, o exercício da profissão articulada com o contexto social-relacional. Ou seja, seguindo o direcionamento contrário ao enunciado nas falas supracitadas.

No contexto brasileiro, a abordagem à família no direcionamento da LDB (BRASIL, 1996) foi reforçado a partir da criação do PSF em 1994, visando à saúde através da atenção ao indivíduo/família em todas as fases do ciclo vital e nos três níveis de atenção. Em 2008, há a inclusão do fisioterapeuta através do NASF (BRASIL, 2008). Ainda nos dias atuais, porém, a modalidade de cuidado não centra-se na globalidade da família, mas, antes, em programas específicos de atenção como Hiperdia, atenção à saúde da mulher, da criança, e mais recentemente, a saúde do homem, entre outros; sem, no entanto, a família ser o sujeito da atenção. Muito embora, haja tentativas em alguns cenários nacionais, porém, o próprio

sistema de política, planejamento e gestão do SUS, por vezes, faz o caminho contrário ao instituir os programas ministeriais com pouco ou nenhuma intersetorialidade.

Em relação a esta abordagem, alguns discursos dos graduandos demonstraram certo conhecimento sobre a Política de Saúde vigente e seu discurso à família como alvo de cuidados. Entretanto, relataram que na formação fisioterapêutica predominam as ações que seguem o modelo biomédico individualista, hospitalocêntrico e curativo, pouco atuando junto ao contexto familiar:

A Política Pública de Saúde do país é muito interessante. Se a gente pega as Diretrizes do SUS e avalia o que tem lá no papel, a família é à base de tudo, por onde tudo começa. Se os profissionais vão até a família e orienta, e trata, e cuida, as condições de saúde da população seriam muito melhores e a realidade da saúde no país seria outra. Mas aí é que está o problema, a família não é reconhecida desta forma. Ela não é focada nas ações, só no papel. (G6D)

O fisioterapeuta não está sendo formado para atuar na Política de Saúde do nosso País. Nós pouco estudamos o SUS, como poderíamos atuar na saúde coletiva? Ainda somos formados para atender em clínica e hospital. A Política é de Saúde da Família, mas pouco se fala da família. Onde é que no curso fala do cuidado que o fisioterapeuta pode ter com a família? Não é ponto de nosso currículo. Tudo é voltado para o doente. (G10A)

De acordo com Resta e Mota (2005), ao emergirem estratégias como PSF é necessário o rompimento com os paradigmas que afastam os profissionais de saúde, e neste estudo os fisioterapeutas, das experiências com o sistema familiar. Isso exige, para além do enunciado na LDB, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia e na legislação do COFFITO, o desejo de o agente formador transcender as barreiras das fronteiras disciplinares centradas no fazer fragmentador para um saber-fazer integrador. Trata-se, sobretudo, de desafiar-se ao sair da área de conforto, da acomodação, do posto para a área de conflito, do construir reconstruindo saberes num paradigma complexificador em que as nuances se mostram num descontínuo de idas e vindas na multidimensionalidade do ser pessoal, familiar, social, ambiental, econômico, político, e outros.

Daí porque, acreditamos que há dificuldade de tomar a família como sistema de cuidados na perspectiva de cuidados profissionais em sua inteireza e globalidade. Noutras palavras, seguir um paradigma sistêmico.

Deste modo, os Cursos de Graduação em Fisioterapia precisam inquietar-se a incluir conteúdos programáticos teórico-prático-metodológicos em seus currículos

que considere não só o indivíduo, mas, a família como um todo, e assim, implementar estratégias junto a este sistema relacional humano para além da visão míope reducionista que se mostra na subcategoria a seguir, em que a família é vista como empecilho para os cuidados profissionais e não como sujeito de cuidado.

5.2.2 Subcategoria - A família vista como empecilho para os cuidados fisioterapêuticos

Essa subcategoria vem ampliar os relatos dos graduandos e profissionais referentes aos seus saberes sobre a família no processo de cuidado domiciliar. Os participantes enunciaram obstáculos ao seu exercício profissional, no momento em que informaram que suas orientações não são adotadas em relação ao cuidado à pessoa idosa no sistema familiar. Percebem a família como não contributiva no processo de tratamento fisioterapêutico ao idoso fragilizado. Como se observa nos discursos:

A família é muito importante, eu acho. Agora a gente tem que vê o que a família pode fazer porque se não ela pode atrapalhar. Então o fisioterapeuta tem que orientar o que ela, o que as pessoas da família podem ou não fazer [...] Eu acho que as coisas andam bem quando a família obedece, ou cumpre as orientações do profissional, seja o médico ou qualquer um, porque se ele faz o que bem entender, do jeito que ela pensa que é o certo, aí complica e não vai evoluir o tratamento. Então a família é importante tanto para o bem como para o mal do tratamento, dependendo de como ela se posiciona em relação às orientações do profissional, do fisioterapeuta. (G5D)

Seria muito bom se toda família ajudasse, seria bom para o profissional e para o paciente também receber essa atenção da sua família. Agora, a família também pode atrapalhar, como melhor dizer, se ela não pode ajudar também não deve atrapalhar. Se o profissional faz a sessão e dá as orientações, estas devem ser seguidas e muitas vezes os familiares não fazem isso, desconsideram o que nós profissionais falamos [...]. Aí, a família realmente vai atrapalhar o nosso trabalho. A família tem que ajudar seguindo o que orientamos [...]. Claro, ela tem o papel dela como família, instituição, que deve dar amor, carinho, atenção ao seu idoso, mas não interferir no tratamento que nós estabelecemos. (P1B)

Esses discursos encontram aderência nos demais participantes, focando uma visão de ser a família um sujeito de reprodução das orientações profissionais. Falas como “[...] *Eu acho que as coisas andam bem quando a família obedece, ou cumpre as orientações do profissional*”, manifestou-se sobremaneira, fazendo-nos refletir o que estava por detrás dos discursos, e mais uma vez, nos deparamos com o

processo formador que prioriza o saber profissional como aquele que tudo sabe e que o sujeito do seu cuidar é um depositário de suas ordens. Assim, deixa-se de considerar as potencialidades da família, suas dificuldades e necessidades de ser acolhida e capacitada para as ações instrumentais cotidianas do cuidado do outro, o ente parental em estado de fragilidade.

Por outro lado, outros discursos se fizeram mostrar, desviando-se, por vezes, da compreensão de família depositária do saber profissional. No entanto, nestes pode-se perceber certa ausência de fundamentação teórico-metodológica de família. Pois é preciso considerar que se está a trabalhar com sistemas humanos dinâmicos, de historicidade, de valores éticos-morais, constituídos intergeracionalmente, e estes, por vezes, têm um fundo histórico-relacional de desestrutura familiar que converge para ações pouco ou nada cuidativas ou, ao contrário, ou seja, ferramentas tecnológicas necessárias ao saber profissional para a sua inserção no ambiente domiciliar-familiar habilitadora de um bom julgamento clínico.

Sobre isso, elencamos as falas abaixo:

A família, a depender do caso, pode ajudar bastante [...] você sentir que ela quer realmente te ajudar então aí a família vai ser uma colaboradora no tratamento. [...] Agora, se você percebe que não tem vontade, que ninguém se prontifica a ajudar você, aí, essa família não vai contribuir em muita coisa, pode até atrapalhar [...]. (G5C)

[...] a família, pode ser vista como um grande aliado para o fisioterapeuta, mas, também como um vilão. Vai depende de como essas pessoas, essa família se posiciona. Ela quer ajudar você ou não? Ela quer a melhora do paciente ou não? Eles estão dispostos a contribuir, a ajudar você? Então temos que saber disso primeiro, porque se você percebe que a família não tá nem aí para o que você tá fazendo com o paciente, não tá nem aí para as orientações que você passa em relação ao cuidado com o paciente, então ela vai atrapalhar a evolução do tratamento. (G1D)

Em muitos domicílios que atendo e que já atendi a família tenta disfarçar, tenta fingir que cuida. Na minha frente está sempre zelosa com o paciente, só de aparência. Outras vezes a gente vê que realmente é verdadeiro o cuidado, a atenção. E aí você não sabe se pode ou não confiar e contar com aquela família. Será que ela vai dar continuidade ao que você orientou ou pediu para ela fazer? (P3B)

Seria bom conhecer um pouco sobre como essa família se relaciona. Se tiver uma família desestruturada, a gente sabe que esse cuidado não vai ser eficiente porque tem conflitos familiares, vai ter problemas que sempre vão vir à tona, principalmente nesses momentos que tem estresse, tem que alguém ceder, e aí acaba tendo brigas e conflitos familiares. (P2D)

O distanciamento da família em relação ao familiar doente encontra várias discussões na comunidade científica, pois este sistema complexo chamado família

contém ligações relacionais invisíveis que abarcam sentimentos, gratidão, respeito, amor e também obrigação, insatisfação, desrespeito, desamor, dentre outros, conferidas ao longo de sua história (DURÃES, 2010). Elsen (2004) menciona que cada família tem um referencial próprio para identificar, interpretar e atuar nas diferentes situações do processo saúde-doença. Alarcão (2006) revela que a família é uma rede complexa de relações e emoções, na qual estão presentes sentimentos e comportamentos, e que, como qualquer outro sistema de relações e interações humanas, reage às perturbações de origem interna e externa a este sistema.

Portanto, é importante identificar dentro do ambiente familiar o grau de comprometimento emocional que envolve a relação paciente-família, uma vez que, um membro idoso fragilizado pode ter uma ação aglutinadora, resgatando relações anteriormente estremecidas e experimentando sentimentos contraditórios pela família (BRITO; RABINOVICH, 2008; MARINHO; FIORELLI, 2005).

Deste modo, o fisioterapeuta antes de apresentar a família como possível obstáculo a ser ultrapassado para proporcionar o cuidado ao idoso fragilizado, precisa mover-se em *multiversas* direções para compreender a família enquanto sistemas de relações, ampliando o olhar para identificar o que permeia suas relações e como essas podem influenciar no cuidado familiar à pessoa idosa.

Também se faz necessário que esse profissional considere sua forma de aproximação e diálogo com os membros da família, saber ouvir, observar, colocar-se no ambiente natural da família, desenvolver uma observação naturalística, de modo a incluir-se neste cenário familiar e, assim, ultrapassar a abordagem impositiva-explicativa à proximal-dialógica, utilizando o senso comum e de solidariedade.

Nesse direcionamento, perspectivar a família como aliada e não um empecilho, no entanto, respaldado de conhecimentos sobre a dialética da família.

5.2.3 Subcategoria - A família quando perspectivada reverte-se num aliado para o cuidado domiciliar não como sujeito do cuidado fisioterapêutico

A família desempenha função fundamental na manutenção e controle da saúde de seus membros, como abordado no item 2.2 do estado da arte, principalmente na presença de doenças crônico-degenerativas que podem comprometer a independência da pessoa idosa. Esta compreensão vai ao encontro de estudiosos da área de família que ressaltam ser essa, a primeira unidade de

cuidados do idoso e promotora de saúde, cabendo-lhe a responsabilidade pela manutenção, prevenção de danos e agravos à saúde de seus membros (ALARCÃO; 2006; ELSEN; MARCON; SILVA, 2004; GIMENO, 2001; MINUNCHIN, 1982).

Temos observado no transcorrer da caminhada empreendida o quão necessário se faz ao cuidado fisioterapêutico a atuação da família como uma aliada, pois, assim perspectivada pelos sujeitos desse estudo, pode atuar como colaboradora durante a realização de algumas manobras e na manutenção dos ganhos adquiridos pelo paciente, principalmente, nos momentos em que o profissional não se encontrar no domicílio, garantindo assim, resultados satisfatórios no tratamento da pessoa idosa. Como evidenciam as falas dos participantes:

A família ela deve ser o grande parceiro do tratamento, quer dizer, ela deve ser tão importante quanto o profissional, no final até mais importante, porque quando o idoso chega nesta fase da vida, ele chega em um período de vulnerabilidade [...] e a família pode acolher e pode ajudar muito o idoso e os profissionais também. (G1A)

A família tem papel muito importante no cuidado desse paciente e a gente, não só o fisioterapeuta, mas, todos profissionais da saúde, depende da família para ajudar no tratamento [...] Então, o fisioterapeuta conta com a família para ajudar na hora que ele não estiver ali por perto [...]. Então a fisioterapia tem que contar com a família no tratamento. (G4D)

Depois que a gente vai embora tem que ter uma continuidade, não só do nosso trabalho ali prestado. A gente lida com posicionamento, com outras coisas que a família pode está ajudando no dia a dia. Com certeza é essencial. (P3B)

Então, eu acredito que a participação da família seja, em alguns momentos, principalmente em casos mais crônicos, patologias mais crônicas a participação é importante porque ela vai cuidar a maior parte do tempo, até o fim da vida do idoso. A família vai dar continuidade no trabalho do profissional com os cuidados diários e permanentes. (P1A)

Essa abertura de olhar à família, embora ainda centrada num fazer, ou seja, como agente continuadora do fazer fisioterapêutico, sinaliza um processo de “despertar”. Despertar, aqui, compreendido como abertura de olhares ao sistema familiar. A luz de nossa compreensão, um avanço no direcionamento da família, visto que o processo formador centraliza seu foco no ser biológico e nos distúrbios cinéticos funcionais, na prescrição das condutas fisioterapêuticas, na ordenação e indução do paciente, no acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e nas condições para alta do serviço (COFFITO, 2010).

Observamos, assim, que adentrar o ambiente domiciliar se reverte num desafio à atuação fisioterapêutica, devido à falta de preparo para este contexto,

como visto em sua formação voltada para a reabilitação e a práxis curativa individualista e especializada (VALENÇA; SILVA, 2011). Trata-se de um contexto profissional de sessões de fisioterapia, geralmente, diárias ou alternadas, a depender da patologia instalada e do quadro funcional do paciente, muito relacionada à questão tempo de atendimento.

Assim sendo, outro fato mostrou-se nas falas dos participantes, ou seja, a variável tempo ao focarem sua inserção no contexto domiciliário para o alcance das necessidades da pessoa idosa em estado de incapacidade funcional, enunciaram: “A gente tem o contato de duas, três vezes por semana, uma hora no máximo. É um contato muito pouco pra saber o histórico realmente do paciente” (G5B). Essa fala encontrou eco nos demais sujeitos do estudo. A variável tempo transversaliza seu pensar-fazer o cuidado, encontrando na família o suporte desejado para a evolução progressiva das ações intervencionistas por esta manter um contato mais duradouro com a pessoa idosa. Assim, declaram os demais:

Para fisioterapia a família é tudo, é muito importante porque não adianta eu atender o paciente, fazer todos os procedimentos, alongar, aliviar a dor, fortalecer, posicionar e chegar em casa e o paciente adotar todas as posturas e fazer coisas erradas, que vão desfazer tudo aquilo que eu fiz. O paciente passa uma hora comigo, onde faço tudo o que deve ser feito e vai para casa e fica 23 horas desfazendo o que eu conseguir avançar. Então o tratamento não vai adiantar, não vai ter o sucesso desejado. (G5B)

Eu acho que a família é tão principal quanto o fisioterapeuta, até porque o tempo que a gente passa com o paciente é curtíssimo sendo que ele tem que ser cuidado, geralmente, vinte e quatro horas por dia, a depender de cada patologia. Então a família tem um papel tão principal como o fisioterapeuta. (G6B)

A família ajuda bastante, ela é muito importante durante o tratamento. [...] o familiar vai ajudar demais, ele vai ser um agente totalmente multiplicador daquilo que o fisioterapeuta passou na sessão, e isso vai ser reaplicado nos dias que não tem atendimento e vai manter os ganhos conseguidos com o paciente. (P1C)

Outro aspecto revelado pelos graduandos e profissionais assentou-se na observação empírica sobre as condutas e papéis de cuidados familiares, quando do seu acompanhamento em atendimento domiciliário. Relataram famílias que buscam informações sobre a evolução do tratamento; famílias motivando o idoso para a realização das condutas; demonstrações de carinho e atenção familiares, como expressão de cuidados fundamentais. Estes, sendo avaliados com os resultados do cuidado fisioterapêutico ao idoso.

Destacaram que, quando a família demonstra interesse pelo ente familiar, esse vai se sentir valorizado, cuidado e acolhido, o que reverte em ganhos significativos para seu tratamento. Os casos em que essa observação se mostrou encontravam respaldo numa história familiar de compartilhamento intergeracional, dado que foi registrado em diário de campo das observações da pesquisadora.

A família é essencial. Sem a ajuda da família, sem a colaboração a fisioterapia não é completa. Porque aí é uma soma do patológico, do que a gente trata, das técnicas dos exercícios associado ao apoio, ao carinho, ao amor que o paciente necessita, que é essencial essa soma para que ele tenha uma qualidade de vida. (G6A)

Agente sente quando a família participa que o paciente se sente mais cuidado, com mais atenção e isso reflete no tratamento, na evolução do paciente. Uma pessoa que a família não apóia tem menos incentivo, não se sente motivado e dificulta para o fisioterapeuta. A família deve estar sempre por perto, mesmo que seja só olhando, já é uma grande força que passa para o paciente. (P2C)

O reconhecimento da importância da família no cuidado à pessoa idosa também foi proferida nas falas dos Coordenadores de Curso, revelando um despertar para o cuidado além do indivíduo, mesmo este não sendo ainda foco de ações diretas de cuidado.

A família é quem vai prestar a maior atenção. O profissional ele passa pela vida do paciente, passa por alguns dias, meses, alguns momentos onde ele precisa daquele cuidado. A família não, ela vai estar sempre ali, sempre junto da pessoa. Pra fisioterapia a família é que vai garantir a continuidade do trabalho desempenhado por ele, pelo profissional. A família tem que ajudar nesse trabalho, tem que cooperar, tem que apoiar, estar incentivando o paciente, ajudando o fisioterapeuta dando continuidade aos cuidados, as condutas em casa. É uma união que deve existir entre a família do paciente e o profissional para o tratamento dar certo e evoluir. (CA)

Nessa fala, embora haja abertura à família, esta ainda é pensada como aquela que deve dar continuidade aos cuidados profissionais. O tom é no imperativo, ou seja, a família tem que cooperar, apoiar, incentivar o paciente, ajudar o fisioterapeuta, dar continuidade aos cuidados e às condutas em casa. Noutras palavras, ela não é sujeito do cuidado, de necessidade de instrumentalização para o cuidar do outro e de si. Assim, suas limitações, capacidade de resiliência, e outras demandas passam fora do foco de visão do sujeito cuidador fisioterapeuta.

No entanto, outras aberturas se fizeram notar ao sistema familiar; alguns Coordenadores assim o perspectivaram:

A família é sinônimo de cuidado e fisioterapia também é cuidado. Então as duas coisas, família e fisioterapia buscam esse cuidar, essa melhora, esse evoluir da pessoa doente, seja idoso, criança, paciente neurológico. Quando a gente se aprofunda no estudo da família a gente percebe o quanto ela é importante para o cuidado dos seus membros doentes porque ela é que vai amparar, amar, dar conforto, apoio, ela é fundamental na saúde da pessoa doente. A fisioterapia trabalha com isso, ela vai estar junto dos familiares o tempo todo, a família é que acompanha o paciente pra fazer o tratamento, é quem cuida em casa, então a gente, a gente eu digo, os fisioterapeutas têm que valorizar essa família porque ela vai contribuir na recuperação do paciente, ela também interfere nessa melhora. Tem que estar juntos no mesmo objetivo, trabalhando em parceria. (CB)

A família quando ela é sólida, quando ela cumpre com o seu papel de suporte emocional, social, econômico ela é fantástica, ela é perfeita. Então para um paciente, para uma pessoa doente, quando a família cumpre esse seu papel de amor, de apoio de atenção ela se torna tudo, se torna o seu porto seguro e para o profissional, principalmente o fisioterapeuta que tem esse contato maior com o paciente, fica mais tempo, convive mais com o paciente e com a sua família é muito interessante, é fundamental para que o seu trabalho tenha melhores resultados. Porque a família cuida e o fisioterapeuta também, um complementa o outro em prol do paciente, da melhora do paciente. (CD)

Outro ainda ampliou o foco de seu olhar e enxergar a família:

É muito importante para o Fisioterapeuta ter esse contato e a experiência de trabalhar em conjunto com a família, pois, ela é fundamental para o cuidado e atenção do paciente. A família também deveria ser assistida pelo Fisioterapeuta, assim como por todos os outros profissionais da saúde. (CC)

Essas visões vão ao direcionamento de um pensar formador contentenado com o que é ventilado na comunidade científica, na contemporaneidade quanto família, envelhecimento populacional, epidemiologia das doenças crônico-degenerativas, qualidade de vida para o terceiro milênio, entre outras dimensões.

Entretanto, a formação profissional do fisioterapeuta ainda descuida dos saberes para o alcance da família, e a abertura para o contexto domiciliário-familiar mostra-se timidamente como “fresta da janela ao enxergar lá fora, enquanto que, nesse universo relacional humano é preciso sair à porta e enxergar o horizonte com consciência do que estar para além dele”. Talvez esteja aqui, ao que nos apercebe, a dificuldade maior de aproximação para o cuidado fisioterapêutico no universo familiar, pois, estamos diante da complexidade, o que exige transposição e exposição a multiversos saberes.

5.3 CATEGORIA III - A fisioterapia no direcionamento da família: desafios e limites à práxis do cuidar - sentimentos enovelados

Transpor desafios no direcionamento à fisioterapia domiciliar se mostra como um desejo, embora encoberto nas falas dos sujeitos desse estudo, ao considerarem o atendimento domiciliário uma perspectiva de inserção no direcionamento da família.

O atendimento domiciliar vem sendo discutido nesse estudo como o espaço em que o profissional fisioterapeuta se encontra nos “bastidores” do ambiente inter-relacional domiciliar-familiar da pessoa idosa. Por outro lado, o que se tem constatado é que se trata de um ambiente geralmente desconhecido desta classe profissional devido ao predomínio dos atendimentos em ambientes clínico-hospitalares.

Entretanto, a mudança do cenário de cuidado do fisioterapeuta para o domicílio apresenta-se como um agente impulsionador às transformações das práticas fisioterapêuticas, pois vários profissionais, sensíveis ao contexto vivencial do idoso, aprofundam a sua investigação e conseguem construir uma imagem mais ampla em relação às dificuldades apresentadas tanto no plano individual, como familiar e social do idoso fragilizado.

Para Freitas (2006), a convivência do fisioterapeuta no ambiente domiciliar o coloca em confronto direto com a realidade vivida pela pessoa idosa em seu contexto vivencial, permitindo, do ponto de vista do relacionamento entre as partes, uma interlocução comunicativa proximal, de forma recursiva em um campo próximo de cuidados às necessidades do idoso e das ações a serem propostas e executadas em conjunto profissional-sistema familiar.

Nesse espaço, o fisioterapeuta, diante das adversidades para sua *práxis*, necessita criar estratégias que o coloque mais próximo de alcançar os objetivos do tratamento traçado no cuidado à pessoa idosa fragilizada. Momento em que, ao olhar sobre os estudos oriundos da revisão de literatura, este profissional se depara com o eu *self* e o nós, ou seja, as concepções que ele traz do mundo a que ele visa e caminha, percebendo o outro em seu mundo, noutras palavras, no espaço de domínio familiar. O eu, por vezes, vê-se inseguro, com medo, mas com perspectivas de experiências e fortalecimento do *self* para atuar no contexto familiar.

Assim, nesse caminhar em direção ao conhecimento sobre os desafios e limites à práxis do cuidar fisioterapêutico esta categoria se mostrou em três subcategorias: **“Estratégias de aproximação da família para o cuidado fisioterapêutico”**; **“O eu self e o nós: percepções dos graduandos e profissionais de fisioterapia para sua inserção no ambiente familiar: medo, insegurança e perspectivas”**; **“O processo da formação e práxis do fisioterapeuta - indicativos dos graduandos e profissionais para contemplar o cuidado à família”**.

5.3.1 Subcategoria - Estratégias de aproximação da família para o cuidado fisioterapêutico

As estratégias de aproximação se constituem, segundo Gonçalves (2007), em recursos linguísticos verbais e não-verbais empregados pelos profissionais no contexto relacional com seus clientes e familiares, conduzindo à diminuição da distância e da diferença entre os interlocutores, criando um entendimento que poderá ajudar a construir uma ponte entre o mundo dos profissionais e o mundo do idoso e sua família. Ou seja, as estratégias de aproximação contribuem para eliminar as diferenças na comunicação, com vistas ao aperfeiçoamento do diálogo e interação entre os envolvidos.

Os discursos dos graduandos e profissionais revelaram algumas estratégias que podem ser utilizadas pelo fisioterapeuta para aproximar-se da família durante o atendimento domiciliar. O diálogo foi uma das táticas apresentadas como forma de aproximação, através de conversas numa linguagem proximal ao contexto cultural, que pudessem alcançar o sistema familiar no cuidado ao membro idoso fragilizado. Também no esclarecimento de suas dúvidas em relação à doença e ao tratamento do *ser* idoso quanto aos cuidados fisioterapêuticos. Ou seja, a comunicação entre o fisioterapeuta e a família torna-se um instrumento fundamental para compartilhar conhecimentos, estabelecer relações interpessoais e garantir o cuidado eficiente à pessoa idosa, como observado nos discursos:

Eu acho que a gente deve orientar a família. Quando for atender o paciente fazer até roda de conversa explicando a real necessidade do paciente e a real necessidade da família e fazer com que a família entenda, eu acho que é o principal. Eu acho que informação é o que mais falta e a gente não é preparado durante a graduação para passar manter um diálogo maior com a

família, e assim, ser entendido e entender as suas necessidades e dúvidas. A gente aprende como fazer a anamnese e aí investiga a doença, os sintomas, a história pregressa e atual. Se o aluno for tímido ele não vai conversar muito com a família, vai ficar inibido e isso não é trabalhado pelos professores na graduação. Não mostram a importância da gente conversar com o paciente e com a família. (G8A)

[...] a gente tem a preocupação de observar a família, de orientar um possível encaminhamento para a necessidade e no caso do cuidador também, orientação ao cuidador quanto aos cuidados com o paciente, quanto a postura. Na faculdade eu quase não tive a oportunidade de manter esse diálogo com a família porque atendia só o paciente. Na faculdade é muito difícil manter essa relação de diálogo com os familiares porque no atendimento hospitalar tem hora de visita e a gente não está presente. Na clínica, muitas vezes o familiar não está acompanhando o paciente. Ao contrário, no domicílio fica mais viável ter essa relação com a família. (P2A)

Acho que a conversa, o diálogo é a melhor estratégia, tanto com o paciente como com a família. Se você explica tudo direitinho fica mais fácil de trabalhar. É comum o paciente receber um diagnóstico e ficar sem saber o que realmente ele tem, ele tem vergonha, medo. O paciente e a família saem do consultório repetindo o que o médico disse e não sabe do que se trata. O paciente e a família ficam com dúvidas sobre a doença, não sabem o que tem que fazer, como tratar, e, geralmente, vem perguntar para o fisioterapeuta que passa mais tempo com o paciente e com a família [...]. Desde a graduação a gente deveria ir trabalhando esse contato com a família, conversando não só sobre a doença, mas, sobre tudo, e assim podemos estabelecer uma boa relação com a família. (P3B)

As falas dos participantes **G8A** e **P2A** revelaram que, durante a graduação, eles não foram estimulados a manter um diálogo com a família para além da obtenção de informações referentes ao familiar idoso e seu estado de fragilidade. Outros sujeitos descreveram como dificuldade para o estabelecimento de uma relação dialógica com o sistema familiar o cenário de cuidado, pois, para eles, os ambientes hospitalar e clínico não propiciam um contato maior com os familiares durante a práxis de cuidado fisioterapêutico.

Esse pensar se assenta no que foi discutido em categorias anteriores sobre a formação acadêmica do fisioterapeuta que se caracteriza pela ênfase à práxis desenvolvida prioritariamente em ambientes ambulatorial, clínico e hospitalar, pouco evidenciando o atendimento domiciliar, no qual o profissional teria maior oportunidade de manter uma relação interpessoal com os familiares para além da obtenção de informações sobre o membro familiar fragilizado.

Como observado no inquérito documental, as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL 2002), traz, no Art. 4º, que esse profissional deve ser formado com competência e habilidade para prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo

terapêutico. Nesse processo, desempenham importante função as maneiras (linguagens, meios, símbolos, códigos, e outros) pelas quais se constrói o processo de comunicação entre o fisioterapeuta e a família. Desse modo, a competência interpessoal surge como eixo central para a construção de tal processo.

Abordar a temática competência interpessoal nos direciona a pensar no eu *self sujeito* de desejos e pulsações no direcionamento do desenvolvimento de suas capacidades e de busca de saberes constituidores e alicerçadores de modalidades comunicacionais que lhe permita comunicar-se de maneira a alcançar a assimilação-compreensão da comunicação verbal e não-verbal, no “*nós*”, no âmbito deste estudo, ao sistema familiar em enfrentamento cotidiano com desvio de saúde de um dos seus membros mais idosos, e assim, ser-se resolutivo comunicacionalmente.

Destarte, estudiosos como Perracine e Neri (1994), Gonçalves *et al.*, (1996), apontam que os familiares cuidadores querem e clamam por maiores informações acerca da doença e dos cuidados requeridos por seus parentes, e simultaneamente, desejam desenvolver relações efetivas de parceria com os profissionais da área de saúde, de tal forma, que estes ouçam e valorizem suas necessidades de comunicação. Aspecto observado na fala do **P3B** e que ecoou nos demais sujeitos do estudo.

Outra estratégia de aproximação mencionada pelos participantes à família como práxis cuidativa fisioterapêutica, refere-se ao conhecimento dos aspectos socioeconômicos, uma vez que podem influenciar de maneira incisiva na evolução do tratamento e na condição do paciente. A este respeito, Giacomozzi e Lacerda (2006) relatam que o profissional, ao se inserir no contexto domiciliar, precisa considerar não somente os problemas biológicos de desvio de saúde, mas sobretudo, aqueles de natureza socioeconômica. Acrescentamos que também os de natureza cultural, ambiental, relacional e ético-moral familiar. Estes, num olhar ao sistema em sua globalidade e ao considerar a realização das condutas de cuidados em sua integralidade pela ciência fisioterapia.

Assim, a proximidade do profissional ao ambiente familiar-domiciliar, como observado por Silva, Durães e Azoubel (2011), proporciona, além dos cuidados diretos no tratamento da doença, uma visão do contexto familiar, especificamente às barreiras ambientais e relacionais na prevenção de agravos à saúde da família. Esse aspecto foi evidenciado nos discursos dos sujeitos:

A falta de recursos econômicos vai influenciar no tratamento. Se ele não tem condição de se alimentar de forma adequada, se falta dinheiro para comprar a medicação, a fralda, tudo isso vai se refletir na hora do atendimento e no resultado do tratamento. A família, muitas vezes, faz sacrifícios para atender todas as necessidades que o paciente apresenta com a doença ou não consegue atender todas, só as mais primordiais. O Fisioterapeuta tem que saber dessa condição para não pedir coisas fora da realidade social do paciente e da família. (G3B)

[...] tenho buscado conhecer as necessidades sociais, econômicas da família e do paciente atendido. Não me proponho só em atender e ganhar o meu salário. Penso que temos um papel social também. De humanidade também, de ver o sofrimento e os problemas dos outros e se sensibilizar com aquilo e tentar ajudar dentro das minhas possibilidades. Se a família passa por necessidades financeiras o profissional deve estar ciente do que ele pode pedir para a família. Esse fator de falta de recurso econômico pode pesar no desenvolvimento de algumas condutas. Mas, isso eu trago comigo, eu não aprendi na faculdade, em tal disciplina ou com tal professor. Eles trazem alguns conceitos e cabe a nós desenvolvermos ou não. (P2C)

O profissional precisa saber a condição econômica do paciente para saber o que ele pode solicitar, se a família tem condição de adquirir. Se for um paciente que tem mais condição financeira eu oriento a aquisição de algumas coisas, como uma cadeira de rodas para o banho, um colchão adequado, a troca do piso para um antiderrapante. Agora, se eu vou atender uma pessoa, um paciente mais carente e vejo que é uma família humilde, sem condição financeira eu vou buscar orientar coisas mais na conduta do dia a dia, no que devem fazer ou não e o material eu deixo de lado. (P1D)

Destacam Waidman e Elsen (2006) a importância de o profissional conhecer e compartilhar os problemas e dificuldades enfrentados pela família, para assim, traçar cuidados específicos pautados nas necessidades da família e condizentes com a realidade sócio-econômica identificada. Deste modo, o fisioterapeuta, ao adentrar o ambiente domiciliar para sua práxis, pode lançar mão da criatividade para adaptar instrumentos necessários para as sessões fisioterapêuticas e adequar o ambiente domiciliar às necessidades e limitações do paciente, não deixando que estes fatores influenciem na realização do cuidado.

Alguns depoimentos dos participantes revelaram a utilização da adaptação como estratégia de aproximação à família da pessoa idosa durante a práxis cuidativa em domicílio:

A gente deve buscar ver como ajudar a família adaptando algumas coisas. Tem família que não vai ter condição econômica de comprar alguns materiais e equipamentos e adaptar a casa para o idoso dependente. Então a gente pode aproximar da família e orientar ou fazer algumas adaptações. Isso vai fazer a família se aproximar para o atendimento também. (G9A)

Acho que uma forma do fisioterapeuta se aproximar da família é percebendo a condição econômica e social real dela e adaptando o seu tratamento àquela realidade. Se eu sei que a família não tem recurso, eu

vou buscar adaptar algumas coisas, o ambiente e com isso a família vai economizar. Ela vai perceber que eu sou sensível a ela e isso vai ser bom para o convívio entre o fisioterapeuta, o paciente e a família. (G3B)

Muitas vezes, a gente faz adaptação, usando quilo de alimentos como peso, faz pesos com garrafas plásticas, colocamos objetos para elevar a cama, essas coisas, porque faltam recursos para comprar esses equipamentos pela família e temos que realizar o atendimento e deixamos para o paciente usar quando não estamos. (P2A)

A gente tenta adaptar o que tem no domicílio do paciente, aí vai depender da patologia, da necessidade de cada um, mas tem vezes que até pequenas coisas, pequenas adaptações são impossíveis de serem feitas porque a precariedade é grande daquele domicílio. O atendimento muitas vezes fica restrito às sessões mesmo, onde levamos os equipamentos, damos algumas orientações ao cuidador, a família, conversamos, tiramos as dúvidas, mas fica comprometido a evolução do tratamento. (P3A)

[...]eu procuro conhecer a casa, o que tem em volta e que eu posso usar, adaptar para alcançar meu objetivo de tratamento. Geralmente eu procuro conversar com a família antes de usar ou mudar, ou pedir alguma coisa. Eu explico o que vou fazer, converso, digo para que vou fazer, e com a autorização da família eu vou e faço. Tenho que respeitar, afinal a casa não é minha, tenho de ver o que é bom para o paciente mas tenho que respeitar a família, o local, as pessoas. (P2B)

[...] temos que usar a criatividade e tentar adaptar as coisas que o paciente tem em casa para realizarmos certas coisas. Devemos ver onde é o ambiente na casa para que o paciente se sinta melhor, mais confortável, mais arejado, limpo. Outra coisa é orientar, conversar com o cuidador principal, ensinar mesmo algumas condutas como um alongamento, uma posição, algum exercício que ele pode fazer com o paciente na nossa ausência, afinal só temos duas sessões por semana. Em outros momentos fica a família com a responsabilidade. Então a conversa e a orientação do cuidador, do familiar é uma arma para o fisioterapeuta. (P2C)

A gente vai buscar adaptar algumas coisas, como altura de leito, uma poltrona para sentar em uma posição melhor, um apoio para se levantar, coisas mais simples que não vai gerar custos elevados, nem vai afetar a família, claro que a gente tenta pedir o que deve ser pedido, um colchão melhor, mas aí se a família ou o paciente não tem condição a gente busca adaptar. (P3C)

[...] eu busco adaptar a casa, as coisas que tem ao redor do paciente, a cama, os instrumentos para serem usados no dia a dia. Improvisa com latas, recipientes PET, cabo de vassoura, bolas, eu levo bolas de soprar pra trabalhar a respiração. (P4C)

Vai depender muito da condição econômica do paciente e da família, porque vai ter lares que a gente vai poder pedir algumas adaptações, alguns equipamentos, mas outras não. Como pedir uma cadeira de rodas se a casa é pequena e não tem espaço? Como pedir um colchão adequado se não tem nem cama direito? Então eu vou procurar adaptar o que puder ou solicitar a aquisição de algumas coisas que vejo que serão importantes para o andamento do tratamento. (P3D)

Para seguir nesse pensar-agir, o fisioterapeuta deve ser preparado desde a graduação a utilizar recursos simples, encontrados no próprio ambiente domiciliar,

para realizar o atendimento, como mencionado pelo **P4C**, uma vez que, no domicílio ele não terá à sua disposição recursos materiais e tecnológicos presentes na clínica ou hospital. Ribeiro (2005) expõe que a variedade de recursos tecnológicos de que dispõe a fisioterapia na atualidade tem contribuído bastante com o tratamento; no entanto, esses recursos são coadjuvantes, resultando em uma mecanização do atendimento e um menor contato do fisioterapeuta com o cliente. Embora a escassez de recursos tecnológicos possa se apresentar como uma dificuldade para o cuidado domiciliar, ela estimula a criatividade, a revalorização da cinesioterapia e a reaproximação com o ser humano.

Assim, o atendimento domiciliar necessita de um profissional criativo e com habilidade para realizar as adaptações necessárias para realização da sua práxis e melhorar a qualidade de vida do idoso e da sua família. Essa competência exigida pela profissão deve ser desenvolvida ainda durante a formação para que o graduando possa praticar e desenvolver tal habilidade.

Nesse processo de adaptação de recursos e do ambiente domiciliar a família precisa ser convidada a participar, favorecendo a criação de vínculos proximais positivos, entre seus membros e destes com o profissional, que vão reverter em pronta recuperação da saúde do ente familiar sob intervenção fisioterapêutica. Nesta perspectiva, Silva, Durães, Azoubel (2011) relatam a necessidade da construção de uma confiabilidade e respeito mútuo que irá auxiliar nas relações entre o profissional e a família no tratamento domiciliar. Deste modo, uma das estratégias de aproximação à família que emergiu das falas dos sujeitos foi a inserção da família no cuidado fisioterapêutico.

[...] quando estiver atendendo um idoso, seja em instituição permanente, seja em consultório que a gente tente junto com o atendimento fazer uma parte de passar um pouquinho para o cuidador. O que ele pode fazer em casa para ajudar até na progressão do tratamento, porque se você tiver um cuidador, uma família que possa ajudar no tratamento do seu paciente, a evolução, ela vem mais rápida ou senão evoluir, pelo menos o retrocesso, as perdas são menores. (G11A)

Uma coisa que a gente utiliza bastante lá na unidade é tentar fazer as visitas domiciliares em algum momento que os familiares estejam por perto. Tem vezes que a gente não consegue encontrar um familiar por perto. Nesses momentos são pessoas que não são familiares, mas são vizinhos, são amigos, são pessoas que ajudam, mas foge um pouquinho daquela relação familiar. Então a gente tenta ao máximo incluir aquela família no processo de recuperação fazendo com que as visitas sejam realizadas no momento que algum deles estiver por lá. (P2A)

Quando eu vou atender um paciente a domicilio eu procuro convocar uma reunião com a família, eu procuro saber o dia que vai estar todo mundo ou a maioria das pessoas e vou na casa. Ai eu procuro explicar, conversar, quem tiver dúvida sobre alguma coisa pode perguntar e vou criando uma relação fraternal, sem me impor e sem invadir o espaço deles também. E a partir daí eu vou dizendo, orientando o que pode ser feito pelas pessoas da família, vejo quem é que pode ajudar e como e com que ajudar, vou incluindo a família no tratamento porque ela também tem suas responsabilidades. É essa estratégia [...] tem me trazido bons frutos no tratamento dos meus pacientes. (P1D)

Procuro orientar também quem cuida do paciente para ele me ajudar, para ele se unir com fisioterapeuta no sentido de fazer algumas coisas como prevenir escaras, posturas viciosas, incentivar o paciente a fazer alguns exercícios. [...]. Ela (a família) tem que encorajar o paciente, estimular fazer as condutas, ela vai agir diretamente na auto-estima do paciente. (P2B)

Nessas falas podemos observar a família sendo perspectivada pelos fisioterapeutas. Observamos que a entrada do profissional no mercado de trabalho o permite desafiar-se ao contexto de cuidado familiar, diferentemente da visão ainda tímida dos discentes aqui representada pelo **G11A**.

Nas falas a família mostra-se como importante na participação do tratamento, acompanhando as consultas, no incentivo às mudanças de hábitos e até mesmo no estilo de vida de seus membros. Desvela-se como influenciadora no processo saúde-doença ao idoso fragilizado.

Por outro lado, sua perspectiva de ser sujeito de cuidado do fisioterapeuta mostrou-se restrita. Embora alguns discursos busquem abertura para um cuidado que contempla o sistema familiar, sua tentativa esbarra, a nosso modo de ver, na formação linear biologicista como enunciado em capítulos precedentes. Assim, quando enunciada é na consideração de parceira à implementação de cuidados na atenção conjunta fisioterapeuta-família ao idoso.

Não obstante, no contexto sociodemográfico que se mostra na atualidade com o aumento da faixa etária idosa, salutar se faz destacar a abertura de olhar o envelhecimento e o desvio de saúde por parte dos sujeitos do estudo, observando que a velhice e a saúde não são somente de responsabilidade individual ou familiar, mas um processo que exige a coparticipação de todos, incluindo-se neste processo, e como afirma Redante (2005), idoso, família, profissional - na busca de estratégias para enfrentar as situações em que ocorrem a diminuição ou perda da capacidade funcional nessa fase etária da vida.

Nas falas, emerge um *ser profissional* exprimindo que não deve assumir um papel hierarquizante como sendo ele o conhecedor de tudo, nem a família, o papel

de mantenedora da situação, mas, deve haver um respeito mútuo em relação aos direitos e deveres de todos os envolvidos no processo de cuidado à pessoa idosa fragilizada.

5.3.2 Subcategoria - O eu *self* e o nós; percepções dos graduandos e profissionais de fisioterapia para sua inserção no ambiente familiar – medo, insegurança, perspectivas

Como já discutido no item 2.4 do estado da arte, o atendimento domiciliar é uma estratégia que contribui para o desenvolvimento de relações humanizadas através dos vínculos estabelecidos entre profissional-paciente-família levando a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras na área da saúde é a sensibilização e preparação dos profissionais que, geralmente, têm uma formação acadêmica fundamentalmente tecnicista, na qual a pessoa humana é concebida em partes com pouca ou nenhuma preocupação em promover, recuperar ou manter a dignidade humana, nem compreendendo o cuidado como pleno, integral, existencial e relacional.

No caso do fisioterapeuta, a transição da sala de aula para o contexto prático na vida profissional é um momento importante por ser a etapa de aplicação do conhecimento reflexivo e do aperfeiçoamento de habilidades em uma situação real. É o momento de junção do saber com o fazer conduzindo para um agir profissional consciente, crítico e reflexivo. O graduando nesse período, na sua maioria, ainda é jovem, com pouca experiência no relacionamento interpessoal estabelecidos entre o profissional-paciente-família. A entrada repentina em uma situação desconhecida, como o atendimento no ambiente domiciliar-familiar, pode desencadear sentimentos enoveladores como o medo e a insegurança que podem vir a influenciar no processo de cuidado integral à pessoa idosa e sua família (GONÇALVES; MELO, 2011).

Ao adentrar o domicílio, Marinho e Fiorelli (2005) ressaltam que o fisioterapeuta poderá ver-se envolvido em conflitos familiares capazes de colocá-lo em situação delicada perante o grupo ou o idoso a ser atendido. Neste contexto, as falas dos graduandos e profissionais demonstraram que os mesmos ainda não estão suficientemente preparados, para adentarem o ambiente domiciliar e manter um processo relacional com o sistema familiar da pessoa idosa a ser cuidada, sendo

reveladas sensações de medo e insegurança, ao se depararem com esta realidade na sua *práxis*, como pode ser observado nas falas:

É uma situação que deixa a gente meio temerosa porque é pouco explorada. Ainda falta um pouco mais de segurança para chegar em uma casa e atender o paciente e lidar com tudo e todos que estão ali em volta dele. Por não conhecer muito essa relação do profissional com a família no domicílio por não ter muita prática na faculdade fica um pouco de insegurança no que a gente vai encontrar lá no domicílio. (G10A)

Eu acho que ainda não estou preparado. Faltaria esse direcionamento por parte da vida acadêmica, da faculdade em preparar a gente, em ter alguma matéria para direcionar para ter discussão, debates sobre esse relacionamento do fisioterapeuta com a família [...] No domicílio eu ia, atenderia o paciente e saía, porque eu não me sinto preparada para lidar com a família. (G6A).

Uma das dificuldades que passei foi a falta de uma experiência maior com o ambiente domiciliar e com a família do paciente durante a graduação. Isso traz um certo medo quando você tem que ir fazer o atendimento em domicílio. Eu lembro que quando eu fui pela primeira vez eu tremia e sei que não foi muito produtiva a sessão. Eu estava com medo de que a família não gostasse de mim, do que eu estava fazendo, de como a família ia me receber, tudo isso pesava sobre mim. (P4B)

Olha, a gente fica sempre inseguro quando tem que fazer um atendimento no domicílio. [...] dar na gente essa pontinha de insegurança [...] A faculdade fez o papel dela, me ensinou, os professores deram, acho, o melhor deles. Cabe a mim agora e durante o curso estudar e aprender tudo o que foi passado [...] Mas, eu acho que isso vem da gente também, a gente traz essa bagagem e tem que por em prática [...] não depende só da faculdade, acho [...] quando ele sair da faculdade vai ser só ele e o paciente, ele tem que saber como e o que fazer se não, ele vai se dar mal no mercado de trabalho. (G1D)

É uma coisa nova para mim, porque a faculdade, as disciplinas, o estágio estão voltados para o atendimento na clínica, ambulatorial e nos hospitais. O atendimento domiciliar ocorre pouco. Não dá para a gente ter certeza se está ou não preparado. Só indo lá e fazendo. [...] Na prática, não tive muito de atendimento domiciliar. Se eu for atender nesse modelo vou ter que aprender vivendo as situações, no dia a dia mesmo. (G4B)

O encontro com o não experimentado é, por vezes, ameaçador, e evoca a vulnerabilidade do ser e da formação do fisioterapeuta em relação ao contato com o outro (família) e o estabelecimento de vínculos relacionais. De acordo com o discurso dos participantes, o medo e a insegurança são sentimentos apresentados no atendimento domiciliar devido à carência de práticas nesse cenário durante sua formação. Essas falas nos reportam à Subcategoria 5.1.2 em que foram discutidos os locais de aprendizagem na formação do fisioterapeuta, no qual o domicílio se mostrou como o ambiente pouco experimentado durante a graduação, enunciando um distanciamento da realidade relacional profissional-família.

Guimarães (2007) expõe que a relação do fisioterapeuta com o paciente e sua família será marcada, ao longo de toda sua atuação profissional, pela imperfeição da vida, pela dor física e psíquica, pelo corpo e suas vicissitudes, e que, aprender a lidar com essa relação é fundamental para o profissional, pois, o cuidar exige interação com outro. Ou seja, a fisioterapia cuida de pessoas; logo, o cuidado não é unidirecional, ele é formado e construído tanto pelo *ser* que cuida quanto pelo *ser* que é cuidado, e se é construído por relações intersubjetivas entre ambos, está implícito que ele está permeado por sensibilidade e emoções. Contudo, trata-se de estratégias de fortalecimento pessoal-profissional, na qual, sua ausência tornaria as interrelações frias e vazias, assim como o próprio cuidado.

Assim sendo, o fisioterapeuta, além do saber técnico-científico precisa desenvolver um cuidado intersubjetivo alcançado através dos relacionamentos interpessoais com o idoso e com a sua família para garantir a integralidade e qualidade no cuidado (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Portanto, é necessário que durante a formação do fisioterapeuta o eu *self* possa abrir-se para o nós, levando a compreensão por parte do profissional que cada membro do sistema familiar é um “eu”, e que o nós – profissional, idoso, família - é que vai proporcionar o cuidado integral ao ser idoso.

Neste princípio de recursividade, o fisioterapeuta, ao adentrar o ambiente domiciliar não deve buscar conhecer o sistema familiar como algo estático e definitivo, mas, como afirmam Liberato, Santos e Costa (2008), a família está em constante movimento, em mutação, e esse sistema é constituído por diversos “eu”, cada um com seu saber e jeito de ser, necessitando que seja entendido cada um na sua individualidade, mas ainda como um sistema que influencia e sofre influência do outro, assim, no “nós”, ou seja, em sua globalidade.

Outro aspecto que também desencadeia temor e insegurança para os sujeitos é o fato de que o ambiente domiciliar é um local onde o paciente e a família têm o controle; é o seu espaço de relação e de pertencimento e o profissional terá de adentrar esse ambiente que se mostra estranho para ele e realizar as condutas, muitas vezes, sob o olhar atento do familiar. Aquele não é o espaço do seu consultório, território no qual acredita ser de seu domínio e conforto, onde ele exerce o controle, mas lugar do outro.

O domicílio é um lugar estranho para o fisioterapeuta e é o lugar do paciente, onde ele está com sua família. Então, acho que é normal a gente ter insegurança ao entrar nesse ambiente estranho e ter que conviver com todo esse universo desconhecido, mas, a gente tem que visar o bem estar do paciente e tem que encarar o medo e atender. (G1D)

Quando eu me formei, depois de um tempo fui atender em domicílio e eu não sabia como me comportar na residência do paciente porque essa experiência foi pouca durante a graduação. Era tudo novo. Aquele espaço não era o meu consultório onde eu sabia onde ficava tudo, onde já dominava. Então a gente fica meio perdida e bate a insegurança. Ainda tem a família que pode ficar acompanhando tudo e você não está acostumado com a presença dela tão perto. (P3D)

*A gente precisa saber onde a gente está entrando. Quando a gente vai atender na casa do paciente ali não é nosso território, nós somos estranhos ali, nada nos pertence ali. O paciente e a família é quem domina aquele espaço. Então se eu vou para um lugar estranho eu tenho que buscar **conhecer** quem é que vive ali, como é, em que situação eles vivem, não que eu vá tentar dominar ou querer dominar aquele espaço, mas eu preciso conhecer até para saber como atuar nele, já que ali será meu ambiente de trabalho. (P2C)*

Noutros discursos, os sujeitos revelaram uma expectativa, ao considerar-se preparado, relacionado ao tempo como aliado de desenvolvimento de suas capacidades de inserção no ambiente familiar através das experiências ao longo de sua prática profissional em domicílio.

A gente vai se preparando com o tempo, com as vivências. É difícil a gente dizer que está preparado para uma coisa que a gente não vivenciou. Eu acho assim, com o tempo a gente vai aprendendo [...] preparada eu não estou. A gente vai se preparando com a vivência. (G8A)

Pela experiência passada na universidade não tenho experiência ou preparo para entrar no domicílio e atender o paciente e ainda trabalhar com toda a família. Acho que, ao longo do tempo, se for acontecer isso, a gente pode acabar tendo essa visão ampliada. A experiência vai vir depois, na atuação [...] a gente pode estar buscando na prática diária. (G7A)

[...] acho que preparo na verdade a gente não teve nem na teórica nem na prática durante a graduação. Acho que é mais uma questão de cada um. Cada um tem que buscar. Eu tive uma experiência própria na minha família onde eu vi como a família é abalada com uma doença de um membro e como ela precisa de cuidado. (G9A)

Eu saí da faculdade achando que eu sabia tudo. Achava que dominava as técnicas e que seria tudo muito fácil. Mas, quando tive que ir para o domicílio atender um idoso acamado, dependente da família, percebi que só a técnica não era suficiente. Hoje eu sei que só com o tempo é que a gente vai amadurecendo, as coisas vão acontecendo na nossa vida, já foram vários pacientes e várias famílias e esse tempo vai se encarregando de ir preparando a gente. Mas cada caso vai ter surpresas, cada dia que chego no domicílio coisas novas acontecem. Então, vamos nos preparando e ganhando mais confiança com o tempo mesmo. (P1D)

Na realidade a faculdade não te prepara totalmente, vai ocorrendo com o tempo, o seu amadurecimento pessoal, como indivíduo, e profissional com

as experiências vivenciadas com os vários pacientes. Mas acho que se você não sai da faculdade com essa visão do cuidado à família do paciente Você sai menos preparado, mesmo que seja só na teoria, você sai perdendo [...]. É por isso que, mesmo sem a influencia ou incentivo da faculdade, dos professores, das disciplinas que estudei eu procuro estudar o assunto. (G6D)

Outros discursos há em que a idade é correlacionada ao fator tempo na aquisição da experiência para o cuidado domiciliar.

Olha, acho que isso ai é mais uma questão até do próprio amadurecimento do profissional. Eu acho que estou preparado para cuidar da família porque não sou mais nenhum menino. Tenho 43 anos e talvez minha visão seja um pouco diferenciada. Por obrigação do próprio tempo eu tenho uma certa maturidade. Mas, quando uma pessoa fica doente na família, não é uma pessoa, a família toda adoce junto com aquele componente da família. Eu tenho essa noção talvez por causa dessa maturidade um pouco a mais. Essa visão eu consegui não pela faculdade. A faculdade está começando a modificar essa visão mais para a família agora. Mas, antes isso era pouco visto. (G3C)

Preparado, preparado acho que ninguém está, porque ainda somos muito novos na profissão, não temos experiência suficiente, acho que vai ter momentos que vamos ficar inseguros, é normal. Eu sei que eu me preparei, me esforcei, acho que tenho um bom conhecimento, que conquistei durante o curso, mas acho que a gente tem sempre que passar segurança porque se não o paciente e a família dele vai perceber e ai, isso vai influenciar no nosso relacionamento, de profissional e paciente. Só com o tempo, com o passar dos anos, com os empregos, as experiências profissionais com pacientes diferentes, de diversas áreas é que vamos ganhando essa confiança maior, eu penso assim. (G4D)

Soares e Sadigursky (2009) relatam que o profissional ao realizar o atendimento domiciliar precisa apresentar competência não só nos aspectos técnicos-científicos, mas também um componente subjetivo e individual que depende das vivências adquiridas no cotidiano do *ser-existir* de cada profissional. Essas enoveladas nos discursos do tempo como auxiliador e a idade como maturidade profissional pelos sujeitos do estudo. Salientam os autores supracitados, que a competência de cuidados tem um caráter individual e subjetivo e que ela é desenvolvida também coletivamente, assim, com outras experiências vivenciadas.

Portanto, ao olhar-perscrutando as falas acima, mostra-se necessário pensar o processo formador como aquele que possa entremear a relação interpessoal profissional-idoso-família. Trata-se de uma tessitura entre os saberes técnico-científicos aos sociais-humanísticos, de modo a minimizar/extinguir os medos, a insegurança e a percepção de falta de “amadurecimento” psico-cognitivo para adentrar o espaço domiciliar e empreender o cuidado conjunto fisioterapeuta-família

no direcionamento da promoção da saúde do sistema familiar em sua inteireza e globalidade.

Essa tessitura se mostra nesse estudo num processo de magnetização em que os discursos dos graduandos, Coordenadores e profissionais são atraídos para um campo de concentração de energia, o qual foi apanhado na subcategoria a seguir. Nesta as sugestões para o processo formador ao alcance da família se mostram em eco nas falas dos sujeitos.

5.3.3 Subcategoria - O processo da formação e práxis do fisioterapeuta - indicativos dos graduandos e profissionais para contemplar o cuidado à família

O processo de direcionamento da família por parte do fisioterapeuta encontra desafios e limites devido à carência de saberes em relação a este sistema durante a sua formação. Entretanto, as falas dos sujeitos do estudo traçaram indicativos para contemplar o cuidado à família durante a práxis fisioterapêutica no ambiente domiciliar, demonstrando uma abertura de olhar sobre esse tema a partir da realidade que se apresenta com o envelhecimento da população.

As falas dos participantes demonstraram insatisfação em relação ao modelo de formação tecnicista, individualista e organicista, que vão em direção oposta ao que é preconizado pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia (BRASIL, 2002), onde aborda que o cuidado deve ir além do atendimento individual abrangendo a dimensão familiar.

Um dos indicativos dos sujeitos foi que durante a graduação essa temática fosse incluída no plano de curso das disciplinas curriculares, tanto na teórica como na prática, para suscitar discussões e também ser experimentada durante as aulas práticas e estágios supervisionados, capacitando o aluno desde o início da graduação para alcançar o cuidado integral ao paciente-família, como se observa nos discursos de graduandos e profissionais abaixo listados que refletem a compreensão dos demais sujeitos do estudo, e assenta-se no eixo 3.3 do referencial teórico desse estudo que aborda a Formação do Fisioterapeuta.

[...] devia ser abordado na maior quantidade de disciplinas possíveis. Por exemplo, como a gente atende idoso em abrigo é um pouco mais complicado de abordar a família, mas, que poderia ser inserido até mesmo no atendimento da clínica porque a gente tem um contato com o paciente

um tempo maior. Mas, não só na questão prática, isso vir sendo abordado desde as primeiras disciplinas, a questão teórica também. (G5A)

Eu acredito que precisaria ser mais discutido esse tema nas disciplinas da grade do curso. Assim, se a gente tivesse discussão sobre a família nas disciplinas de geriatria, neurologia, pediatria, que são disciplinas onde a gente tem patologias que afetam o indivíduo gerando dependência, que faz com que tenha que ter alguém pra tomar conta direto, o dia todo, então a gente teria mais informação sobre isso de várias áreas, sobre vários olhares e não só ir ter contato com a família do doente no final do curso, no estágio, aí já é muito tarde e agente fica preocupado em atender bem o paciente, de fazer as condutas corretas por causa do supervisor, tem que atender vários pacientes e a família fica ou vai sendo deixada de lado. Então são mais práticas e mais cedo no curso. (G1D)

Os professores, coordenadores de cursos devem buscar incluir nas disciplinas, no conteúdo temas mais atuais e que também tem haver com a realidade do país como a saúde pública, a saúde da comunidade e essa questão do cuidado da família para com o idoso. E isso deve ser feito mais na prática e não só na teoria, porque na teoria, a gente vai na internet e tá lá muita coisa, é só ter o interesse de ler e aprender, mas na prática fica mais difícil, tem que ter a orientação de alguém, o acompanhamento e aí entra as práticas na faculdade, na universidade. (G6D)

Eu acho que a gente deveria ter mais aulas práticas voltadas nesse sentido de você analisar o paciente em toda perspectiva e saber quais os fatores vão influenciar naquela doença dele e ter mais convívio e contato que a gente não tem. Foram poucas as vezes que a gente teve essa oportunidade de conversar com a família, agente não tem esse contato. E também discutir mais o assunto porque não é comum durante a graduação. (G3A)

Os cursos devem buscar olhar mais para esse lado da família. Ter mais aulas práticas, para o aluno vivenciar isso ainda dentro da faculdade porque ele tem chance de ser orientado pelo professor, tirar suas dúvidas antes de enfrentar o mercado de trabalho. Até mesmo para ele ver se tem perfil para atender a domicilio porque tem pessoas que não gostam, preferem o ambiente do hospital, das clínicas. É uma forma de orientar a escolha profissional do aluno também. (P1C)

Nessas falas que se abre para além do indivíduo idoso fragilizado ao sistema familiar vê-se a necessidade de aproximação do processo de ensino-aprendizagem à aderência ao contexto vivencial dos indivíduos.

Por outro lado, foram identificados discursos em que tal percepção formativa-cuidativa ainda se encontra distante da família enquanto unidade de cuidados, por vezes, há uma tentativa de abertura, demonstrando certa “inquietude conflitual”, que ao nosso modo de ver, reflete carência de saber para poder expressar crítica construtivamente a abordagem de família na inserção profissional do fisioterapeuta, a exemplo:

Acho que a faculdade, os cursos deveriam buscar ter disciplinas que não fossem obrigatórias, que contasse no currículo dela, mas que a pessoas, que o aluno fizesse se quisesse se tivesse interesse pela área, pelo assunto. Aí se tivesse uma disciplina para o aluno ir atender a domicilio,

estar lá, convivendo com a família do paciente, acho que teria mais tempo para ver esse outro lado da saúde de todos os familiares, acho que seria uma forma diferente de atender porque a gente só foca o paciente, o que ele está sentindo, como tratar, essas coisas do paciente, seja ele idoso, criança, mulher, homem. (G5C)

[...] a disciplina, fisioterapia comunitária ela tem que ter, urgentemente, tem que ter o estágio na parte de comunitária, porque comunitária, dentro do modelo curricular é a disciplina que contemplaria esse tipo de abordagem domiciliar e a família, porque o estudante iria com o supervisor a campo, porque nenhuma outra disciplina no momento tem isso no curso. Então isso deveria ser instituído urgentemente, essa já é uma discussão antiga dentro do curso, urgentemente um estágio em fisioterapia comunitária com abordagem domiciliar, porque isso estimularia práticas de iniciação científica nessa relação fisioterapeuta-paciente, como é que esse profissional deve se portar, porque a literatura não contempla isso, em relação a fisioterapia a gente não tem, tem a enfermagem, mas a fisioterapia é uma profissão singular porque tem longo tempo, muito convívio, então como é que o profissional deve proceder em relação a essa realidade. (P3A)

No enovelar desses discursos, no confronto direto com as realidades vividas dos graduandos e profissionais ao cuidado humano é perceptível que eles anseiam por saber, de modo que possam transitar em cuidados no meio relacional humano familiar. O reflexo disso foram sugestões que esses indivíduos - sujeitos desse estudo buscaram apresentar, como se observa abaixo, em que foi sugerida uma reformulação curricular, na qual a formação do fisioterapeuta fosse mais direcionada à saúde coletiva passando a atuar na prevenção e promoção da saúde, incluindo a família como alvo de seus cuidados. Apontam que seria necessária uma mudança de pensamento das IES, de coordenação de curso, docentes e dos próprios graduandos para efetivar tais mudanças.

Então eu acho que deve partir de uma reforma curricular, não de disciplinas, mudar as disciplinas, mas mudar a forma como os assuntos são tratados, abordados, dando atenção a prevenção, tratamento e reabilitação do paciente como um todo.[...] Acho que esse assunto poderia ser mais discutido, mais mostrado pelos professores nas aulas durante a graduação pra gente poder ter um conhecimento maior de como a gente pode trabalhar aí, no atendimento domiciliar, na atenção a saúde da família. (G4D)

Precisa mudar muita coisa. Mudar a visão das universidades, das pessoas que estão na coordenação das universidades, porque hoje em dia faculdade, abrir uma faculdade virou sinônimo de dinheiro, de lucro. Então se abrem os cursos de qualquer forma, não dão a devida importância aos currículos, não buscam adequar os currículos a realidade do país, as necessidades do país, no caso dos cursos de saúde. (G6D)

Seria interessante um trabalho de maior conhecimento do tema, trazer como ponto para o colegiado para ser discutido com os professores para cada um dar a sua opinião e ver como poderia estar incluindo o tema em sua disciplina e em seu plano de curso. (CA)

Esse tema é bastante atual, pois a política de saúde do país visa a família. Apesar disso, a família, o sistema familiar em si é pouco trabalhado na prática, principalmente na área da fisioterapia que está buscando ganhar cada vez mais espaço no SUS. Seria interessante estudar ainda mais essa abordagem ao sistema familiar e aí precisaria discutir mais esse tema nas disciplinas pelos professores. (CB)

Eu aconselho aos alunos buscarem cobrar dos seus cursos esses assuntos polêmicos, que são de difícil discussão pra quando chegar depois de formados terem pelo menos uma noção, mesmo que seja só teórica, porque muitos nem isso têm, imagine prática. Então eu sugiro cobrança dos alunos que são muito passivos, aceitam tudo que o professores dizem e também não procuram coisas novas. (P3B)

No leque das sugestões percebe-se haver um olhar sócio-político sobre o aspecto demográfico atual e suas perspectivas futuras referente ao envelhecimento humano, também sobre a abordagem familiar e alguns acenam inclusive às novas configurações familiares que se mostram na contemporaneidade, como enuncia **CC**: “a família está em constante mudança, às famílias hoje têm novos modelos e isso vai influenciar no cuidado”, mas também, sobre as relações intra- e inter-familiar, numa forma de olhar que possa enxergar para além da patologia no processo de formação acadêmico, como disse **G2A**: “que os professores estejam atentos, que eu acho que nem todos vêem desta forma o ambiente familiar. Só tratam a pessoa e a patologia em questão e esquece de todo um conjunto que tá em volta”.

Outras sugestões se mostraram, e envolve o ser – acadêmico/fisioterapeuta tornar-se inquieto para perseguir os saberes através de participação em projetos de pesquisa e extensão, congressos, simpósios, oficinas, e outros, onde a família fosse à temática alvo das discussões, como foi acenado na subcategoria 5.1.3 “Aproximação dos saberes para o alcance da família proveniente de ações de pesquisa e extensão universitária ou da experiência profissional após a graduação”, visando a rememorar a esta, a qual emergiu que a aproximação do saber para alcançar o sistema familiar precisava ir além da sala de aula. Nesse momento, tais aspectos se fazem incisivos nos discursos abaixo:

Acho que através de projetos, através de discussões na faculdade, de semanas, na Semana de Fisioterapia poderia tá inserido esse tema, as palestras ainda são muito voltadas para o patológico e as vezes esquece da saúde pública, da saúde familiar. (G6A)

Os cursos de fisioterapia têm que abordar esse assunto ainda na faculdade, na graduação e tem que ser discutido, falado em congressos, simpósios onde nós, já formados e que não discutimos isso na faculdade possamos debater também e nos atentarmos para isso também. (P4B)

A minha sugestão é que o assunto possa debatido em outros espaços que não seja só as disciplinas da faculdade porque quem já está formado não terá oportunidade de discutir também, de saber mais. A minha sugestão é que o assunto seja tratado em cursos, ou congressos até mesmo em fórum na internet, alguma forma que todos possam ter acesso e saber mais para poder usar na prática. (P2B)

Pra quem já estar formado, como é o meu caso, deve ter acesso a artigos em revista, ou participar de eventos que tragam que abordem esse assunto para se atualizar nesse tema. (P1C)

Nosso curso já aborda sobre esse tema família. Poderíamos ampliar ainda mais incluindo palestras, simpósios sobre a atuação da família no cuidado e garantir maior conhecimento dos graduandos. Para isso tem que haver uma mobilização e isso vai partir dos professores ou dos discentes para incentivar a realização desses eventos. (CD)

As sugestões que emergiram nesse estudo convergem para um cenário nacional, a partir do nosso olhar, sobre o estado da Bahia nas IES investigadas em que o estado da arte nos fez revelar o quão complexificador encontra-se o processo formativo do fisioterapeuta para o cenário nacional diante do envelhecimento humano, quanto suas demandas instrumentais de desenvolvimento que enlaça o sistema familiar como contexto de cuidado. Mediante o enunciado e ancorado nas falas precedentes e no imbricamento dessas com aquelas que a antecedem, vê-se como urgente, um retroceder do olhar para a LDB (BRASIL, 1998), Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia (BRASIL, 2002), para o Código de Ética profissional (BRASIL, 1979), o projeto de Lei n 3.256 (BRASIL, 2004), e ainda para o NASF (BRASIL, 2008), ou seja, perceber os dispositivos legais que preconizam e explicitam cenários, contextos, formação no direcionamento do indivíduo-família na formação e atuação profissional fisioterapeuta. Sobretudo para o pensar-agir no contexto global com postura frente aos problemas sociais à vida social.

Ao alcançar as linhas condutoras das considerações finais desse estudo, temos que o imbricamento das categorias e subcategorias, em seu processo de construção em idas e vindas, norteado pelo pensar compreensivo interpretativo o qual subsidiado no referencial metodológico, nos fez acalmar ao tempo que também inquieta, ou seja, acalmar pelo desvelamento do fenômeno que foi perseguido e inquietar pelo imbricamento dessa última categoria às que a antecederam. Sobretudo pelo que é salientado nessa última, como sugestões dos graduandos, profissionais e Coordenadores.

CAPÍTULO VI



Fonte: http://brasillanapoetica.blogspot.com/2010_08_01_archive.html

*"...aprender não é um ato findo.
Aprender é um exercício constante de renovação..."*

(Paulo Freire)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional brasileiro se mostra como fator impactante às Políticas Públicas Sociais e de Saúde, um advento não perspectivado até o século IXX e que, a partir do século XX, no cenário nacional, ocasionou um desencadeamento tipo “queda de dominó” nos aspectos da política, planejamento e gestão no SUS, especialmente, pelas leis amparadoras do grupo social idoso. Ou seja, com o advento do aumento da expectativa de vida da pessoa idosa, o país está vivendo um contexto sócio-demográfico nunca antes imaginado.

Neste cenário, abrem-se *multiversas* ‘janelas’ desde o âmbito formador, no que tange ao processo acadêmico profissionalizante, à área gerontogeriatrica e à implementação das políticas emergidas desde a Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e da Lei Federal n.º 8842/94 (BRASIL, 1994) que aborda a Política Nacional do Idoso, fio condutor de toda e qualquer discussão que se faça sobre a velhice.

Assim, percorrer esse contexto foi o objetivo maior deste estudo, especialmente, no âmbito da ciência fisioterápica no alcance da pessoa idosa e sua família como contexto de seus cuidados. Ainda porque tal ciência caminha em via de mão dupla com o incremento das doenças crônico-incapacitantes e com alto impacto na capacidade funcional do grupo social idoso.

Outro enlace também buscou considerar os saberes que envolvem a família na consideração de que esta se reverte na estrutura organizacional vincular proximal na qual as pessoas estão inseridas pelo vínculo de pertença, e assim, como enunciado por estudiosos desta área de conhecimento, a primeira unidade de cuidado na qual o humano se conserva. Entendimento este, que enlaçou nosso modo de pensar e que convergiu para buscar desvelar a inserção da fisioterapia nesse ambiente humano de cuidados. Assertiva que encontrou respaldo legal na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), que define os princípios e fins da educação nacional para todos os níveis e modalidades de ensino, incluindo o ensino superior público e privado; as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia instituídas pela Resolução 4, CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002); do Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta (1978) e nas Resoluções do

COFITTO. Mostrando-se assim, a importância de incluir a família como alvo dos cuidados dos fisioterapeutas.

Persegue-se tal premissa, neste estudo, a partir do objetivo geral, o qual, buscou desvelar se os graduandos em fisioterapia estão sendo formados para prestar o cuidado domiciliar à pessoa idosa fragilizada, considerando o seu contexto relacional-familiar, este, num enovelamento de cinco objetivos específicos imbricados no seu alcance.

Para alcance do objetivo geral foi necessária a construção de bases sólidas, abrangentes que enlaçaram a legislação que regulamenta a profissão, o conhecer dos ementários dos cursos de Fisioterapia do Estado da Bahia, a apuração da visão de mundo sobre o exercício profissional de graduandos, profissionais e Coordenadores de Curso na tríade envelhecimento-incapacidade funcional-família.

Primeiramente, buscamos descortinar saberes, alcançando o conhecimento sobre o estado da arte, conduzindo a um aprofundamento sobre o envelhecimento, as relações familiares, a importância do profissional de saúde conhecer a família e o atendimento domiciliar como estratégia de cuidado à família da pessoa idosa fragilizada, constituindo-se em elemento norteador do estudo.

Nessa trajetória foi necessário nos embebermos dos conhecimentos dos autores que abordam o envelhecimento humano em seu processo natural e de fragilidade, a família e sua dinâmica estrutural e relacional ao longo do tempo, a família numa concepção sistêmica, e por fim, a formação do fisioterapeuta em seus aspectos jurídicos e pedagógicos numa constituição formadora do referencial teórico.

No entanto, para desvelar o fenômeno e melhor compreendê-lo foi imprescindível o percurso metodológico adotado na abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e documental. Este, mediado pela utilização de vários instrumentos e cruzamento de técnicas que possibilitaram o alcance do objetivo proposto. O desenho do percurso metodológico do estudo (Figura 1), ancorado nas ideias de Miles e Huberman (1984) foi ímpar para alcançar essa fase do estudo, ou seja, suas considerações tendo em vista seu relatório final.

Desde percurso metodológico, entendido como fase de análise compreensiva proximal dos dados, deu-se o desvelamento no constructo final em meio ao velado em três categorias, intituladas: “Formação do profissional fisioterapeuta: contexto de uma carência de saberes”; “A atuação profissional do fisioterapeuta descuida dos

saberes para o alcance da família” e “A fisioterapia no direcionamento da família: desafios e limites à práxis do cuidar-sentimentos enveloados” dos graduandos e profissionais, aliadas a duas categorias, oriundas dos discursos dos Coordenadores de Curso, intituladas: “Perspectivas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia versus o Projeto Pedagógico das IES” e “Um processo de despertar para o cuidar do indivíduo-família buscando vencer barreiras de “visão cega” centrada no ser biológico para o ser social” . Estas foram transversalizadas fazendo emergir a compreensão da temática estudada.

O enovelar dessas categorias revelou a fisioterapia no contexto das IES estudadas, no Estado da Bahia, como um campo profícuo de inquietações no que concerne ao processo formador de inserção comunitária-domiciliar para o fisioterapeuta, tendo em vista, a pessoa idosa e a família, especialmente, ao olhar para os fatores sócio-demográficos apresentados pelo PNAD (BRASIL, 2009), IBGE (BRASIL, 2010) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Tais inquietações enlaçaram também os sujeitos do estudo, sejam graduandos, profissionais e Coordenadores de curso que, de modo geral, enunciaram saber os aspectos enoveladores do envelhecimento e das demandas instrumentais e estruturais à família. No entanto, por vezes, houve discursos que denotou certo distanciamento da complexidade sobre a inserção dessa classe profissional no âmbito comunitário, mais especificamente, no contexto domiciliar-familiar. Aspecto que não encontrou eco nas generalidades dos discursos. Os dados encontrados apontaram para uma urgente e necessária reforma curricular, mesmo naquelas IES em que tinham passado recentemente por esse processo, tendo em vista que as sugestões que emergiram quanto à tríade que enovela este estudo foram de ampliar o foco formador às demandas potenciais que se mostram na perspectiva do idoso-família, sobretudo, como uma questão pontual para o fortalecimento do SUS.

Do desvelado, colocamo-nos humildes diante da ciência, visto que, nosso olhar, embora buscasse ser amplo na inquietude constante em perseguir o estado da arte à temática nas bases de dados de fator de impactação, revelou uma carência de estudos que deram vazão a dados que trouxessem o processo formador à família. Ainda assim, no respeito aos aspectos éticos-morais e, sobretudo, à

ciência, falamos do contexto, o qual foi o nosso cenário de investigação, um Estado Federativo do Brasil, a Bahia, dos demais vinte e seis.

No entanto, com a ousadia que todo o pesquisador deve ter, porém, respaldado em materiais que subsidiam suas ideias no que fez emergir a partir da articulação de multitécnicas cercando todos os lados para o seu enunciado ter validade e na abordagem qualitativa, consideramos que a formação do fisioterapeuta no alcance ao idoso e família mostra-se como um ponto a ser discutido para reformulação curricular que possa convergir para o pensar integrador, ou seja, interdisciplinar com fronteiras verdadeiramente abertas entre as ciências sociais, humanas e biológicas, especialmente, porque a ciência do cuidado humano deve ser integralizadora.

Assim, torna-se um desafio para as pesquisadoras que as considerações alcançadas neste estudo sejam difundidas através dos meios de divulgação científicos para que a temática possa ser debatida e apreendida pelos graduandos, docentes, Coordenadores de cursos e profissionais fisioterapeutas revertendo em um pensar-refletir-agir integral produzindo um cuidado de qualidade para o idoso e seu sistema relacional familiar.

Buscando alcançar as linhas finais deste estudo é salutar destacar a satisfação de trilharmos nesse universo e alcançar resultados que apontam para uma reflexão-ação à profissão fisioterapia. Cumpre-se citar que esse estudo não se reverteu em uma tarefa simples. Trabalhar com abordagem qualitativa, sermos sujeito de ação-reflexão enovelados na teia do cuidado, inclusive de delinear as linhas desse constructo que acreditamos ser relevante para avaliação da profissão, de modo a acatar críticas construtivas no alcance do bom formar o sujeito do cuidar fisioterapeuta.

Ante aos desafios, tivemos que driblar o acesso aos participantes do estudo, o deslocamento entre as IES no Estado da Bahia, à distância em quilômetros percorrida, que, aos olharmos para trás, não sumariza, tendo o olhar sobre os resultados alcançados. Falar em limitações no estudo é considerar que toda a ciência tem limite e que certamente esse estudo tem limites também, por mais longe que o esforço empreendido nos levasse a alcançar, pois temos consciência que estamos em uma parte, numa concepção sistêmica e o todo é um desejo e sempre um desejo.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, M. **(Des) Equilíbrios familiares**. 3.ed. Coimbra: Quateto, 2006.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Qualidade de vida do idoso**: a assistência domiciliar faz a diferença? 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: Cedesis, 2006.

ALMEIDA, M.C.; CARVALHO, E.A. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. 2.ed.São Paulo: Cortez, 2004.

ALMEIDA, L.G.D.; *et al.* Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos. **Rev. Saúde. Com**, Jequié, v.2, n.1, p.50-5. 2006.

ANDOLFI, M., *et al.* **Por trás da máscara familiar**: um novo enfoque em terapia da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

APPLE, M.W. **Ideologia e currículo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2009.

ARAÚJO, M.M.; WIZNIEWSKY, J.G.; TSUKAHARA, R.T.; ARAÚJO, L.L. Indissociabilidade do Ensino, Pesquisa e Extensão na Universidade. **Rev. Bras. de Agrociência**, Pelotas, v.4, n.3, p.177-182, Set-Dez.1998.

AUGUSTO, F. M.F. SILVA, I. P.; VENTURA, M. M. Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.12, n.2, p.103-18, Nov. 2009.

BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e "do nós" na perspectiva da complexidade. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4. Jul-Ago. 2009.

BANCO MUNDIAL (BIRD) - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Departamento do Brasil). **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**. Implicações do Envelhecimento Populacional sobre: Crescimento Econômico, Redução da Pobreza, Finanças Públicas, Prestação de Serviços. 2011.

BERTALANFFY, L. V. **General System Thoery**. Nova York: Brasiller, 1968.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1977.

BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Rev. História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, Jul-Set. 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1969. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>. Acesso em: 02 Ago. 2010.

_____ Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Lei n. 6.316 - de 17 de dezembro de 1975**. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia. Disponível em: <http://www.coofito.org.br>. Acesso em: 02 Ago. 2010.

_____ Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Código de Ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução 10**, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO de 3 de julho de 1978. Diário Oficial da União, de 22 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.coofito.org.br>. Acesso em: 02 Ago. 2010.

_____ **Constituição [da] Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. (1988). Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 02 Ago. 2010.

_____ **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/leisdeidosos/politica_federal-dec1948.htm>. Acesso em: 02 Ago. 2010

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 02 Ago. 2010.

____ Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Promove a descentralização e a autonomia para as escolas e universidades, além de instituir um processo regular de avaliação do ensino. Disponível em: http://www.mec.gov.br/home/legislacao/de_fault.shtm#superior. Acesso em: 02 Ago. 2010.

____ Ministério da Educação. **Plano Nacional de Extensão Universitária. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu / MEC**. 2000 / 2001. Brasília, DF. 2001.

____ Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Relator: Arthur Roquete de Macedo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 11. Disponível em: http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/resolucao/04_02fisioterapia.doc. Acesso em: 02 Ago. 2010.

____ Estatuto do Idoso: **Lei n. 10741: de 2003**, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília (DF): Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações; Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2003.

____ Comissão de Seguridade Social e Família. **Projeto de Lei Nº 3.256, de 2004**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico pelas equipes do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.coofito.org.br>. Acesso em: 02 Ago. 2010.

____ Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n.19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

____ Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de 2008**. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 12 de ago de 2010.

____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm. Acesso em: 29 julho 2010.

____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708> Acesso em: 17 de junho 2010.

____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010>> Acesso em: 17 de setembro 2011.

____ Ministério da Educação. e-MEC - **Sistema de Regulação do Ensino Superior.** 2011. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/emec/educacao-superior/cursos>. Acesso em: 12 de fev de 2011.

____ Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no BRASIL, 2011-2022.** Brasília-DF. Julho de 2011.

BRITO, E.S; RABINOVICH, E.P. A família também adoce: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Rev.Comunicação, saúde, educação.** v.12, n.27, p.783-94, Out-Dez. 2008.

CAMARANO A.A. **Como vai o idoso brasileiro?** Texto para discussão nº 681. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

CAMARANO A.A. **Os Novos Idosos Brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para a população idosa:** um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix,1992.

CAPRA, F. **A Teia da Vida:** uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.13.ed. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARTER, B.; MCGOEDRICK, M. **As Mudanças do Ciclo da Vida Familiar.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 1.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CERVENY, C. M.O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. 2010. Disponível em: <<http://www.coofito.org.br>. Acesso em: 02 Ago. 2010.

CREPALDI, M.A.; MORÉ, C.L.O.O. Atendimento Psicológico a famílias na clínica e na comunidade: questões ético-metodológicas. **Rev.Temas de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.201-209. 2002.

DECESARO, M.N.; FERRAZ, C. A. Família de pessoas dependentes de cuidado. **Rev.Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, (Suppl.), p:149-157. 2005

DECESARO, M. N; FERRAZ, C. A. Desvendando o senso do limite de familiares que convivem com pessoa dependente de cuidados físicos. **Rev. Eletrônica. Enferm.** v.11, n.1, p.23-31. 2009.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 3.ed. Campinas: Autores associados,1998.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, A. M.I. Discutindo caminhos para a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. **Rev. Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física**. v. 1, n. 1, p.37-52, Ago. 2009.

DIOGO, M. J.D.E.; DUARTE, Y.A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DUARTE, Y A. O; *et al.* Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

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

ELSEN, I; MARCON, S.S; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2. ed. Maringá: Eduem, 2004.

ERICKSON, F. Qualitative methods in research on teaching. In: MERLIN C. W. **Handbook of research on teaching.** Londres: Macmilian. 1986.

FABRÍCIO, S.C.C; *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.721-6, Set-Out. 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** 5.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FEURWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M.L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p.36-48. 2000.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALVAN, C. C.; TRELHA, C. S. O enfoque familiar na formação do profissional fisioterapeuta. **Rev.Olho Mágico**, n. 22, p. 12-13. 2000.

GIACOMIN K. C. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, Jan-Fev. 2005.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev.Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 645-53, Out-Dez. 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIMENO, A. **A Família**. O Desafio da Diversidade. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GONÇALVES, L.H.T. *et al.* Percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde e apoio da família. **Rev.Cogitare Enferm**. Florianópolis, v.1, p.60-66, 1996.

GONÇALVES, J.C. Discurso, interação e práticas sociais: implicações para a formação profissional. **Recorte-Revista de linguagem, cultura e discurso**, Três Corações, n. 7, Jul-Dez. 2007.

GONÇALVES, R.N; MELO, J.S. Expectativas dos universitários do curso de fisioterapia frente ao primeiro estágio prático e a reflexão da participação docente na preparação para o estágio prático. **Rev. Ensaio e Ciência**, v. 15, n.1, p.153-69. 2011.

GREGO, M. **Educação superior para a construção de projetos de vida**. São Paulo: Salesiana, 2002.

GUIMARÃES, K.B.S. **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

HOFFMANN, A.C.O.S. *et al.* A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Rev. Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.1, p. 75-88, Jan-Abr. 2005.

IGEA, D. *et al.***Técnicas de investigación em ciências sociales**. Madri:Dykinson. 1995.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.485-493, Mar. 2008.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. - Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.1, p.75-79. 2002.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos de transição demográfica e epidemiológica. **Rev. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p.134-140. 2007.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. **Investigação qualitativa: fundamentos e prática**. 2.ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

LEVI-STRAUSS; GOUGH, K.; SPIRO, M. **A Família como Instituição**. Porto: Res. Editora, 1977.

LIBERATO, E.M.; SANTOS, D.M.S; COSTA, L.C. Convivência familiar na velhice. **Rev. UniVap**, São José dos Campos, v.15, n.27. 2008.

LOPES, L. M. P Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v.25, n.1, p.39-46, Jan-Jun. 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação abordagens qualitativas**. 9.ed. São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL, R.V. *et al.* Teoria, Prática e Realidade Social: uma perspectiva integrada para o ensino e fisioterapia. **Rev. Fisioter. Mov**, Curitiba, v.18, n. 1, p.11-17. Jan-Mar. 2005.

MARCON, S.S.*et al.* Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Rev. Texto e Contexto-Enfermagem**, v.14, n.esp, p.116-124. 2005.

MARINHO, A.P.; FIORELLI, J.O. **Psicologia na fisioterapia**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

MARQUES, H. R. *et al.* **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. 2.ed. Campo Grande: UCDB, 2006.

MARTINS DE SÁ; J.L. A formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MARTINS, L.A. A exclusão social do Idoso Institucionalizado. **Rev. A Terceira Idade**, São Paulo, v.16, n.32, p.68-77. Fev. 2005.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, São Paulo, v.15, n.1, p.01-10, Abr. 2005.

MEYER, P.F.; COSTA, I.C.C.; GICO, V.V. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. **Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.877-890. 2006.

MENDES, W. **Home Care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI, 2001.

MENDES, P.B.M.T. Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U.M. S. **Envelhecimento com dependência**: Revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

MILES, M. B; HUBERMAN, M. **Drawing valid meaning from qualitative data**: Toward a shared craft. Educational Researcher.1984.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINUCHIN, P.; COLANTINO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com Famílias Pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MINUCHIN, S. **Famílias**: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MONTEZUMA, C.A; FREITAS, M.C; MONTEIRO, A.R.M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.395-404. 2008.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 520-525. Set. 2007.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 3.ed. Cortez, São Paulo, 2002.

MORIN, E. **O método**. A natureza da natureza. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2003.

NERI, A, L.; YASSUDA ,M.S. **Velhice Bem-Sucedida**. Aspectos Afetivos e Cognitivos. 3. ed. São Paulo: Papirus, 2004.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

NERI, A. L.: **E por falar em velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A.L., SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A L. **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002.

NEVES, C.E.B.; RAIZER, L.; FACHINETTO, R. F. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. **Rev.Sociologias**, Porto Alegre, v. 9, n.17, p.124-157. 2007.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de Metodologia Científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

PAIVA, S.O.C; CARVALHO, E.M.F;. LUN, C.F. A velhice não contemplada: invisibilidade das demandas sociais da pessoa idosa em Fernando de Noronha – Nordeste do Brasil. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.10, n.2, p.91-105, Dez. 2007.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, VIANA *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2006a.

PAPALÉO NETTO, M.: **Tratado de Gerontologia**, 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006b.

PAVIANE, J. **Ensinar**: deixar aprender. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

PEREIRA, R.J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idoso. **Rev. Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n.1, p.27-38, Jan-Abr. 2006.

PEREIRA, L.A.; ALMEIDA, M. Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. p.171-184. 2006.

PERRACINI, M.R.; NERI A.L., Análise Multidimensional de Tarefas Desempenhadas por Cuidadores Familiares de Idosos de Alta dependência. **Rev.Trajetos**, n. 1, v.1, p. 67-80. 1994.

PESSINI, L. Cuidados Paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Rev.Prática Hospitalar**, n. 41, p. 107-112, Set-Out. 2005.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

PIROPO, T,G,N.D. **Estilo de vida de pessoas idosas pós-AVE e sua relação com a assistência de Fisioterapia em domicílio**. 2010. Monografia (Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMBO, O. **Interdisciplinaridade**. Ambições e Limites. Lisboa: Relógio d'Água, 2004.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.

QUEIROZ, Z.P.V.; RUIZ, C.R.; FERREIRA, V.M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.12, n.1, Jan. 2009.

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

REDANTE, D. *et al.* Cuidando o idoso e a família. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.2, n.2, p.158-163, Maio-Ago. 2005.

RESTA, D.G.; MOTTA, M.G.C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.spe, p.109-115. 2005.

RIBEIRO, K.S.Q.S. A contribuição da extensão comunitária para a formação acadêmica em fisioterapia. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.12, n.3, 2005.

RIBEIRO, K.S.Q.S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Cad. CEDES**, Campinas, v.29, n.79, Set-Dez. 2009.

ROCHA, V.M. **Do corpo a corporeidade: repensando os saberes na formação dos profissionais fisioterapeutas**. 2002. Tese. (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. UFRN, Natal, 2002.

ROCHA, V.M, *et al.* As diretrizes curriculares e as mudanças no formação de profissionais fisioterapeutas(ABENFISIO). **Rev. Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v.11, n.5, p.4-8, Set-Out. 2010.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005.

SALMÓRIA, J.G; CAMARGO, W.A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Rev.Saúde e Soc, São Paulo**, v.17, n.1, p: 73-84. 2008.

SANTOS, C.C.O.; PEREIRA, K.K.Y. **A saúde bucal na estratégia no Programa Família Saudável: uma experiência na unidade de saúde da radional**. 2005. Monografia (Graduação em Odontologia). Universidade Federal do Pará, Belém, 2005.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v.1, n.1, p. 1-15, Jul. 2009.

SCHMIDT, L.A. **Os cursos de Fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Rev. Estudos da Psicologia**, Campinas, v.4, n. 25, p: 585-93.out/dez. 2008.

SIGNORELLI, M.C; *et al.* Um projeto político-pedagógico de graduação em fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Rev. Fisioter. Mov**, Curitiba, v.23, n.2, Abr -Jun. 2010.

SILVA, D.J.; DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Rev.Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro,v.12, n.6. 2007.

SILVA, L.W.S., *et al.* Família uma unidade de cuidado para seus membros: iniquitações reflexivas . **Revista SERVIR**, Lisboa, v.56, n.5, Nov-Dez. 2008.

SILVA, L.W.S., *et al.* A família e o cuidado - reveses e vieses entre a aceitação e o desafio do cuidar. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n.2, p: 191-202. Nov. 2010.

SILVA, L.W.S. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2**. 2007. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina/PEN, Florianópolis, 2007.

SILVA, L.W.S; DURÃES, A.M; AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. **Rev.Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 495-501, Jul-Set. 2011.

SOARES, D.A; SADIGURSKY, D.R. Da competência interpessoal como elemento para o cuidado de enfermagem. **Rev.Saúde.Com.** v.5, n.2, p:147-155. 2009.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

THOBER E; CREUTZBERG, M; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 58, n.4, p.438-443. 2005.

TORRES, G.V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Rev. Aval. psicol.** Itatiba, v. 8, n.3. dez.2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação.1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VALENÇA, T.D.C; SILVA, L.W.S. Fisioterapia no Cuidado ao Sistema Familiar: Uma Abordagem à Pessoa Idosa Fragilizada. **Rev. Temática Kairós Gerontologia,** São Paulo, v.14, n.3, p. 89-104, Jun. 2011.

VALENTIM, M.L.P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação.** São Paulo: Polis, 2005.

VAN DER MAREN,J.M. **Méthodes de Recherche pour l'Éducation.** 2ed. Bruxelles: De Boeck & Larcier.1996.

VASCONCELLOS, M.J. E. **Pensamento sistêmico:** o novo paradigma da ciência. 4.ed. Campinas: Papyrus, 2002.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2479-2489, Out. 2007.

VILAÇA, C.M. et al. O Autocuidado de Cuidadores Informais em Domicílio – Percepção de Acadêmicos de Enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enferm.,** v. 7, n. 2, p. 221-226. 2005.

WAIMAN, M.A.P.; ELSSEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 5, Supl., p.107-12. 2006.

WAIDMAN, M.A.P., *et al.* Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com Diabetes Mellitus. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.13, n.1, p. 43-48, Jan-Mar. 2009.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública.** Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 4.ed. São Paulo: Roca, 2009.

ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A.C.T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.11, n.1, p. 45-54. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE - A



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 do CNS

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: **CUIDAR A FAMÍLIA: A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O ALCANCE DOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ESTADO DE FRAGILIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO**, sob responsabilidade da mestrandia **Tatiane Dias Casimiro Valença**, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde e orientação da **Prof.ª Dr.ª Luzia Wilma Santana da Silva** do Departamento de Saúde da UESB, os seguintes aspectos:

Objetivo: Desvelar se o Fisioterapeuta está sendo formado teórico-prático-metodologicamente para prestar o cuidado domiciliar ao idoso fragilizado considerando o seu contexto familiar.

Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória, descritiva e documental que visa desvelar a formação do profissional fisioterapeuta para o cuidar à família no contexto domiciliário. Será utilizado como instrumentos para coleta de dados: a entrevista semi-estruturada, o inquérito documental, o diário de campo e a avaliação documental. O trabalho será desenvolvido tendo como cenário as Instituições de Ensino Superior (IES) da Bahia que oferecem o Curso de Graduação em Fisioterapia criado há dez ou mais anos, tendo como referência o presente ano, e reconhecidos há cinco ou mais anos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) ou pelo Conselho Estadual de Educação, estando às mesmas localizadas nos municípios de Salvador, Cachoeira e Jequié-BA.

Justificativa e Relevância: temos constatado uma lacuna na área de saúde no que diz respeito ao conhecimento das relações familiares em situações de saúde e de doença especialmente na área dos saberes fisioterapêuticos, em especial de famílias de idosos dependentes, demonstrando e reafirmando a importância deste estudo e de outros que enveredem pela ação dos cuidados domiciliares, aja vista o aumento demográfico da população de idosos no cenário nacional nas últimas décadas crescendo sobremaneira de forma vertiginosa em relação aos países europeus de população já envelhecida. Na nossa prática diária observamos uma falta de preparo dos fisioterapeutas em lidarem com as relações familiares ao prestar o atendimento ao ser doente devido à falta de formação com conhecimentos sobre os cuidados ao sistema familiar. Nota-se, a ausência de disciplinas com conteúdos voltados para a atenção ao contexto domiciliário e neste, família como contexto de cuidados, pois, em geral, os currículos oferecidos pelos Cursos de Graduação em Fisioterapia estão voltados para práticas hospitalares e ambulatoriais valorizando a reabilitação com pouca ou nenhuma inserção de medidas de prevenção.

Participação: farão parte como sujeitos do estudo os Coordenadores dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior (IES) selecionadas; profissionais Fisioterapeutas que atuam em serviços de atendimento domiciliar nos municípios de Salvador Jequié, Cachoeira e – Bahia e graduandos do último ano do Curso de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior selecionadas, segundo os critérios de inclusão, todos quanto anuentes em participarem da pesquisa após assinatura do TCLE.

Desconfortos e riscos: este estudo não trará riscos para os participantes. Todos os dados que obtidos serão utilizados somente para fins científicos com garantia de anonimato.

Confidencialidade do Estudo: A fim de preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, a identificação dos participantes será mantida em sigilo, garantindo o anonimato com relação às informações prestadas, bem como a condição de participação voluntária, livre de qualquer forma de remuneração, com o direito de a qualquer momento poder abster-se de responder a qualquer questionamento e de deixar de participar do estudo quando desejar. Os dados originados da investigação serão arquivados aos cuidados do pesquisador principal em arquivo próprio, sigiloso, reservado a confidencialidade destes, sendo que os resultados do presente estudo poderão ser divulgados em eventos científicos e publicados em periódicos nacional e/ou internacional.

Benefícios: A pesquisa pode proporcionar benefícios, na medida em que produz conhecimento sobre a formação do fisioterapeuta com um olhar para o cuidado à família no atendimento domiciliar ao idoso fragilizado, podendo potencializar ações dirigidas para o sistema familiar que serão de grande utilidade na sua prática de atendimento domiciliar.

Dano advindo da pesquisa: a pesquisa não apresenta danos aos sujeitos da investigação.

Participação voluntária: a participação dos sujeitos da pesquisa é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração, podendo o mesmo, retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento isento de quaisquer prejuízo ou penalidade.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu _____, aceito livremente participar do estudo intitulado **CUIDAR A FAMÍLIA: A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O ALCANCE DOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ESTADO DE FRAGILIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO**, desenvolvido pelas pesquisadoras mestrandas Tatiane Dias Casimiro Valença e a Prof.^a Dr.^a Luzia Wilma Santana da Silva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, **Tatiane Dias Casimiro Valença**, discuti as questões acima representadas com este participante deste estudo e estou consciente que o mesmo compreendeu todos os itens supracitados. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, _____ de _____ de _____

Assinatura

Para maiores informações, pode entrar em contato com:
Tatiane Dias Casimiro Valença (77) 8101-0018
Rua José Moreira Sobrinho, S/N – Bairro: Jequezinho
Jequié – Bahia CEP 45 200 000

APÊNDICE - B

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA.

QUESTÕES NORTEADORAS

Este é um estudo sobre **“CUIDAR A FAMÍLIA: A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O ALCANCE DOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ESTADO DE FRAGILIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO”** referente à Dissertação de Mestrado de Tatiane Dias Casimiro Valença, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, realizado sob a orientação da Prof^a. DSc. Luzia Wilma Santana Silva. Solicitamos a sua colaboração, em responder a essa entrevista.

- 1- Em que se baseia a construção do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia nesta IES?
- 2- Existe alguma disciplina na formação curricular do Curso de Graduação em Fisioterapia nesta IES, que aborda a temática do cuidado à família ao cliente atendido pelo Fisioterapeuta? Se existe, qual (ais) é (são) a(s) disciplina(s)?
- 3- Caso não exista há na nesta IES algum projeto que visa acrescentar o tema “cuidado à família” na sua matriz curricular?
- 4- Poderia discorrer sobre sua opinião quanto a considerar a família na práxis do atendimento fisioterapêutico domiciliar ao idoso fragilizado?
- 5- Você teria alguma sugestão a trazer a este estudo, conhecendo o seu objetivo?

APÊNDICE - C

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ENTREVISTA COM OS GRADUANDOS DO ÚLTIMO ANO DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA.**

QUESTÕES NORTEADORAS

Este é um estudo sobre **“CUIDAR A FAMÍLIA: A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O ALCANCE DOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ESTADO DE FRAGILIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO”** referente à Dissertação de Mestrado de Tatiane Dias Casimiro Valença do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, realizado sob a orientação da Prof^a. DSc. Luzia Wilma Santana Silva. Solicitamos a sua colaboração, respondendo a essa entrevista.

1. Durante a sua Graduação você teve acesso a algum conteúdo curricular que abordasse a temática do cuidado à família do cliente atendido pelo Fisioterapeuta?
2. Você está preparado para adentrar o ambiente domiciliar do cliente a ser atendido e vivenciar as relações familiares presentes naquele local?
3. Como você considera a participação da família no processo de tratamento do membro familiar atendido em domicílio?
4. Você teria alguma sugestão a trazer a este estudo, conhecendo o seu objetivo?

APÊNDICE - D

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ENTREVISTA COM OS FISIOTERAPEUTAS QUE REALIZAM ATENDIMENTO
DOMICILIAR**

QUESTÕES NORTEADORAS

Este é um estudo sobre **“CUIDAR A FAMÍLIA: A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O ALCANCE DOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ESTADO DE FRAGILIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO ”** referente à Dissertação de Mestrado de Tatiane Dias Casimiro Valença do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, realizado sob a orientação da Prof^a. DSc. Luzia Wilma Santana Silva. Solicitamos a sua colaboração, respondendo a essa entrevista.

- 1- Durante a sua formação acadêmica o Senhor (a) foi orientado/capacitado quanto ao conhecimento de família para as suas ações fisioterapêuticas?
- 2- Como o Senhor (a) entende a participação da família no processo de tratamento do membro familiar atendido em domicílio pelo Fisioterapeuta?
- 3- Durante a sua prática de atendimento fisioterapêutico domiciliar o Senhor (a) procura conhecer o contexto familiar do cliente atendido?
- 4- E, quais as principais dificuldades/facilidades o Senhor (a) identifica em relação ao contexto familiar do cliente ao realizar o atendimento domiciliar?
- 5- Quais as estratégias tecnológicas alternativas/adaptativas o Senhor (a) desenvolve no âmbito domiciliar aos clientes-família sobre sua intervenção?
- 6- O Senhor (a) teria alguma sugestão a trazer a este estudo, conhecendo o seu objetivo?

APÊNDICE - E



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

ROTEIRO PARA INQUÉRITO DOCUMENTAL

Pontos a serem analisados nos Ementários e Planos de Curso das componentes curriculares dos Cursos de Graduação de Fisioterapia no processo de Inquérito Documental:

1. Identificação da Instituição de Ensino Superior.
2. Componentes Curriculares.
3. Ementas das Componentes Curriculares.
4. Plano de Curso das Componentes Curriculares.
5. Identificação das Componentes Curriculares que abordam ou não a temática família e envelhecimento na formação profissional

ANEXOS**ANEXO - A - Protocolo de aprovação do Projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de fevereiro de 2011

Of. CEP/UESB 023/2011

Ilma. Sra.

Profa. Tatiane Dias Casimiro Valença

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Departamento de Saúde - UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **215/2010**

CAAE: **0050.0.454.000-10**

Projeto: ***Cuidar a família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados de pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário.***

Pesquisadores: ***Profa. Tatiane Dias Casimiro Valença (mestranda)***

Profa. Luzia Wilma Santana da Silva (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^ª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB