

REGINA CÉLIA TORRES FREIRE

**“INVESTIGAÇÃO SOBRE A DOR EM IDOSOS SUBMETIDOS A
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO”**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

SÃO PAULO

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

REGINA CÉLIA TORRES FREIRE

**“INVESTIGAÇÃO SOBRE A DOR EM IDOSOS SUBMETIDOS A
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO”**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para obtenção do título de MESTRE
em GERONTOLOGIA sob a orientação da
Profª Drª Vera Lúcia Valsecchi de Almeida.**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

SÃO PAULO

2007

Freire, Regina Célia Torres Freire

“Investigação sobre a dor em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico” / Regina Célia Torres Freire. – São Paulo: PUC/SP, 2007. xi 129 f.

Orientador: Profª Drª Vera Lúcia Valsecchi de Almeida

Dissertação (Mestrado) – PUC/SP: Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, 2007.

Referências bibliográficas: f. 108 –125.

1. Idoso. 2. Fisioterapia. 3. Dor. 4. Doença. 5. Gerontologia Social. Dissertação. I. Almeida, Vera Lúcia Valsecchi de II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo IV. Título.

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

*“Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida. (...)”.*

Fernando Pessoa

“Não temos de nos preocupar em viver longos anos, mas em vivê-los satisfatoriamente; porque viver longo tempo depende do destino, viver o domínio de si mesmo depende da tua alma. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma”.

Sêneca - Cartas a Lucílio

“A velhice não é apenas uma fase cronológica da vida: é uma forma ética que se caracteriza ao mesmo tempo pela independência relativamente a tudo que não depende de nós, e pela plenitude de uma relação consigo em que a soberania não se exerce como um combate, mas como um gozo”.

Michel Foucault

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos por me permitirem chegar até aqui!

Aos meus queridos sobrinhos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a querida Vera, minha orientadora, no sentido mais amplo da palavra. Desde a entrevista me recebeu de braços abertos compartilhando conhecimentos teóricos e pessoais, dando conselhos e me incentivando nos momentos de maiores dificuldades pessoais e intelectuais. Me ensinou a ser uma pessoa e uma profissional melhor, me guiou em todas as etapas do trabalho e principalmente me mostrou que cada “passo” e cada “momento” da vida deve ser vivido intensamente, com paixão e alegria.

Aos meus irmãos. Sem vocês não teria chegado até aqui. Cada um de vocês faz parte da minha formação. Tenho grande orgulho de vocês! Marcos pela ajuda financeira, pelo apoio e incentivo e principalmente por me ensinar desde criança a importância do estudo e da leitura; Ana, pelo exemplo de coragem, pela ajuda financeira, pelos conselhos e a amizade desde o início da minha vida profissional; Carlos, pelo exemplo de perseverança, pelo apoio e incentivo para me inscrever no processo de seleção da PUC, na correção cuidadosa de todas as etapas do trabalho. Obrigada de coração a todos!

Aos meus cunhados pelo apoio e amizade.

À Sandra pelos momentos de descontração e pela ajuda na organização do evento na PUC. Ao Lela pela amizade e bom-humor demonstrado na correção do resumo e abstract.

A Evelyn, minha amiga desde o início: na faculdade, na república, nas viagens, no trabalho, nos sonhos, no crescimento, no apoio durante o Mestrado. São 16 anos de amizade!

A querida Bi, pela amizade que só cresce ao longo dos anos. Pelas conversas intermináveis, pelos conselhos, pelas risadas, por estar sempre presente mesmo tão longe, obrigada! Você e sua família fazem parte da minha vida!

A Ana Maria pela amizade, pelo incentivo para entrada no Mestrado e pelas discussões sobre o envelhecimento. Ao Jean, Lú, Pri, Osvaldo, Léo, Fátima pelo companheirismo e pela torcida. Ao Reginaldo pelo apoio no início da carreira acadêmica.

Aos queridos Evandro e Cris Prumes pela amizade, risadas, estudos. Vocês foram muito importantes nessa fase na PUC! Assim como, Ricardo, Flávio, Guiomar, Fernando, Paulo, Eliane e Dú.

Ao Zé, pela amizade, confiança, pelo aprendizado em tão pouco tempo e por me fazer enxergar novos rumos de trabalho. E à Claudia e à Carla pela parceria e amizade que se inicia.

Aos meus professores da Faculdade Lika e Renilton, pelo exemplo desde o início e em especial ao Renilton, que logo no início do Mestrado me aconselhou de uma forma linda em como realizar essa etapa de uma forma mais leve e feliz.

Aos meus queridos alunos, em especial, ao Douglas, à Sabrina, ao Tiago e à Carolina que me ajudaram nos atendimentos aos pacientes. E ao Efraim e Rosangela pela amizade.

A todos funcionários da Clínica que sempre me apoiaram e aos pacientes que participaram desse estudo.

E finalmente à Gisele, minha amiga, que confiava, incentivava e acreditava no meu potencial. O seu apoio e a sua amizade foram fundamentais. Você não está aqui para ver que cheguei ao final! A sua partida precoce me proporcionou uma dor imensa e indescritível, mas me fez e faz repensar a forma de viver. Saudades!

RESUMO

Diante do envelhecimento populacional que implicará, nas próximas décadas, o aumento da demanda por serviços de saúde e a necessidade de uma infra-estrutura básica de atendimentos e de suporte, o intuito dessa dissertação foi aprofundar o entendimento das relações entre a dor e o envelhecimento. Este trabalho parte de uma idéia geral de que a dor é um processo inerente ao envelhecimento. Para a pesquisa, impôs-se a necessidade de inserir o problema em um contexto maior e buscar, nas falas dos idosos, as percepções que permitiriam aprimorar o entendimento em relação à dor e ao envelhecimento. Investigamos, portanto, as percepções da dor em indivíduos submetidos a tratamento fisioterapêutico por meio de uma pesquisa de natureza qualitativa, mediante entrevistas. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, com citações ilustrativas das falas. A análise dos dados mostrou que a maioria dos idosos considera que a dor inicia-se concomitante ao envelhecimento, interferindo diretamente em suas vidas, diminuindo a independência, comprometendo a autonomia, impossibilitando as atividades de vida diária, as relações sociais e o trabalho. Os idosos vêem a dor e a doença como sinônimos; e associam a dor ao envelhecimento, principalmente quando se referem às perdas. A presença da dor impede, na visão dos idosos, uma boa qualidade de vida e os planos para o futuro. Buscam na fisioterapia uma solução para esses problemas, mas mostram a dificuldade de encontrar local para tratamento; por outro lado, quando encontram, demonstram temor com o término da fisioterapia. A pesquisa concluiu que é necessário repensar as formas de tratamento nas clínicas de fisioterapia, deslocando o foco da doença para o indivíduo. Revelou, também, a necessidade de capacitação de profissionais envolvidos com a velhice, e de discutir mecanismos para aumentar a rede de apoio aos idosos.

Palavras-Chave: fisioterapia, velhice, dor, saúde, doença.

ABSTRACT

Due to the fact that *ageing* will increase in the next decades, the demand for health service and the need for a basic infrastructure of care and support, the main purpose of this master thesis is to study and thoroughly understand better the relationship between *pain* and *ageing*. This research is based on a general idea that pain is an inherent process of ageing. This thesis deals with this question in a multidimensional context, using a broader approach, and seeks to clarify the relationship between *ageing* and *pain* studying how elderly people under physiotherapeutic treatment perceive *pain*. We proceeded a qualitative research based on interviews and the results were here presented on a descriptive way, with illustrative quotations. The data analysis revealed that most of elderly people think *pain* comes concomitantly along with *ageing*, having a direct effect in their lives and decreasing their independence. They see *pain* as something that turns their day-by-day activities harder. For elderly people, *pain* and *illness* are synonyms and they use to relate *pain* to *ageing*. In their minds, *pain* threatens their quality of life and their plans for the future. They believe that physiotherapy could help them to reduce their suffering, but they have problems in finding proper treatment. On the other hand, when they start physiotherapeutic sessions they are afraid of what will happen if the treatment is interrupted. This research revealed that we need to rethink the ways how physiotherapeutic treatment has been applied until now; we should move our focus from the illness to the individuals. Our research concluded that it is necessary a better training to the professional involved with old age, and that we have to improve the support network to elderly people.

Key words: Physiotherapy, oldness, pain, health, illness.

SUMÁRIO

Palavras Iniciais: Encontro com a Velhice	12
Introdução	17
Capítulo I - O Envelhecimento	21
Capítulo II - Doenças Crônicas	36
Capítulo III - Dor e Envelhecimento	43
Capítulo IV - A Fisioterapia	57
Capítulo V - Percurso Metodológico	62
Capítulo VI - Análise e Discussão das Entrevistas	70
Palavras Finais	103
Referências Bibliográficas	108
Anexos	126

***PALAVRAS INICIAIS:
ENCONTRO COM O ENVELHECIMENTO***

Desde o início da minha formação não pensava em trabalhar com os idosos ou com envelhecimento. Na época da faculdade tive disciplinas e estágio de Geriatria que me colocaram em contato com idosos abandonados em uma instituição asilar. Achava um descaso, questionava o papel da Fisioterapia naquele lugar. Meus pacientes não queriam fazer terapia e sim conversar e resgatar suas memórias. Naquele momento não tinha maturidade e conhecimento para entender aquele contexto. Nem era meu objetivo de vida. Aliás, não é fácil entender as escolhas pessoais e profissionais de nossas vidas. Saber se os rumos tomados foram os corretos também é difícil.

Ao terminar o curso de Fisioterapia fui em busca de outros caminhos. Caminhos opostos ao envelhecimento! Com certeza, mesmo não refletindo sobre isso, tinha uma visão de velho como decadência e doença, não como uma etapa de vida. Queria trabalhar com jovens. Jovens e atletas. Saúde. Como se velho não tivesse saúde! Mas os caminhos da vida me levaram a trabalhar em outras áreas. Primeiramente fiz aprimoramento profissional em saúde do trabalhador. Ao iniciar o aprimoramento profissional nessa área comecei ver os indivíduos de outra forma. Trabalhar com indivíduos adoecidos pelo trabalho. Trabalho que deveria, na verdade, incluí-los na sociedade. No entanto, o mercado os excluía. Foi nesse momento que comecei a lidar com a diferença. Inicialmente foi um choque. Entender o indivíduo como um todo. Hoje consigo fazer uma relação direta daqueles indivíduos com os idosos. A maioria era composta de jovens e jovens adultos que estavam afastados do trabalho, com problemas familiares e sociais. Sem projetos de vida. Achavam-se velhos; para eles os velhos não tinham trabalho e respeito. Não tinham dignidade, nem cidadania. Era o momento de muitas reflexões. Para tratar esses indivíduos precisava ir além dos meus conhecimentos técnicos. Era preciso mudar a minha concepção de tratamento, mudar a visão dos pacientes sobre seu estado e a visão da sociedade. Conheci profissionais que me ajudaram nesse processo. Tive a oportunidade de conhecer o trabalho interdisciplinar. Aprendi a respeitar a diversidade. Concomitante a isso continuava minha especialização em

Traumatologia Esportiva e atendimentos. Já percebia uma diferença nos atendimentos quando comparados aos que realizara quando era recém-formada. Meus colegas não entendiam e, muitas vezes, refletia silenciosamente sobre estas questões. Áreas completamente diferentes, mas com indivíduos, como todos nós, complexos e sujeitos às transformações. O trabalho desenvolvido no aprimoramento me possibilitou ingressar em um caminho até então nunca percorrido: a educação. Comecei a dar aulas de duas disciplinas: Fisioterapia Preventiva e Fisioterapia Desportiva. As duas tinham suas especificidades, mas sempre quis passar o respeito ao outro, ao indivíduo, com suas escolhas e suas histórias. Dar aula me possibilitou um crescimento. Encontrar indivíduos de todas classes sociais, com sonhos e objetivos diferentes, de todas as idades, me mostrou, mais uma vez, que somos seres sujeitos a transformações e aprendizagens

Não que eu não atenda casos baseados nos pressupostos cartesianos. Atendo sem problemas, mas sem esquecer que o homem não é um ser fragmentado; que vem recheado de histórias de vida e emoções que influenciam no resultado final da prática terapêutica. Atualmente, mais madura, considero como positiva essa passagem da minha trajetória.

Ao trabalhar na Faculdade e na Clínica de Fisioterapia da mesma, comecei a me deparar, então, com vários idosos que vinham em busca de tratamento. No primeiro momento não surgiu a idéia de realizar nenhum estudo nessa área. No entanto, as minhas reflexões, tão comuns anteriormente, novamente me invadiram. Será que os atendimentos que oferecíamos era completo? Os idosos vinham em busca de quê? Melhorar o corpo? Quais os motivos que os levavam a querer permanecer na Clínica? Velhice e doença eram sinônimos? Paralelamente a essas reflexões a cobrança da instituição e a cobrança pessoal estavam de volta. Foi então que comecei analisar vários programas de mestrado e o meu trabalho atual. As minhas inquietações com relação aos atendimentos dos idosos me levavam a tentar ingressar no Programa de Gerontologia, na PUC-SP. No entanto, diversas vezes, permanecia a dúvida, já que a minha experiência com idosos era pequena. Relutei por semanas até que resolvi que, se conseguisse realizar um projeto que discutisse uma nova forma de abordagem de tratamento, que discutisse a inclusão de programas educativos nos atendimentos, seria bom. E o programa que poderia suprir essa questão seria o da PUC-SP. Com certeza, a maturidade me trouxe tranquilidade para a escolha. Tenho a certeza absoluta que sou iniciante nessa área de conhecimento tão ampla, que discute o mundo que iremos viver no futuro: o mundo dos velhos. Lembrei de Bourdieu, em seu livro *Esboço de auto-análise*, que escreve:

Foi sem dúvida o gosto de 'viver todas as vidas' a que se refere Flaubert e de captar todas as ocasiões de entrar na aventura em que consiste, cada vez, a descoberta de novos ambientes (ou, mais simplesmente, a excitação de começar uma nova pesquisa) que me levou a me interessar pelos mais diversos mundos sociais (...). Imagino que as leituras de minhas intermináveis férias de

verão me deram a gana de penetrar em ambientes sociais desconhecidos (...). (BOURDIEU; 2005:93)

A frase responde, ainda que parcialmente, à dúvida inicial. No parágrafo final de seu livro há outro que me tranquiliza:

E nada me deixaria mais feliz do que lograr levar alguns dos meus leitores ou leitoras a reconhecer suas experiências, suas dificuldades, suas indagações, seus sofrimentos etc. nos meus e a poder extrair dessa identificação realista, justo o oposto de uma projeção exaltada, meios de fazer e de viver um pouco melhor aquilo que vivem e fazem. (BOURDIER;2005;135)

Portanto, mesmo não sendo a única área em que atuo, ela possibilita um crescimento e uma transformação na forma de pensar, agir e atuar pessoal e profissionalmente.

INTRODUÇÃO

O tema dessa dissertação está relacionado com minha prática profissional como fisioterapeuta e supervisora de estágios em uma Clínica-Escola. Os atendimentos aos idosos com osteoartrose me despertaram o questionamento quanto às práticas desenvolvidas e, principalmente, sobre como os idosos se referem à dor, à doença e ao próprio envelhecimento.

O aumento da expectativa de vida ao nascer e a longevidade são fatos reais que têm como consequência o envelhecimento populacional. Esse envelhecimento populacional pode ser explicado pela diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade. Como processo, promove transformações em vários aspectos; dentre estes, um relaciona-se à saúde. Nela observa-se o chamado processo de “transição epidemiológica” que tem como consequência uma mudança na incidência e prevalência de determinadas doenças. Entre as principais doenças típicas das idades mais avançadas estão as cardiovasculares e as músculo-esqueléticas, sendo a osteoartrose uma das patologias mais comuns nas doenças músculo-esqueléticas que acometem os indivíduos idosos.

Sabe-se que as doenças crônicas vêm acompanhadas de uma série de modificações no cotidiano do indivíduo, como perda da funcionalidade, dependência, afastamento do trabalho e das atividades sociais e, principalmente, dor. A dor, que tem uma dimensão bastante subjetiva, traz consequências iguais ou piores que a própria doença. No caso do envelhecimento, muitas vezes a doença é tratada como sinônimo de dor e a dor como um processo inerente ao envelhecimento.

Foi nesse contexto que surgem o interesse pela investigação feita. As questões que nortearam a pesquisa foram: 1) quais as repercussões da dor e da doença no processo de envelhecimento? 2) como os profissionais de saúde, mais especificamente os fisioterapeutas lidam com a velhice, a doença e a dor? 3) como os idosos percebem a dor? A partir destas questões e para o desenvolvimento do trabalho partimos de uma indagação central: A dor é considerada inerente ao processo de envelhecimento?

Para o desenvolvimento da pesquisa mostrou-se necessária a inserção do tema em um contexto que envolvia buscar, nas falas dos idosos, submetidos a tratamento fisioterapêutico, as percepções da relação entre a dor e o envelhecimento.

A partir das percepções dos idosos que realizam tratamento fisioterapêutico devido à osteoartrose, o presente trabalho buscou, portanto, compreender como os idosos percebem a dor, como lidam com ela e as relações que estabelecem entre a dor, a velhice e a doença.

Essa dissertação teve, portanto, os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Investigar a percepção da dor em indivíduos submetidos a tratamento fisioterapêutico.

Objetivos Específicos:

- Levantar as formas como os idosos, submetidos a tratamento fisioterapêutico, lidam com a dor.
- Identificar as representações construídas sobre a dor e a relação entre a velhice e a doença.
- Identificar os motivos que levam os idosos à continuidade dos atendimentos.
- Avaliar os aspectos que, presentes na relação idoso-fisioterapeuta, contribuem para a superar e/ou minimizar os processos dolorosos.

Além das *Palavras Iniciais* e desta Introdução a dissertação está estruturada em seis capítulos.

No *capítulo I*, são abordadas as questões relacionadas ao envelhecimento populacional, às dificuldades na definição de velhice e às conseqüências do processo de envelhecimento, especialmente no que concerne à saúde. Nesse capítulo também é tratada a questão do binômio saúde e doença, com todas as interfaces inerentes ao mesmo. São também discutidas as leis que garantem saúde à população e é feita uma reflexão a respeito de novas formas de enfrentamento com relação à doença.

O *capítulo II* trata da questão das doenças crônicas degenerativas, mais especificamente da osteoartrose. São discutidos dados epidemiológicos, a fisiopatologia e as características da doença em linhas gerais.

No *capítulo III*, o foco se volta ao tema central desse estudo: a dor. Nele são discutidos os aspectos históricos, culturais, físicos e sociais da dor, além de sua definição, ressaltando seu caráter subjetivo e individual. Com relação à dor e ao envelhecimento são apresentados dados epidemiológicos e as conseqüências da dor para o processo de envelhecimento.

O *capítulo IV* é dedicado ao papel da Fisioterapia no tratamento de idosos com quadros de dor.

O *capítulo V* apresenta a metodologia: a escolha pelo método qualitativo, o procedimento de pesquisa, o local e os sujeitos de pesquisa.

Além de relatar as entrevistas realizadas, o último capítulo (*VI*) apresenta análise das mesmas com base nos referenciais teóricos adotados para a compreensão da dor na velhice.

A esses capítulos seguem-se as Considerações Finais, chamadas de *Palavras Finais*, as *Referências Bibliográficas* e os *Apêndices*.

CAPÍTULO I
O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional mundial é um fato recente e universal, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento. Várias são as causas que explicam esse processo; uma delas seria as alterações nas taxas de fecundidade e de mortalidade e o prolongamento da esperança de vida.

Segundo Wong & Moreira (2000), o processo de envelhecimento é causado pelas alterações nas taxas de fecundidade e de mortalidade.

O declínio das taxas de fecundidade e a redução da mortalidade explicam o processo de envelhecimento já verificado anteriormente nos países desenvolvidos e, atualmente, nos países em desenvolvimento (MOREIRA & CARVALHO (2001). Moreira (2000) relata que países como a Espanha e a Itália apresentam um número expressivo de idosos, assim como países como Canadá, Estados Unidos, China e Japão.

No Brasil, no começo do século XX, a esperança de vida ao nascer era de 33,7 anos. Já na segunda metade deste século, o mundo foi surpreendido por um novo fenômeno: as populações de praticamente todos os países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, incluindo o Brasil, passaram por um rápido e expressivo processo de envelhecimento (JORDÃO NETTO, 1997; PASCHOAL, 1996a). Atualmente, os países desenvolvidos têm uma esperança de vida em torno de 80 anos; nos demais países, a esperança média de vida é de 70 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 71,3 anos de idade, em 2003. De 1991 a 2004, a esperança de vida ao nascer aumentou cerca de 4 anos, com uma diferença entre homens (63,2 para 67,9 anos) e mulheres (70,9 para 75,5 anos) (FUNDAÇÃO IBGE, 2004). Projeções indicam que o Brasil contará, em 2050, com uma população de 259,8 milhões de habitantes, o que representará um crescimento absoluto de cerca de mais de 77,7 milhões de pessoas. Entretanto, o crescimento da população vem apresentando uma desaceleração desde a década de 1970, principalmente em razão das significativas quedas das taxas de fecundidade e natalidade que diminuíram,

respectivamente de 2,7 para 2,3 filhos e de 23,4% pra 20,6,% de nascimentos.

De acordo com o IBGE (FUNDAÇÃO IBGE, 2004), a população idosa no Brasil, em 2003, era de 16,7 milhões de pessoas, representando 9,6% da população total¹. Nas últimas décadas, observa-se um crescimento nítido dessa população. Isso ocorre, principalmente, devido à queda da taxa de fecundidade, além da redução da mortalidade. Segundo o IBGE, o número de idosos deverá sofrer um acréscimo expressivo com os nascidos entre 1950 e 1960. A maior expectativa de vida associada aos avanços na área de saúde e de saneamento básico e seus efeitos sobre a taxa de mortalidade, contribuem para esse aumento. Como explicado anteriormente, o crescimento relativo da população brasileira vem declinando desde a década de 1970. Essas características produzem o alargamento do topo da pirâmide etária e, paralelamente, o estreitamento da sua base, demonstrando claramente que a sociedade brasileira está envelhecendo. O aumento da população de 65 anos ou mais, de 5,3% para 6,7%, evidencia tal fato. Na década de 80, alguns estudos já alertavam para esse fato, revelando que o nosso processo de envelhecimento populacional estava ocorrendo de modo mais rápido do que nos países desenvolvidos. Veras (1995) já alertava para isso, estimando que em 2025 o número de idosos seria de 31,8 milhões. Chaimowicz (1997) afirma, também, que, em 2020, a expectativa de vida ao nascimento se aproximará de 75,5 anos e que, em 2025 haverá ter 35 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. No Brasil as projeções indicam que, em 2050, ocuparemos o 6º lugar no mundo em números absolutos (RAMOS et al, 1987), com aproximadamente 34 milhões de idosos (FUNDAÇÃO IBGE, 2004).

De acordo com Veras (1994), no último quarto de século, observou-se uma mudança significativa no padrão demográfico brasileiro, o que permitiu caracterizar o Brasil como *“um país de jovens de cabelos brancos”*.

¹ Dados recentemente divulgados pelo IBGE (PNAD/2005) revelam a existência de mais de 18 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais de idade, o que representa 9,9% da população.

KALACHE et al. analisaram em 1987 esse processo. Para eles, assim como outros autores, o envelhecimento populacional é fruto de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e de quedas das taxas de fecundidade e de natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente, ao aumento da esperança de vida ao nascer e, posteriormente, ao aumento da expectativa de vida após 60 anos. Essa situação, conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por uma mudança da morbi-mortalidade, com o aumento da incidência e da prevalência de doenças crônicas e a queda de ocorrência das doenças infecciosas, levando ao aumento do número de pessoas incapacitadas e dependentes de cuidados de longa duração, um processo denominado “transição epidemiológica” (KALACHE et al.1987). Veras (1994) explica esse processo:

(...) à medida que as nações se modernizam, tendem a aprimorar suas condições sociais, econômicas e de saúde. As condições de vida anteriormente favoráveis à disseminação de doenças infecciosas e parasitárias foram rapidamente substituídas por condições de vida mais salubres e tecnologia médica aperfeiçoada (...) a teoria da transição epidemiológica se concentra nas complexas mudanças nos padrões de saúde e de doença. (VERAS, 1994:28)

O efeito dessas mudanças na estrutura etária do Brasil tem propiciado alterações significativas, caracterizadas por um aumento progressivo e acentuado da população idosa e adulta. É necessário que essa mudança do perfil populacional seja acompanhada de estudos que propiciem mudanças culturais, sociais e, principalmente, mudanças nos modelos de atendimento ao idoso. Veras (2003) também discute essa questão e afirma que é preciso uma nova reorganização dos modelos assistenciais. Simões (1994), ao analisar esse processo, também relata a preocupação quanto à organização de políticas e projetos direcionados à população idosa, assim como Zimermam (2000) que destaca a importância da atenção à velhice no âmbito institucional, político, econômico e da saúde.

O fisioterapeuta, no papel de reabilitador, depara-se cotidianamente com essa nova realidade. Frente a isso, o olhar e a atuação do fisioterapeuta devem ser atentos, cuidadosos e criteriosos, já que, além das alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento, outros aspectos devem ser analisados.

Paschoal (1996a), preocupado com as condições às quais os indivíduos estão submetidos nessa fase da vida, discute as condições de envelhecimento no Brasil e afirma que esse processo está trazendo angústias e decepções aos que estão envelhecendo e aos que, em breve, serão os idosos de amanhã.

Deste modo, viver mais tem implicações importantes no que diz respeito à qualidade de vida. A longevidade pode ser um problema, já que traz conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana (física, psíquica e social). Esses anos vividos a mais podem acarretar sofrimento para os indivíduos e para suas famílias, doenças, aumento da dependência, isolamento social e depressão (PASCHOAL, 1996b).

Entre as conseqüências sociais do processo de envelhecimento, Zirmerman (2000) afirma que aquelas referentes à área médica são graves, devido ao aumento na demanda por serviços de saúde, na utilização de medicamentos e na ocupação de leitos. Nunes (2004) relata que há um aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas, fato que se reflete na estrutura de atenção à saúde. Afirma que os custos com os procedimentos não são tão elevados quanto a taxa de uso desses serviços pelos idosos, ou seja, a questão é a quantidade de vezes que o idoso procura um serviço de saúde devido um mesmo problema ou sintoma. Assim as políticas públicas de saúde não precisam, necessariamente, aumentar as despesas e sim a qualidade dos serviços. Minayo e Coimbra Jr. (2002) também demonstram a preocupação com os gastos que o aumento de doenças crônicas provoca, assim como Gordilho et al (2001) que complementa que além do aumento do consumo de recursos de saúde, muitas vezes esses custos não se

transformam efetivamente em benefícios. Veras (1995) vai mais longe ao afirmar que toda essa demanda implica em uma reforma no Estado para lidar com esse “problema” em vários níveis, como aposentadoria, trabalho e saúde.

Para lidar com isso é importante deixar de olhar o envelhecimento como um “problema” social, mas como uma questão pública que supõe mudanças e reorganização em diversos níveis políticos. Para tanto, a primeira atitude, seria entender o envelhecimento em contextos sociais e culturais específicos.

Para isso é importante discutir a definição de velhice. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a idade cronológica de um idoso em países desenvolvidos é de 65 anos e nos países subdesenvolvidos é de 60 anos. No aspecto cronológico, o processo de envelhecimento é estrutural e funcional, variando de indivíduo para indivíduo; mas ocorre em todas as pessoas, sendo inerente ao envelhecimento. Essas variações de um indivíduo para o outro, segundo Papaléo Netto (1996b) é o que se chama envelhecimento.

No entanto, a velhice não pode ser definida somente pela cronologia. O envelhecimento é um processo normal da vida; assim como a infância, a adolescência e a maturidade, que são marcadas por mudanças biopsicossociais específicas. Veras (1995) corrobora tal idéia ao relatar que “velhice” é um termo impreciso e repleto de complexidades, seja fisiológicas, psicológicas ou sociais.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) também consideram que o envelhecimento é um conceito extremamente complexo. Para os autores, o envelhecimento, assim como a infância, a adolescência e a vida adulta são também complexos e que a maioria recusa-se a entender essa complexidade, pois é mais fácil entender o envelhecimento como doença, privação, frustração e dependência. Para tanto, é necessário compreender as especificidades

dessa fase da vida e os sofrimentos, doenças e possíveis limitações, sem colocá-los como fatos inerentes ao envelhecimento.

A definição de velhice não é consensual, pois não é possível determinar a vida humana apenas no aspecto cronológico. A velhice, então, deveria ser definida pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde dos indivíduos.

Paschoal (1996a) define velhice a partir do conjunto de condições, sejam elas sociais, biológicas, econômicas, cognitivas, funcionais e/ou cronológicas. Portanto, no aspecto biológico envelhecer não seria um processo pós-60 anos, mas algo que começa com o nascimento; socialmente, a velhice poderia variar de acordo com o momento histórico e cultural; economicamente, quando deixasse de ser um indivíduo produtivo; intelectualmente, quando ocorressem perdas cognitivas; funcionalmente, quando o indivíduo perdesse sua independência, e cronologicamente, quando o indivíduo completa 60 ou 65 anos.

De acordo com Neri (2001), o envelhecimento, em termos biológicos, compreende os processos de transformação do organismo e se configura como uma experiência heterogênea, isto é, pode ocorrer de modo diferente para cada indivíduo. Ainda segundo Neri (2001), o envelhecimento é um processo progressivo e natural, com alterações no organismo vivo desde o nascimento até a morte. Na mesma linha, Teixeira (1996) afirma que o envelhecimento biológico é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível. As principais alterações biológicas causadas pelo envelhecimento são: diminuição da massa muscular e da densidade óssea, perda da força muscular, deficiência da agilidade, da coordenação motora, do equilíbrio, da mobilidade articular e das funções hepática e renal, maior rigidez das cartilagens, dos tendões e dos ligamentos, redução da capacidade termorreguladora, maior trabalho ventilatório aos esforços, menor número e tamanho dos neurônios e queda do tempo de reação e da condução nervosa.

Entretanto, não é possível considerar apenas os aspectos relacionados ao envelhecimento biológico; cumpre sublinhar também aqueles relacionados ao envelhecimento psicológico e social, que é marcado pela dificuldade de o idoso se adaptar às mudanças físicas e sociais desse processo de vida e pelos choques provocados pela interação com uma sociedade pouco tolerante (VIEIRA, 1996). Com o passar dos anos, os idosos se deparam com uma série de perdas significativas: o surgimento das doenças crônicas que deterioram a saúde, a viuvez, a morte de amigos e parentes próximos, a ausência de papéis sociais valorizados, o isolamento crescente e as dificuldades financeiras.

Com podemos ver, envelhecer não é apenas um processo de mudanças físicas homogêneas, com regras preestabelecidas. Nas palavras de Monteiro (2003):

(...) o envelhecimento é um processo contínuo de transformação do humano como ser único em seu tempo vivido. Isto é, o ser humano envelhece com o passar do seu tempo, um tempo interno, subjetivo, que pertence a cada um individualmente(...).
(MONTEIRO, 2003:27)

Portanto, envelhecer é muito mais do que um simples processo de mudanças físicas e de incapacidade funcional, já que envolve aspectos mais abrangentes, como o envelhecimento psicológico e social do indivíduo, pontos cruciais para o fisioterapeuta na hora de avaliar, tratar ou dedicar-se à reabilitação de um idoso.

Relacionado com esse aspecto, Neri (1993) afirma que várias ciências (biológicas, psicológicas ou sociais) têm a tarefa de identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar. No entanto, para que esse envelhecer bem se realize é necessária a interação com a sociedade. Para Py (1996), com a mudança no processo de envelhecimento, há a necessidade de interpretar o envelhecimento como um processo positivo. O idoso não precisa

necessariamente ficar excluído, sem nenhuma ação social. Mesmo a presença de uma doença crônica não impede uma velhice bem sucedida. Para a autora, é possível construir um indivíduo participativo e inserido no meio social. Essa questão deve estar presente também quando lidamos com saúde e doença, já que na presença de uma doença crônica de um idoso isso quase sempre é observado.

Entretanto, esses princípios não têm norteado as estratégias de tratamento para o idoso. Segundo Vieira (1996), as distorções observadas nas políticas públicas de saúde e a conseqüente precariedade da assistência à população nos mostram que, no que diz respeito ao envelhecimento, o puro assistencialismo, prática habitual, não resolverá o problema.

É necessário conhecer todo o conjunto de alterações biológicas e psicológicas, bem como os aspectos relativos aos fenômenos sociais de exclusão para se pensar estratégias de tratamento do idoso. Ao tratar e reabilitar um paciente idoso é preciso que se considerem suas necessidades e características singulares, como limitações físicas, perda da capacidade para atividades de vida diária, perda da cidadania, incompreensão da família, doença e dor.

Nesse contexto é importante se discutir os conceitos de saúde e doença para que não haja distorções durante os atendimentos aos idosos. Doença é considerada qualquer disfunção fisiológica ou psicológica acompanhada ou não de sintomas e sinais. Estudos sugerem que doença e incapacidade física são importantes causas de declínio no bem estar físico e psicossocial em todas as idades (HEIDNCH, 1993).

De acordo com Minayo (1998), o processo saúde-doença revela uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando-se com as turbulências do ser humano enquanto ser total.

Sacks (1995), em seu livro *Um antropólogo em Marte*, afirma:

(...) que por vezes sou levado a pensar se não seria necessário redefinir os conceitos de "saúde" e "doença", para vê-los em termos da capacidade do organismo de criar uma nova organização e ordem, adequado a sua disposição especial e modificada e as suas necessidades, mais do que em termos de uma "norma" rigidamente definida. (SACKS, 1995:17)

Para Monteiro (2003):

A doença passa a ser vista como uma oportunidade de descobrir em seus sintomas maneiras de encontrar o que foi perdido, tornando essas pessoas mais íntegras em relação a elas mesmas. Do mesmo modo, a doença possibilita novos encontros que capacitem novos aprendizados. (MONTEIRO, 2003:79)

As afirmações acima nos faz repensar sobre os conceitos de saúde e doença e sobre as formas de enfrentamento. A presença de uma doença não implica, necessariamente uma perda e sim uma readequação da forma de viver, buscando assim um envelhecimento saudável.

Born (2004) também aponta essa relação:

Não se discute a importância de rever as concepções negativas da velhice resultantes da biomedicalização; de compreendê-la como uma fase da vida onde há perdas, mas estão resguardadas possibilidades de desenvolvimento. (BORN, 2004: 27)

Portanto, uma definição de saúde, como ausência de doença, que traz como conseqüências um conjunto de perdas contínuas durante o processo de envelhecimento deve ser reconsiderado pelos próprios idosos e principalmente pelos profissionais de saúde, para que haja uma nova forma de relação terapêutica. Para isso, o profissional de saúde deve refletir sobre a visão tradicional da medicina, puramente mecanicista, que interpreta a doença como uma falha em um local determinado.

Para Dossey (1998), a visão tradicional de saúde parte do pressuposto de que corpo é objeto que ocupa um espaço específico que não é partilhado por outros corpos. Os corpos, então, passariam por diversas transformações ao longo do tempo e uma dessas transformações seria a doença. Outra concepção de saúde tradicionalmente aceita é que a doença e a saúde estão localizadas no corpo de indivíduos específicos e isolados, não compartilhados pelos outros. Além disso, a doença está localizada em um local específico e, portanto, a terapêutica indicada é realizada apenas nesse local. Essa visão não leva em conta o aspecto psicossocial da doença.

No caso do idoso, a doença é vista de forma isolada, fragmentada e, neste caso, apenas o corpo sofre e não o sujeito. Além disso, muitas vezes a doença é considerada como uma consequência normal do envelhecimento, levando freqüentemente a um conformismo dos próprios idosos e dos profissionais de saúde.

Boff (2004) discute estes conceitos e concorda que é preciso reformular a o modo como se pensa a saúde e a doença. Para ele, em toda a existência haverá dor e morte, o que não significa sofrimento:

(...) Saúde, portanto, não é um estado nem um ato existencial, mas uma atitude face às várias situações que podem ser doentias ou sãs. Ser pessoa não é simplesmente ter saúde, mas é saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde. Ser saudável significa realizar um sentido da vida que englobe a saúde, a doença e a morte (...).(BOFF, 2004:144)

Portanto, saúde e doença se complementam:

(...) Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adoce em suas várias dimensões: em relação a si mesmo, em relação à sociedade, em relação ao sentido global da vida (...). (BOFF, 2004:143)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Vários estudiosos discutem essa definição; entendem que vê-la como mera ausência de doença ou enfermidades não contempla sua real dimensão. Capra (1995) analisa que o modelo biomédico que orienta o pensamento dos profissionais da saúde está dirigido pelo paradigma cartesiano da divisão em pedaços. A doença seria, então, o mau funcionamento de um dos mecanismos biológicos. Gonçalves e Gonçalves (1988) afirmam que essa definição é irrealista já que o bem estar físico, mental e social, dependem de vários fatores, não somente de moléstias físicas. Além disso, a ausência de doenças é um privilégio de poucos e o bem-estar pode ser alcançado por muitos indivíduos mesmo com a presença de doenças. Assim, quando a saúde não é tratada apenas como problema físico ou biológico permite uma ampliação nas formas de pensar e, principalmente, nas formas de intervenção.

Nessa linha de raciocínio, Shephard (1995) define saúde como uma condição humana com dimensões físicas, sociais e psicológicas caracterizadas em um contínuo ancorado em dois pólos. Um pólo positivo, associado à capacidade de desfrutar a vida e resistir e superar as mudanças, e outro negativo, associado à morbidade e, no extremo, à mortalidade precoce.

A idéia a se considerar é que a saúde engloba vários aspectos de nossas vidas, como bem-estar físico, psíquico e social e que fatores como alimentação, moradia, transporte, trabalho e lazer, por exemplo, interferem na saúde de um indivíduo e, conseqüentemente, na piora ou melhora da doença.

Para Capra (1997), existe saúde quando há um equilíbrio harmônico entre o ser humano e o seu meio. Qualquer fator que interfira nesse processo leva a um desequilíbrio e, dessa forma, à doença. Ferreira (1995) também trata da definição de doença. Para o autor, a doença é uma construção social e a

sua percepção é dada pelas sensações desagradáveis como cansaço, fraqueza e dor. Para Andrade (2003), o binômio saúde-doença comporta os aspectos físicos, sociais, espirituais e mentais em uma interação com o meio ambiente e com a própria visão de mundo que o indivíduo adota.

Sendo assim, de acordo com as reflexões realizadas até o presente momento, a saúde plena deveria estar associada a fatores econômicos, culturais e sociais e, para lidar com a doença e com a dor, todos esses aspectos devem ser contemplados nos atendimentos realizados por um fisioterapeuta.

Com relação a isso, a Carta de Otawa, de 1986 (I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde) define alguns pré-requisitos para a saúde. Entre eles estão a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade (CZERESNIA & FREITAS, 2003). Portanto, para se ter saúde é necessário ter alguns desses requisitos. Segundo a Carta de Otawa, para promover a saúde é necessário criar maneiras de alcançar essas condições ou ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou se adaptar ao meio ambiente. Essa seria a nova concepção de saúde pública, que deveria, então, servir de base para se pensar a questão do envelhecimento.

Já a Constituição de 1988 prevê que a saúde é um direito de todos os cidadãos. Na Lei 8.080 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

No que se refere à utilização de serviços públicos, pode-se afirmar que o aumento da população idosa já vem se transformando em uma importante questão de saúde pública. Os problemas decorrentes do envelhecimento

exigirão um novo modelo de atendimento que ultrapasse o aspecto puramente assistencial. Segundo Veras (2003):

(...) O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que freqüentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado. (VERAS, 2003:706)

Respondendo a essa questão foi assinada, em 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), com objetivo de permitir um envelhecimento saudável, o que significa, na concepção da política, preservar a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida daquele que envelhece. Já o Estatuto do Idoso, em vigor desde 1º de janeiro de 2004, defende a saúde do idoso, em seu artigo 15:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

No artigo 18, do Estatuto do Idoso, lemos:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento, às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim com a orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Sabe-se que a simples existência de leis não muda uma situação tão complexa. Laurenti (1990) afirma que, do ponto de vista da saúde da população, há um aumento da prevalência e da mortalidade pelas doenças não transmissíveis, mais popularmente chamadas crônico-degenerativas e diversos estudos demonstram que os idosos, comparados às demais faixas etárias, consomem muito mais recursos do sistema de saúde e que, muitas

vezes, esses custos não se transformam em benefícios (GORDILHO et al, 2001). Segundo Litvoc e Brito (2004), as altas taxas de prevalência de doenças crônicas têm importantes implicações para a saúde dos indivíduos que estão envelhecendo. Esse aumento das doenças crônicas pode levar a um aumento na utilização excessiva dos serviços de saúde, institucionalizações desnecessárias e diversas incapacidades, limitações físicas ou cognitivas para a realização das tarefas do dia-dia.

Como vimos, as conseqüências causadas pelo aumento de doenças crônicas devem ser repensadas. Para tanto, é necessária uma nova interpretação sobre a doença e o envelhecimento. Ainda persiste uma visão de que a doença é um processo natural do envelhecimento e que diante de um quadro de doença crônica não há o que fazer, a não ser esperar a morte. Essa visão deveria ser revista por todos os profissionais de saúde, pois dificulta a interpretação e a compreensão da doença e da dor no envelhecimento.

CAPÍTULO II
DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas têm, na maioria das vezes, na idade um fator de risco. Envelhecer sem uma doença crônica é uma exceção. De acordo com Lessa (1998) é comum que o ser humano tenha pelo menos uma patologia crônico-degenerativa após os 60 anos de idade. No entanto, envelhecer com uma doença crônica não significa o ponto final. Mesmo que as doenças crônicas, ao longo do tempo, levem a uma incapacidade e dependência, a maioria dos idosos, mesmo na presença de uma doença crônica, não perde a vida, a autonomia e a saúde. Ramos (2003) afirma que mesmo com a presença de uma doença crônica, muitos idosos podem levar uma vida normal, integrada socialmente, feliz e saudável.

Veras (1994) explica que a palavra “crônica” descreve uma doença de longa duração que envolve mudanças lentas. Atualmente há uma mudança nas características das doenças crônicas. No passado as doenças levavam rapidamente ao óbito. Com o controle das doenças infecciosas e parasitárias, melhora do saneamento básico e diminuição da mortalidade, há um aumento das doenças degenerativas.

A doença crônica pode representar uma ameaça aos projetos de vida de um indivíduo, principalmente quando se trata de pessoas idosas (TRENTINI et al, 2005). Diante disso, com um número cada vez maior de pessoas que sofrem de doenças crônicas, é preciso uma mudança significativa no paradigma médico, afastando-se de tratamentos de tipo meramente “agudo a um tratamento mais holístico”, da “cura para o cuidado”, como observa Helman (2003:19).

Entre as principais doenças típicas das idades mais avançadas estão as cardiovasculares e as músculo-esqueléticas, como artrose, osteoporose e lombalgias. Dentre as músculo-esqueléticas que acometem os idosos, a osteoartrose é uma das mais comuns, apresentando uma alta incidência nos indivíduos a partir de 55 anos de idade (MESSIER,1994; ETTINGER et al.,1997; LAWRENCE,1998). Há evidência de osteoartrose em 80% a 90% dos indivíduos a partir de 65 anos (COTRAN et al, 2000). Já Machado

(2002) afirma que a prevalência do aumento da osteoartrose é maior a partir dos 40 anos nas mulheres e a partir dos 50 nos homens e afeta 50% dos indivíduos com mais de 60 anos ou mais de 85% dos indivíduos com 75 anos ou mais e é responsável pela incapacidade laborativa de cerca de 15% da população adulta no mundo. No Brasil, ocupa o terceiro lugar na lista dos segurados da Previdência Social. Segundo Pereira & Fuller (2004), o impacto gerado pela osteoartrose em nível mundial é grande e constitui uma das principais causas de perda de horas de trabalho. Estudos recentes relacionados à osteoartrose, mais especificamente no quadril, avaliaram um custo total de 543 a 2827 dólares por paciente/ano nos EUA, sendo responsáveis por 5% das despesas totais de planos de saúde (MACLEAN, 1998).

Segundo Serra et al. (2001) as osteoartroses são consideradas uma das principais causas de incapacidade funcional no idoso e que aumentam, a cada dia, com o envelhecimento populacional.

Ramos et al (1993), em um estudo realizado na região sudeste do país, com 1.602 idosos demonstraram que 86% deles apresentavam alguma doença crônica e que 10% apresentam cinco (5) doenças crônicas, o que aumenta a

hialina, associada à esclerose do osso subcondral e neoformação óssea reacional sob a forma de osteófitos, sendo o resultado final comum de um desequilíbrio entre o estresse mecânico aplicado à articulação e a capacidade da cartilagem de suportar o estresse. Isso pode explicar a associação entre a idade e o aparecimento da osteoartrose. Para Romano et al., (2001) e Marques & Kondo (1998), a osteoartrose é caracterizada pela alteração funcional da articulação sinovial e pelo acometimento da sinóvia, cápsula articular e alterações no osso subcondral. Esse processo leva a uma alteração da cartilagem articular, alteração do suporte ligamentar e do controle neuromuscular. Essa alteração da cartilagem, com conseqüente deterioração aumenta à medida que a doença progride, principalmente após os 50 anos.

De acordo com Romano et al. (2001), a etiologia do processo degenerativo inicia-se com o envelhecimento. Durante a vida do indivíduo fatores laborais, pessoais e físicos podem favorecer o início precoce de um processo degenerativo natural, como as doenças inflamatórias ou infecciosas que destróem a estrutura cartilaginosa ou a traumas que envolvem a cartilagem, precipitando o aparecimento da osteoartrose. Dias et al. (1998), corroboram essas afirmações e apontam como fatores de risco ao aparecimento de osteoartrose a atividade ocupacional, lesões e traumas progressos, obesidade e doenças sistêmicas como, por exemplo, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus.

De acordo com Cotran et al. (2000) há evidência de 80% a 90% dos indivíduos quando atingem 65 anos de idade, principalmente pelo caráter degenerativo progressivo que acometem as articulações que sustentam o peso.

Para Olszewer (2000) as articulações do joelho e das mãos são mais afetadas nas mulheres e os quadris nos homens. Já Linsell et al (2005) afirmam que a dor relacionada à osteoartrose é comum principalmente no joelho.

Como a osteoartrose é uma doença heterogênea, tanto os sintomas, como o diagnóstico é complexo. De acordo com Dias et al. (1998), sintomas como rigidez matinal com duração inferior a trinta minutos, crepitação articular, ausência de calor local, presença de osteófitos e idade superior a 50 anos podem indicar osteoartrose.

Há várias classificações para osteoartrose. Quanto à etiologia, a osteoartrose é dividida em dois grupos. A primária, quando as alterações da fisiologia articular são geneticamente determinadas e precipitam a degeneração articular, e a secundária, quando resulta de traumas e microtraumas de repetições ou de alterações biomecânicas da articulação. Para Fronteira et al (1999), a osteoartrose primária é a mais comum e inclui diversas síndromes clínicas de articulações específicas, não havendo uma base etiológica. No entanto, apresentam fatores predisponentes como idade, hereditariedade e obesidade. Já a secundária é adquirida por fatores adjacentes que aceleram a degeneração da cartilagem relacionada à idade.

Quanto ao diagnóstico, há várias classificações. A classificação de Altman (1986) para o American College of Rheumatology (EUA), separa os pacientes em duas categorias: a idiopática, que não apresenta nenhum evento anterior conhecido ou qualquer doença relacionada, e a secundária, que apresenta eventos conhecidos ou doença relacionada com osteoartrose. Há ainda quatro classes de osteoartrose. De acordo com Gordon (1993), os indivíduos da classe 1 são capazes de executar as atividades do dia-dia como deslocamento e auto-cuidado (AVD), atividades ocupacionais, recreativas e esportivas; os indivíduos da classe 2 são capazes de executar as atividades do dia-dia como deslocamento e auto-cuidado (AVD), atividades ocupacionais e recreativas, mas são limitados para atividades esportivas; os da classe 3 são capazes de executar somente atividades básicas de auto-manutenção; na classe 4, os indivíduos apresentam limitações para executar todas as atividades do dia-dia, auto-cuidado (AVD) e atividades ocupacionais e recreativas.

Sabe-se que nem todos os indivíduos com osteoartrose apresentam sintomas, pois alguns se instalam de maneira lenta e insidiosa. A dor decorrente apresenta características do acometimento estrutural. A dor melhora no repouso, piora com as atividades e é mais acentuada no fim do dia e durante a manhã, principalmente ao acordar. A dor relacionada às atividades funcionais é a mais importante; pode se iniciar após alguns segundos ou minutos do início da atividade ou pode se manter por horas (ROMANO et al., 2001).

Segundo Marks (1994), os indivíduos com osteoartrose referem dor no decorrer do dia, dor à palpação, crepitação, edema, deformidades ósseas, frouxidão ligamentar e alterações neuromusculares que levam o indivíduo a perdas funcionais e conseqüentes alterações de vida diária. Outras características são perda proprioceptiva, alterações de marcha, diminuição de força muscular e capacidade aeróbica. Para Serra et al (2001), a dor acaba sendo um dos principais sintomas da osteoartrose e pode ser acompanhada de rigidez articular. Na maioria das vezes, a dor não pode ser definida. Apresenta-se localizada, irradiada, referida, contínua ou intermitente e inicialmente aparece como cansaço e peso, e apenas com o movimento. Conforme aumenta a atividade física, aumenta a dor. Sabe-se que a cartilagem não é inervada e que a dor articular resulta de vários fatores. Para Bennett & Plum (1997) e Kauffman (1999) a dor por esse motivo pode ser desencadeada por outros tecidos como a sinóvia, osso, músculo e ligamentos. Para Serra et al. (2001), a dor articular resulta de vários fatores como a pressão exercida sobre áreas do osso subcondral expostas, elevação periosteal relacionada com a formação de osteófitos, microfraturas trabeculares, sinovite ou mesmo a espasmo da musculatura para-articular que pode contribuir para o sofrimento do indivíduo.

Como se vê, a dor em idosos com osteoartrose, é de difícil explicação. Independente disto ela está muito presente durante os atendimentos e é uma das queixas mais comuns em consultórios e clínicas de reabilitação. Entender a dor, nesse caso, não significa saber apenas o aspecto fisiológico

do seu aparecimento, mas sim entender as repercussões que a dor poderá trazer, principalmente, nos casos dos idosos.

CAPÍTULO III
DOR E ENVELHECIMENTO

Atualmente a dor é um problema de saúde pública. Causa efeitos devastadores em virtude do sofrimento, além de prejuízos e incapacitações para milhares de pessoas.

Mas o que é a dor? Como defini-la? Todos os indivíduos são capazes de definir dor se lembrarem de suas experiências pessoais, mesmo que tenha dificuldade em encontrar as melhores palavras.

Para Alves e Minayo (1994):

(...) muitas definições podem ser dadas mas nunca abarcam a dimensão do que é esta sensação, isto porque a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que a sente. (ALVES& MINAYO; 1994:105)

A dor é uma experiência universal, vivenciada por todos os indivíduos. É um dos sintomas mais comuns e mais estudados por vários profissionais incluindo médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, teólogos, antropólogos e filósofos.

Desde a antiguidade, discute-se o significado da dor e buscam-se soluções para o alívio. Um dos princípios hipocráticos já falava do alívio da dor, sempre que possível. A dor já foi considerada um castigo enviado por deuses ofendidos, atribuída à presença de maus espíritos e à perda de substâncias vitais do organismo.

De acordo com Bonica (1990), os processos dolorosos eram causados pelos deuses ou maus espíritos dos mortos que entravam nos seus corpos. Para os egípcios e para os antigos hindus a dor era uma experiência localizada no coração. Já na antiga civilização européia, alguns pensadores gregos acreditavam que o cérebro, e não o coração, era o responsável pela razão e pela sensação. Platão e Aristóteles acreditavam que a dor era emoção, sentida no coração como paixão da alma, como uma experiência oposta ao

prazer. Essa concepção de Aristóteles prevaleceu por muitos séculos. No entanto, diversos estudos demonstravam novas formulações para o entendimento da dor. Galeno definiu três classes de nervos, divididos em funções sensoriais, motoras e os ligados aos processos dolorosos; Leonardo da Vinci atribuiu ao sistema nervoso central o papel fundamental no mecanismo das sensações. Em meados do século 15, de acordo com estudos de McGrath relatados por Guimarães (1999), os estudos sobre a dor foram reformulados principalmente com Descartes, que descreveu a dor como uma sensação percebida no cérebro e resultante de um estímulo sensorial. De acordo com Figueiró (2000), esse conceito firmou-se no século 19 devido à teoria da especificidade que propunha a existência de terminações nervosas diferentes para cada variedade de sensação cutânea e pela teoria do padrão de estímulos, segundo a qual a sensação da dor dependeria da intensidade do estímulo. No final do século 19, em 1895, Strong atribuiu grande importância aos aspectos psicológicos e orgânicos na percepção da dor.

No entanto, apenas essas teorias não explicavam a dor. Em 1937, de acordo com Figueiró (2000) esse cenário começou a se modificar com novos estudos realizados na França, nos Estados Unidos e na Holanda. Nas décadas de 40 e 50, estudos relatavam a junção de estímulos sensoriais e emocionais, comprovado pelos trabalhos de Melzack, na década de 60, que demonstraram que a motivação, o afeto e a cognição eram fatores presentes no processo de dor.

Em 1973, foi criada a Associação Internacional para o Estudo da Dor (I.A.S.P.). Ela definiu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma ameaça real ou potencial de dano tecidual, ou descrita em termos de tal dano” (I.A.S.P., 2005).

Várias são as definições e interpretações com relação à dor. A dor pode ser descrita como uma resposta fisiológica normal decorrente de um estímulo

mecânico, térmico ou químico associado ou não a um trauma, a uma cirurgia ou a uma doença que leva a uma resposta sensorial.

Fisiologicamente, estímulos nociceptivos, tais como calor, frio ou substâncias químicas que podem lesionar os tecidos se forem muito prolongados, estimulam os receptores sensoriais, chamados nociceptores. Esse estímulo é transmitido pelas fibras nervosas para a medula espinhal e, em seguida aos centros cerebrais. Associados à cultura, à memória, a estados afetivos e emocionais, o estímulo retorna como um processo doloroso com inúmeras facetas.

Sendo assim, a maioria dos estudiosos reconhece que as características individuais e as variáveis psicossociais interferem no processo doloroso.

Segundo Guimarães (1999), a dor é uma experiência complexa, multidimensional, mediada por vários componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais.

A dor causa sofrimento e respostas fisiológicas, biológicas e comportamentais. De acordo com Da Silva & Ribeiro Filho (2006) o sofrimento é a reação afetiva ou emocional à dor e o comportamento de dor são as respostas observadas nos indivíduos registrando a dor.

Isso significa que a dor se apresenta de forma individual; cada indivíduo sente a dor de forma diferente e dependente de aspectos pessoais, genéticos, psicológicos ou culturais. Ao lidar com a dor, deve-se levar em consideração esse aspecto e o caráter complexo que a envolve. Para Figueiró: “Cada dor é uma dor diferente, sentida por pessoas diferentes” (2000:13).

Katz e Melzalck (1999) reforçam essa idéia ao afirmar que a dor é uma experiência pessoal e subjetiva que pode apenas ser sentida pelo sofredor. Subjetiva, pois cada um fala da sua dor a partir da experiência trazida desde

o início da vida. A dor pode ser explicada pela história de vida do indivíduo, pelo contexto sócio-cultural, pelo tipo de personalidade e pela sua situação atual.

Assim, para entender a dor de um indivíduo é necessário analisar, além dos aspectos físicos, os aspectos psicológicos e culturais envolvidos no aparecimento e na permanência do processo doloroso. Além disso, sua percepção remete à subjetividade da experiência dolorosa.

Segundo Ferreira:

A experiência dolorosa é de conhecimento de todos nós, mas quem pode defini-la na sua essência? Será a mesma sensação para todos os indivíduos? Obviamente a dor tem características individuais, idiossincrásicas e aspectos ligados à cultura na qual o indivíduo está imerso. (FERREIRA, 2001:43)

A dor, portanto, é de difícil análise e tratamento. Entretanto, ela é sentida por uma pessoa e, independente da subjetividade, da intensidade e da qualidade dessa dor, está presente e deve ser respeitada.

Guimarães assim discute essa questão:

Embora subjetiva, ela não é abstrata. Ela é sentida por alguém e este alguém precisa ser compreendido e respeitado na sua realidade e na sua totalidade, para que esta dor possa ser verdadeiramente tratada. (GUIMARÃES, 1999:11)

Por esse motivo, é difícil avaliá-la objetivamente ou conhecer com exatidão a dor de um indivíduo (FIGUEIRÓ, 2000).

Há vários tipos de classificação para a dor. A classificação mais utilizada é a que leva em consideração o tempo de dor. (MCGRATH, 1990; TURK & MELZACK, 1992). Essa classificação inclui, além de aguda e crônica, a dor recorrente. A dor aguda tem duração relativamente curta, de minutos a

algumas semanas, e decorre de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias. Já a dor crônica tem duração extensa, de vários meses a vários anos; geralmente está associada a uma lesão tratada. A dor recorrente é uma dor aguda, porque ocorre em episódios de curta duração, mas tem uma característica crônica, já que se repete ao longo de quase uma vida. Não está associada a uma etiologia específica. Esta classificação ainda é muito discutida, pois, segundo Guimarães (1999), o impacto da dor na qualidade de vida das pessoas não está diretamente ligado à classificação, à origem da dor ou à doença, mas à intensidade e duração da dor e às conseqüências causadas por ela.

Segundo Figueiró (2000), a dor aguda está associada a uma de lesão corporal e tende a desaparecer logo que a melhora ocorra. A dor aguda responde bem aos medicamentos analgésicos e o controle é possível. Ainda segundo o autor, a dor aguda apresenta-se como um mecanismo protetor e serve como um sinal de que algo está errado. Já a dor crônica tem uma explicação fisiológica indefinida e tem relação com a memória e a proteção. De acordo com Figueiró, é aquela que perdura por mais de seis meses. Está associada à doença crônica e apresenta sintomas neurovegetativos, como alterações nos padrões de sono e apetite, peso e libido, além de irritação, diminuição de concentração e diminuição da capacidade funcional. As duas geram estresse físico e emocional além de alterações econômicas e sociais significativas para os indivíduos e familiares.

Assim como Figueiró, Andrade Filho (2001), afirma que a dor crônica é aquela que persiste por mais de quatro a seis meses ou até anos, além do tempo esperado para a cura da lesão. Está associada a processos patológicos crônicos que causam a dor contínua ou recorrente. Geralmente é vaga e mal delimitada:

Caracteriza-se, portanto, pela pequena expressão dos sinais físicos da doença orgânica e pela ocorrência de depressão, ansiedade, hostilidade, adoção de posturas particulares, aumento

de preocupações somáticas e do período de repouso, com as óbvias conseqüências financeiras e sociais. (TEIXEIRA, 1999:85)

A dor crônica, por sua persistência, perde a função de alarme e proteção e torna-se, para o indivíduo, uma doença. Muitas vezes, ela afasta os indivíduos do trabalho e do lazer. De acordo com Rull (2004), a dor crônica é considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial, que se configura em um problema de saúde coletiva e exige abordagem interdisciplinar. Andrade Filho et al (2001) complementam essa definição ao afirmar que a dor crônica é um fenômeno multidimensional, complexo que não pode ser explicado apenas em uma dimensão sensorial. Há alterações físicas acompanhadas ou associadas à depressão, a ansiedade, hostilidade, adoção de posturas antálgicas e aumento do período de repouso com conseqüências financeiras e sociais, aspectos também relatados pela Sociedade Americana de Geriatria (1998).

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor cerca de 90 milhões de pessoas sofrem de dor crônica nos Estados Unidos, o que representa custos anuais de 125 bilhões de dólares com o tratamento destes pacientes. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2003), não há estudos epidemiológicos. No entanto, estudos mundiais afirmam que cerca de 30% da população de um país apresentam dor crônica. Fazendo uma estimativa, cerca de 50 milhões de brasileiros podem apresentar este tipo de dor.

A dor crônica é um dos sintomas da osteoartrose. Creamer et al. (1998) estudaram as características da dor em 66 idosos com osteoartrose e constataram que a maioria dos indivíduos apresentavam dores generalizadas (85,3%).

Teixeira et al. (1999) relatam que a dor dos idosos geralmente está relacionada a doenças crônicas degenerativas e que de 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam algum tipo de problema de

saúde que ocasiona o aparecimento da dor. Muitas vezes a dor crônica pode se tornar uma doença em si e as conseqüências podem ser drásticas para a vida do indivíduo, pois impede projetos sociais e profissionais.

De acordo a Sociedade Americana de Geriatria, com o envelhecimento e a prevalência de doenças crônicas a dor assume grande importância. Para Augusto et al (2004), as conseqüências da dor crônica, como depressão, isolamento, perda da independência e autonomia, são freqüentes. Manifesta-se em aproximadamente 70% dos indivíduos que procuram consultórios e, nos idosos, a dor geralmente é crônica e relacionada a doenças degenerativas (TEIXEIRA, 1999).

A dor funciona como uma proteção, como um indicador de que algo não está bem, levando os indivíduos a procurar cuidados para melhorar ou minimizar a sintomatologia. A dor seria, então, o 5º sinal vital (juntamente com pressão arterial, pulso, temperatura corpórea e respiração) e a intensidade, o tipo, e a freqüência da dor podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos.

Dessa forma, é difícil analisar a dor somente pela causa, isto é, a doença instalada. Devem ser analisados os fatores relacionados a ela, como a duração da dor, a intensidade e as conseqüências na vida do indivíduo. De acordo com Guimarães (1999), a doença e suas particularidades podem potencializar ou ser potencializada pela presença de dor. Além disso, pessoas com histórias de dor semelhantes podem relatar experiências diferentes.

Borders et al (2005) relatam que indivíduos possuem condições multivariáveis que são crônicas e incapacitantes, o que contribui para o surgimento de dor persistente e que essa dor provoca alterações relevantes na qualidade de vida.

Nos idosos, a dor é geralmente crônica e relacionada a doenças degenerativas. Estima-se que 80% dos indivíduos aproximadamente acima

de 65 anos têm pelo menos um problema significativo de saúde que os predispõe à dor. Muitas vezes, segundo Porto (2000), os idosos são rotulados de poliqueixosos, pois queixam-se mais de dor do que os indivíduos jovens. No entanto, a afirmação de poliqueixosos e hipocondríacos deve ser repensada. Vários estudos confirmam que a dor entre os idosos é real.

Pesquisa do *General House Hold Survey*, realizadas em 1995, revelaram que a taxa de desconforto músculo-esqueléticos nas mulheres adultas é de 159 a cada 1000; já nos homens adultos, é de 143 a cada 1000 (URWIN et al. 1998). Um estudo feito em Hong Kong, com indivíduos de mais de 70 anos, revelou que a dor músculo-esquelética afetava 19% a 20% dos homens e 37% a 41% das mulheres (VON KORFF DWRRIKIN, LE RESCHE, 1990 APUD PIMENTA, KOIZAMI & TEIXEIRA, 1997).

Percebe-se, portanto, que a freqüência desses desconfortos aumenta com a idade. Lock et al. (1999) estudaram 1546 indivíduos ingleses e verificaram que a prevalência aumenta de 145, entre 18 e os 24 anos, para 233, entre 55 e 64 anos. Outro estudo realizado na Nova Zelândia revelou que as dores em quatro ou mais locais do corpo aumentam o uso de medicamentos, a procura por assistência médica e ocorrem em 21,4% dos homens e 33% das mulheres entre 45 e 64 anos de idade. No Brasil, um estudo realizado em Goiânia, por Lacerda et al. (2005) detectou 62,5% de dor entre os idosos. Para os autores, a dor entre a população idosa pode ser considerada um problema de saúde coletiva. Para Kemp et al (2005), a dor crônica é comum entre os idosos com idade superior a 65 anos, afetando 58 a 70% desta população. Para o autor, o importante é entender o processo doloroso no idoso a fim de atingir uma melhor estratégia de atendimento. Outros autores, como Grimby et al (1999) e Blomqvist & Edberg (2002) também afirmam que 60% a 85% dos idosos apresentam algum tipo de dor.

Vários fatores podem interferir na percepção da dor. Alguns estudos demonstram que homens e mulheres apresentam sensação, percepção e

comportamento diferentes frente a processos dolorosos (BERKLEY, 1999; MYERS et al., 2003). Para Fillingim (2003), o modelo biopsicossocial da dor pode ser adaptado para explicar as diferenças entre sexo e gênero na dor. Para o autor, esse modelo leva em consideração fatores socioculturais, biológicos e psicológicos.

Outro fator que pode alterar a percepção da dor é a idade. Poucos são os estudos que discutem a dor e o processo de envelhecimento. Segundo Figueiró e Consentino (2005), de quatro mil artigos relacionados à dor, somente 1% refere-se ao idoso. Além disso, a dor no idoso é sempre acompanhada de outros fatores, como o efeito cumulativo da progressão de doenças crônicas, a associação de diversas patologias crônicas e os efeitos colaterais de diversos tratamentos que atrapalham essa percepção (GUIMARÃES, 1999). Duarte e Diogo (2000) confirmam isso ao relatar que existem poucos estudos epidemiológicos sobre dor, principalmente em idosos. Para os autores, há dificuldades na classificação das síndromes crônicas e na caracterização das queixas álgicas o que as torna difíceis de estudar.

De acordo com Figueiró e Cosentino (2005), não há muitos estudos sobre a epidemiologia da dor crônica, mesmo que muito presente em idosos. Os poucos estudos relacionados a processos dolorosos estimam que 25% a 50% dos idosos sofrem de algum tipo de dor, principalmente de origem músculo-esquelética, sendo a causa mais comum a artrose (Ferrel & Ferrel, 1996). Harkins também afirma que a osteoartrose é uma das causas mais comuns de dor nos idosos e que essa dor provoca alteração na qualidade de vida desses idosos. Trabalhos como o de Blomqvist (2003) relata alta porcentagem de dor crônica (67%) entre os idosos e apontam a importância de realizar mais estudos com este grupo com dor crônica para se entender melhor a complexidade de sintomas e causas, pois a maioria das dores interferem na vida normal e não recebem um cuidado adequado, assim como relata Gagliese & Melzack (1997) e Harkins (2001).

Estudos como de Leong & Helme (2003) demonstraram que a dor crônica está presente em 50% dos idosos e que na maioria dos casos é acompanhada de problemas psicossociais e da perda de funcionalidade. Outros estudos, como de Allcock, McGarry e EIKan (2002) afirmam que 2/3 dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam dor crônica e que a prevalência deste tipo de dor em idosos institucionalizados é de 45% a 80%. Helme et al (1996) relatam que a dor crônica em idosos é muito freqüente e que merece mais atenção de equipes multidisciplinares. Estudos no Brasil demonstraram que a dor crônica está presente em 51,4% dos idosos avaliados de acordo com estudos de Dellarozza (2000).

Sendo assim, há evidências de que com o aumento da idade, a dor assume uma importância significativa e que, muitas vezes, a dor no idoso é de difícil percepção, avaliação e tratamento. Figueiró e Cosentino (2005) discutem esse aspecto:

Parecem existir diferenças associadas à idade nas dores agudas, crônicas e experimentais, como, por exemplo, aumento do limiar de doloroso, menor tolerância e menor capacidade de discriminação. Com o aumento da idade, parece haver mudança da qualidade da dor, mas não da intensidade. Já os componentes afetivos e cognitivos da dor não parecem sofrer mudanças. (FIGUEIRÓ & COSENTINO, 2005:684)

Smeltzer & Bare (1998) acreditam que a resposta à dor no idoso pode ser de menor intensidade devido à acuidade e ao tato reduzidos, alterações nas

fantasma da dor, acrescenta-se o das despesas médicas e farmacêuticas. (FIGUEIRÓ, 2000:87)

Para Fillingim (2003), o modelo biopsicossocial da dor pode ser adaptado para explicar as diferenças com relação à dor. De acordo com esse modelo, fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos estão relacionados e são determinantes para a manutenção da dor crônica (TURK et al, 2002). Sendo assim, para compreender a dor e a doença de uma pessoa é preciso, além do entendimento do agente causador, compreender as alterações psicológicas e culturais inseridas nesse processo, já que afetam diretamente o entendimento da doença e a percepção da dor.

Além disso, o idoso tende a omitir os processos dolorosos ao considerar a dor, assim como a doença, algo inerente ao envelhecimento e, portanto, sem solução. Essa questão é discutida por Cavalieri (2005) ao afirmar que muitos adultos negam a dor com medo de estarem ficando idosos e que, muitas vezes, a avaliação é incorreta. Uma forma de corrigir isso é o auto-relato. Por outro lado, os profissionais deveriam considerar a dor como o 5º sinal vital em uma avaliação.

Neri (2004) demonstra sua preocupação com esse problema e a discute relacionando-o ao modelo biomédico. Para ela, esse modelo é prejudicial, já que expõe os idosos a preconceitos e à discriminação, tanto por leigos, como por profissionais e instituições sociais. Para a autora, a supergeneralização, a crença de que todos os idosos são doentes ou que a velhice é uma doença resulta desse modelo. Portenoy (1994) corrobora essa visão, pois a crença de que a dor é parte inevitável do processo de envelhecimento pode levar a alteração de humor e funcionalidade.

A fisioterapia deveria em seus atendimentos, refletir sobre esses conceitos. Ao tratar de um idoso, o fisioterapeuta não deve considerar a doença ou a dor como um processo normal da velhice. Os próprios idosos analisam a doença e a dor como um fato normal, que acompanha a velhice. Por isso

não se sentem velhos com a ausência da doença, como podemos perceber no estudo de Debert (2004). Neste trabalho os idosos que não estão doentes ou emocionalmente deprimidos não se consideram velhos. Para eles, a velhice é freqüentemente considerada a própria doença. Isto porque os afasta da sociedade, causando sofrimento.

A este título, Monteiro lembra que:

(...) O sofrimento humano é multifatorial e, portanto, se quisermos atuar de maneira mais eficiente no cuidado aos velhos doentes, teremos que compreender as suas necessidades enquanto seres humanos, como também a natureza de suas próprias vidas, e não simplesmente saber as causas de suas doenças. Devemos respeitar as suas queixas, sem desconsiderar absolutamente nada. O ser humano não está saudável porque se encontra fragmentado, faltando algo para estar inteiro e pleno no modo que conduz a própria vida. (MONTEIRO, 2003:78)

Assim como o reconhecimento da doença e a forma de responder a ela dependem de processos culturais, a dor também pode ser considerada uma “experiência culturalmente aprendida” (PIMENTA & PORTNOI, 1999:159)

Segundo Keesing, citado por Helman:

A cultura pode ser definida como um complexo de conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e quaisquer outras habilidades ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade... e determinados por um sistema de idéias compartilhadas, sistemas de conceitos, regras e significados que subjazem e são expressos nas maneiras pelas quais os seres humanos vivem. (KEESING apud HELMAN, 2003:12)

Esses sistemas de regras são responsáveis pelo modo como o indivíduo responde à dor e à doença:

A cultura exerce importante influência em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo suas crenças, comportamentos,

percepções, emoções, língua e linguagem, religiões, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal, conceitos de espaço e tempo, além das atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio. (HELMAN, 2003:13)

Sabe-se que há diferenças no significado e nas respostas à dor e às doenças entre diversas populações e culturas. Estudos comprovam que há diferenças entre a percepção de dor e a tolerância à dor em diferentes grupos étnicos (LAMBERT, LIBMAN & POSER APUD PIMENTA & PORTNOI, 1999).

Melzack & Wall, citados por Pimenta & Portnoi (1999), reforçam a necessidade de buscar as experiências e entender o fenômeno biopsicossocial da dor, pois a quantidade e a qualidade da dor que os indivíduos sentem são determinadas pelas experiências e pela memória, além da capacidade de entender as causas e conseqüências. Para eles, a cultura em que estamos inseridos é responsável pelo modo como sentimos e respondemos à dor. Helme & Gibson (2001) também discutem a necessidade de analisar aspectos da dor ligados ao envelhecimento, além da dimensão social e afetiva da dor.

Diante desses fatos, pelas projeções epidemiológicas (tanto da dor crônica, como do processo de envelhecimento) e pelo número de idosos que procuram atendimento em função de processos dolorosos crônicos é de extrema importância que se busquem soluções para as repercussões da dor no cotidiano do paciente e para construção de formas de enfrentamento capazes de lidar com a realidade e com as suas limitações.

A fisioterapia deveria se mostrar sensível a esses quadros nos atendimentos a idosos, pois é possível perceber diferenças entre os idosos com relação à percepção da dor, além da dor e da doença aparecerem freqüentemente, como um fator inerente ao envelhecimento. Tal prática pode contribuir para a melhor formação do fisioterapeuta que lida com os idosos e, principalmente, para um envelhecimento de melhor qualidade.

CAPÍTULO IV
A FISIOTERAPIA

A fisioterapia tem como um de seus objetivos diminuir a dor nos indivíduos com osteoartrose. Vários são os tratamentos para a melhora do quadro clínico de indivíduos com osteoartrose. A maioria dos recursos visa aliviar os sintomas, a dor, preservar ou melhorar a função articular, reduzir a incapacidade e controlar fatores que possam interferir na aceleração do processo.

De acordo com Romano et al (2001) o objetivo do tratamento da osteoartrose é aliviar os sintomas, preservar ou melhorar a função articular, reduzir a incapacidade e controlar os fatores que aceleram sua progressão. Geralmente, o tratamento é baseado, além do farmacológico, em cinesioterapia com uso de exercícios de fortalecimento e alongamento, hidroterapia, recursos eletrotermofototerápicos para analgesia e, algumas vezes, programas educativos (BUNNING & MATERSON, 1991; ROMANO et al, 2001; GREVE et al, 2002).

Para Deliberato (2002), os procedimentos fisioterápicos para esses tipos de quadro se baseiam em recursos eletrotermoterápicos, cinesioterápicos, além de outras técnicas manuais e orientações. No entanto, pouco se discute o papel da dor e da doença para o indivíduo. O problema aumenta quando lidamos com o idoso.

Entretanto, a Fisioterapia nem sempre consegue dar conta de todo o processo envolvido na doença, na dor e no envelhecimento. Muitas vezes o fisioterapeuta não leva em consideração os fatores sociais e culturais ao atender um idoso com dor crônica, abordados neste trabalho.

Para Pickles (2000) valores como a saúde, a doença, as conseqüências da doença e a discussão da eficácia dos diversos tratamentos deveriam estar presentes durante qualquer tratamento. Sabe-se que a Fisioterapia tem papel marcante no aspecto social e tem atribuições em todos os níveis de atenção à saúde do indivíduo: promoção, prevenção, cura e reabilitação. No

entanto, o fisioterapeuta limita-se, via de regra, a uma visão puramente biológica.

Rebellato & Botomé (1999) afirmam que a grande maioria dos currículos de Fisioterapia priorizam o modelo tecnicista voltado para área biológica e não à produção de novos conhecimentos sobre o mundo social e atual. Segundo os autores, a própria origem da Fisioterapia levou a essa situação já que seu surgimento ocorreu em meio às grandes guerras. Para eles:

As perdas totais ou parciais de membros, atrofias e paralisias são exemplos do “**objeto de trabalho**” da Fisioterapia na sua gênese. Naquelas circunstâncias, porém a preocupação fundamental – ou mesma única – com a “**doença**” (as lesões físicas e suas conseqüências) parecia adequada ou suficiente. (REBELLATO & BOTOMÉ, 1999: 19)

No entanto, sabe-se que o fisioterapeuta tem como funções a promoção de saúde, a prevenção de doenças, programas de assistência à comunidade entre outras.

Nesse sentido, pode-se discutir novamente a questão da saúde e doença. Não há como separá-los e entendê-los como dois pólos distantes. Laurell apud Rebellato & Botomé (1999) afirma que, ao analisar processos sociais no aparecimento de patologias, saúde e doença constituirão dois momentos de um mesmo processo. Ressalta ainda que a Medicina, com esse enfoque puramente curativo coloca a doença como um fenômeno isolado da saúde.

Damásio também analisa essa questão com relação à Medicina. Essa reflexão parece semelhante ao caso da Fisioterapia. Para o autor, um médico deveria deixar de lado o caráter puramente biológico e mais que um biólogo, mais que um naturalista, o médico deveria ser fundamentalmente um humanista (DAMASIO, 1996).

Dossey (1998) apresenta uma nova maneira de entender a doença. Para o autor, a doença deveria ser vista como uma forma de encontrar novas soluções e oportunidades. Para isso é preciso que o fisioterapeuta incorpore uma nova concepção de tratamento e reabilitação.

Seria necessário, como afirmam PICKLES et al. (2000), que a promoção da saúde não seja considerada como serviço separado e distinto do processo de reabilitação. Ela representa um valor, uma atitude, um processo e um método de abordagem que precisa fazer parte do tratamento de todo fisioterapeuta. Uma visão que leve em consideração não só os aspectos físicos (ou biológicos), mas também, em conjunto com estes, os aspectos psicológicos e sociais.

Ao analisar a questão do idoso faz-se necessária uma outra abordagem de tratamento: uma abordagem mais completa, ou seja, uma abordagem biopsicossocial. Dessa forma, é de grande importância pesquisar novas formas de tratamento e reabilitação que não se limitem apenas ao aspecto físico do paciente. Devido ao rápido crescimento da população idosa são necessárias pesquisas que revelem as reais condições e necessidades dos idosos. Leite (2004), que desenvolveu estudos de representação social, afirma que para se estudar o envelhecimento é necessário pensar e viver a velhice em diferentes contextos e situações. Para ela, os profissionais, ao conhecerem o cotidiano dos idosos, conhecerão o significado que têm, para os idosos, os atendimentos em várias áreas.

Com relação ao envelhecimento, a maioria dos estudos na área de Fisioterapia avalia os melhores recursos ou técnicas de tratamento, sua relação com a dor, qualidade de vida e capacidade funcional. No entanto, poucos estudos buscam a percepção do idoso frente à dor, ao processo de adoecimento, à velhice e ao que eles buscam em uma clínica de Fisioterapia. Cavalieri (2002) coloca essa questão como primordial e afirma que são necessárias abordagens que levem em consideração essas questões e que pesquisas qualitativas deveriam ser realizadas devido à

complexidade e às histórias de dor fragmentadas. De acordo com Minayo e Sanchez (1993) os métodos qualitativos se interessam pelo nível mais profundo do indivíduo em interação com o ecológico e esta interação permite avaliar crenças, valores, significados, aspirações expressos na linguagem comum e na vida cotidiana e que muito se aplicam aos estudos de indivíduos afetados por doenças, dor ou grupos determinados.

Defende-se neste trabalho que é dentro dessa nova perspectiva de atuação profissional que o fisioterapeuta deve se inserir, tendo como princípio fundamental o conjunto de conhecimentos científicos relativos aos fatores que possam causar infortúnios ao indivíduo, bem como conhecer os mecanismos de interferência junto a esses fatores.

Como afirmamos anteriormente e considerando que há uma grande demanda de atendimento aos idosos nos serviços de Fisioterapia, o objetivo dessa investigação é identificar, por meio da fala dos idosos, a percepção do processo de adoecimento, da dor, da velhice, da perda de autonomia, entre outros, para que se possam desenvolver novos conhecimentos da dor e da doença, com base na experiência do idoso.

CAPÍTULO V
PERCURSO METODOLÓGICO

Nesse capítulo explicamos a base teórico-metodológica que foi utilizada na pesquisa. Para alcançar os objetivos da investigação e analisar as entrevistas coletadas foi necessário orientar esse estudo em uma perspectiva sociocultural.

A opção foi feita pela pesquisa de natureza qualitativa. A escolha pela pesquisa qualitativa justifica-se pela necessidade de privilegiar o discurso dos idosos com distúrbios degenerativos crônicos na investigação das percepções da dor para, dessa forma, apontar algumas soluções e alternativas terapêuticas, buscando obter um significado mais profundo da realidade do sujeito e tentar responder ao objeto principal da pesquisa.

A Pesquisa Qualitativa em Saúde trabalha, segundo Minayo (2004), com o universo de significados, motivações, valores e atitudes, o que corresponde a uma análise mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a análises quantitativas. Esse tipo de abordagem proporciona o contato direto do pesquisador com o ambiente e com a situação que está sendo investigada, colocando o observador como parte integrante do processo de conhecimento (CHIZZOTTI, 1995). Dessa forma, é possível realizar um trabalho próximo da realidade, contribuindo para o entendimento das questões relativas ao envelhecimento, ao processo de adoecimento e à dor.

Para Turato:

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas segundo as quais não se buscam estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas (...) em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (TURATO; 2005: 509)

Nas pesquisas qualitativas, a escolha do instrumento de obtenção dos dados varia de acordo com o foco de estudo. Os instrumentos citados por Minayo (2004) incluem a observação participante, a história de vida, o grupo focal, a entrevista. Entre os procedimentos de coleta de dados a opção foi pela entrevista.

De acordo com Minayo (2003), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. É uma técnica que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma realidade que está sendo focalizada. Ainda de acordo com Minayo (1998), o processo saúde-doença revela uma relação que ultrapassa o corpo individual e social, confrontando-se com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Portanto, qualquer ação de diagnóstico, tratamento, prevenção e planejamento deveriam considerar os valores, as

- Dados relativos à velhice: o que é ser velho, o que é mais importante na velhice, quais os planos para a velhice e a relação com a doença.
- Dados referentes à patologia: idade que começou a ter dor e mudanças ocasionadas pela doença.
- Dados relativos à Fisioterapia: tratamentos, objetivos do tratamento, o que busca com o tratamento, o que consegue com o tratamento, dificuldades, alta, retorno às atividades.
- Dados relacionados à qualidade de vida: o que é qualidade de vida, fatores para melhora, fatores para piora, relação com a doença, perspectivas para o futuro.

As entrevistas tiveram um caráter informal e, antes de cada uma, foram fornecidas todas as informações sobre a pesquisa, seguindo as normas da Resolução 196/96, sobre “Investigação Envolvendo Seres Humanos”, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que exige que os participantes sejam esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, que tenham liberdade de escolha de participar ou não e que suas identidade sejam preservadas.

Após a explicação do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento (ANEXO 1), foi iniciada a pesquisa através de uma “conversa informal”. Trata-se de um recurso amplamente utilizado nas entrevistas em profundidade e que tem o objetivo o que se denomina “aquecimento”. Após esse processo foi dado início às entrevistas propriamente ditas, que foram realizadas individualmente.

A análise posterior foi realizada em etapas divididas em:

- Preparação Inicial do Material: transcrição das entrevistas gravadas;

- Pré-análise: realização da leitura flutuante que consiste em realizar uma leitura e releitura do material coletado para uma análise mais profunda do material;
- Categorização: nessa fase os assuntos foram classificados em categorias por repetição e por relevância;

Turato explica que a técnica de repetição tem:

(...) a investigação daquilo que cada um deles tem em comum com os outros, ou seja, constitui-se na atividade de distinguir, no caso, pondo em destaque as colocações reincidentes. (TURATO; 2003: 446)

E a técnica de relevância:

Trata-se de se considerar em destaque um ponto falado sem que necessariamente apresente certa repetição no conjunto do material coletado, mas que na ótica do pesquisador, constitui-se de um fala rica em conteúdo. (TURATO; 2003: 446)

Após a leitura foram eleitas sete (7) categorias e sete (7) subcategorias de análise. As categorias escolhidas são: *Falar de si*, *Cotidiano*, *Qualidade de Vida*, *Projetos de Vida*, *Velhice*, *Dor* e *Fisioterapia*. As subcategorias estão inseridas nas análises de *Dor* (Aparecimento da dor; Doença, Dor e Velhice; Formas que lidam com a dor e Avaliação da dor) e na análise da *Fisioterapia* (Procura pela Fisioterapia; Expectativa em relação ao tratamento e Término do tratamento).

Após a escolha das categorias e subcategorias apresentamos os resultados das entrevistas.

- Apresentação dos resultados: apresentação de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, preparando para a discussão e interpretação do material.

Na análise do material do trabalho de campo tentou-se dar significado à fala, dentro de um contexto histórico, social e cultural, visando a compreensão do universo no qual os entrevistados estão inseridos.

Para Geertz (1989) a cultura é entendida como um universo de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a própria existência e guiar suas ações. Esta definição ressalta a participação da cultura na construção de todos os fenômenos humanos, como percepção, emoção e ação.

A pesquisa foi realizada em uma Clínica-Escola de Fisioterapia localizada em Osasco. A cidade de Osasco tem 700.000 habitantes e é considerada a 5º cidade do Estado de São Paulo e o 24º município brasileiro. Atualmente, diferente do passado “industrial”, a economia é marcada pelos ramos de comércio e serviços. Com relação à saúde, a cidade oferece um Centro de Atendimento ao Idoso e duas Policlínicas, além de Hospitais e Centros de Saúde. Com relação ao número de idosos a cidade apresenta 4,2% (28.141) de pessoas entre 60 e 69 anos e 2,7% (18.030) com 70 ou mais. Vale ressaltar que a população na faixa entre 50 e 59 representa 7,4% (49.283) da população (www.saudeprev.com.br/psf/osasco).

A Clínica de Fisioterapia faz parte da estrutura do curso de Fisioterapia iniciado nessa instituição em 1999. A clínica foi inaugurada em março de 2003 e por lá passam os estudantes do último ano do curso. Nessa clínica se concentram os atendimentos nas especialidades da Fisioterapia na área de Disfunções músculo-esqueléticas e na área de Disfunções Neurológicas, além de atendimentos nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia e Cardiologia. São realizados atendimentos à comunidade de Osasco e região. Desde a sua abertura até dezembro de 2006 já foram realizados 44.958

atendimentos, sendo 23.124 atendimentos na área de Disfunções Músculo-Esqueléticas.

Para realizar tratamento na clínica o indivíduo preenche inicialmente, um cadastro denominado Pré-Triagem; ele permanece na Lista de Espera até ser chamado para uma avaliação. Os indivíduos são chamados de acordo com o surgimento de vagas, o que depende do número de alunos-estagiários e de acordo com o diagnóstico que segue um caráter pedagógico. Atualmente, a lista de espera na área de Disfunções Músculo-Esqueléticas tem aproximadamente 400 pessoas, sendo cerca de 10% com disfunções crônicas degenerativas, mais especificamente osteoartrose. Quando chamados, passam por uma Avaliação Fisioterápica realizada por um aluno-estagiário sob a supervisão de um fisioterapeuta-professor. Diferentemente de outras clínicas de reabilitação, o tratamento não tem um tempo pré-determinado. São realizadas sessões até que o aluno, em conjunto com o professor, decidam sobre a alta fisioterápica. A exceção ocorre nos Grupos Terapêuticos-Educativos, onde os indivíduos permanecem por um período determinado.

Para realização dessa pesquisa foram entrevistados 12 indivíduos idosos que estavam em tratamento na Clínica de Fisioterapia do UNIFIEO e que apresentavam distúrbios degenerativos crônicos, mais precisamente osteoartrose.

A escolha se deu pelo critério denominado por Turato (2003) de “amostragem por variedade de tipos”, isto é, a inclusão de pessoas depende de variáveis determinadas pelo pesquisador, segundo seus pressupostos de trabalho que possam, em sua visão trazer informações relevantes. Segundo o autor pelo menos uma característica é comum em todos sujeitos da seleção. Nesse estudo foram incluídos idosos que estivessem realizando tratamento devido a osteoartrose.

Entre os doze (12) sujeitos selecionados apenas um (1), mesmo que inicialmente tivesse concordado, não conseguiu participar da entrevista pois afirmou que não tinha condições emocionais devido a tristeza, a depressão e a dor. Portanto, efetivamente, onze (11) idosos participaram da pesquisa, número determinado pela reincidência de informações. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2005 e fevereiro de 2006.

Dos onze (11) entrevistados, sete (7) eram do sexo feminino, característica presente no processo de envelhecimento populacional. A média de idade foi de 68,5 anos sendo que a mínima era de 64 anos e a máxima de 74 anos. Quanto ao estado civil constatamos que entre os idosos do sexo feminino, seis (6) eram casadas e uma (1) divorciada; entre os idosos do sexo masculino, três (3) eram casados e um (1) divorciado. Com relação à ocupação, oito (8) idosos eram aposentados, mas ainda exerciam atividades, sendo que um (1) com emprego formal. Os outros exerciam apenas atividades domésticas e, às vezes, de lazer.

No que se refere ao grau de escolaridade, apenas um (1) idoso era analfabeto. O restante havia cursado apenas o ensino fundamental. Há de se destacar que uma idosa cursou o ensino fundamental com 62 anos, momento que, nas palavras dela, aprendeu assinar o seu nome.

CAPÍTULO VI
ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Analisando as falas depoimentos dos idosos que realizavam tratamento fisioterápico devido osteoartrose pode-se perceber os muitos enfoques que sustentam a complexidade da temática em questão. A dor e o envelhecimento são fenômenos complexos quando estudados separadamente. Tornam-se, então, mais complexos ainda quando associados. Para Minayo & Coimbra Jr:

(...) complexo é o tema do envelhecimento, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e a adolescência até a vida adulta. Recusamo-nos a reconhecer a complexidade, mas sim colocar como farinha do mesmo saco envelhecimento, doença, privação, dependência, tristeza e frustração. (MINAYO & COIMBRA JR, 2002:13)

Para Morin (1996) algo é complexo quando apresenta dificuldades para explicação e entendimento. Ainda segundo o autor “a complexidade coincide com uma parte de incerteza, seja proveniente dos limites de nosso entendimento, seja inscrita nos fenômenos” (MORIN: 35 2005).

Assim, entender ou analisar a dor e o envelhecimento torna-se complexo na medida, em que ainda segundo Morin, não se consegue uma resposta definitiva para as questões, e o desafio da complexidade é justamente quando explicações insuficientes substituem idéias simples.

Penso que não é possível analisar todos os aspectos isoladamente mesmo que, para tal análise, vários aspectos estejam divididos em categorias.

Toda a análise e compreensão desse processo podem ser baseadas em Morin (2002) que afirma que é possível buscar a interligação entre a parte e o todo, o indivíduo e a sociedade, contextualizando as características multidimensionais do fenômeno estudado. Morin (2004) coloca a importância de uma reforma do pensamento que propicie a religação dos saberes, ressaltando a importância de um pensamento que compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo; que possa

reconhecer e examinar os fenômenos multidimensionais, sem isolar cada uma de suas dimensões:

É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. É preciso substituir um pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento do complexo. (MORIN; 2004:89)

Portanto, um pensamento redutor não analisa de forma ampla e profunda a velhice, pois esquece as diversas situações sociais, culturais e históricas da velhice.

Aprendemos muito bem a separar. Separamos um objeto de seu ambiente, isolamos um objeto em relação ao observador que observa. Nosso pensamento é disjuntivo, além disso, redutor: buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes. Queremos eliminar o problema da complexidade. (MORIN; 1996:275)

Assim como a definição de dor:

Muitas definições podem ser dadas, mas nunca abarcarão a dimensão do que é esta sensação, isto porquê a dor é uma experiência subjetiva privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que a sente. (FERREIRA; 1994:105)

Dessa forma ouvir a fala de idosos que sofrem com a dor pode nos dar subsídios para um melhor entendimento e, quem sabe, uma melhor abordagem de tratamento .

Apresento, a seguir, a síntese das entrevistas apontando as idéias, pensamentos, reflexões e sentimentos dos entrevistados, os quais permitiram uma aproximação da compreensão do processo em questão tentando dialogar entre as partes e o todo, o indivíduo e a sociedade, a dor e a velhice; tentando produzir uma compreensão mais próxima da realidade, dos desejos e da avaliação de sua situação na percepção do idoso.

Para essa análise foram escolhidos sete (07) categorias e sete (07) subcategorias.

FALAR DE SI

As entrevistas iniciaram-se pedindo que os idosos falassem um “pouco de si”, da suas vidas, de suas histórias. Essa estratégia foi utilizada com objetivo de criar um ambiente propício para entrevista, tão fundamental para a atividade de pesquisa. Não era objetivo, nesse momento, estudar memória ou história de vida; era importante criar um espaço livre onde o idoso pudesse resgatar momentos e vivências que trouxessem o passado, o presente e o futuro. Marilena Chauí define e mostra a importância da memória:

A memória seja como história da sociedade, seja como crônica das classes sociais e de seus homens ilustres, tem o papel de nos liberar do passado como fantasma, como fardo, como assombração e como repetição. Uma compreensão política da memória é atenta à diferença temporal entre o passado e o presente, é atenta à diferença das memórias sociais que constituem o presente, é atenta à necessidade de liberar a memória e de explicitá-las para que o presente compreenda a si mesmo passa construir, inventar o futuro. (CHAUÍ; 1992:43)

Esse momento da entrevista foi extremamente difícil, sendo marcado freqüentemente por silêncios com grande carga emocional. Alguns se negaram a falar. A solução encontrada foi pedir ao entrevistado que falasse de dados gerais, como estado civil, família, além dos papéis sociais que desempenhavam. Outros entrevistados afirmavam que não **“daria tempo para contar tanta coisa”** e que provavelmente eu não gostaria de ouvir. Nos indivíduos que relataram pequenos momentos de suas histórias explicitaram sofrimento e sentimentos que existiam desde a infância, adolescência, passando pela maturidade, até chegar na velhice.

Esse momento era importante para dar possibilidade ao idoso de resgatar e ressignificar suas histórias, fortalecer sua auto-estima e sua identidade.

Mercadante (1997) afirma que o direito ao passado, a possibilidade de lembrar, a memória faz do indivíduo idoso um historiador de si mesmo. Para a autora, ao resgatar a memória é possível reinventar o seu presente e o futuro que o transforma em sujeito próprio do destino.

“Ah, a minha vida não tem muito o que falar, vim para o Brasil pequena com os meus pais fugida da Guerra. Foi um

O meu negócio é trabalhar. Me sinto bem trabalhando. Quando não trabalho, por causa da dor, fico triste e desassossegado” (Homem, 68 anos);

Os outros entrevistados tiveram dificuldade de falar de si:

“Ah, o que eu vou falar? Não tenho nada de bom para falar. Hoje em dia eu fico sem fazer nada. Moro com o meu filho que é solteiro. Fico o dia todo em casa, antes fazia alguma coisa, mas agora estou ficando mais devagar. A dor está piorando. Não agüento” (Homem, 65 anos);

“Sabia que trabalhei na roça por muito tempo. Não tinha dor. E se tinha dor me movimentava e a dor sumia (...) Não faço quase nada agora. Acordo com dor, quando dá dou um trato na casa, descanso, faço Fisioterapia quando tem e só! Queria fazer alguma coisa para aumentar minha renda. Só!” (Mulher, 69 anos);

“Sou casada, tenho duas filhas casadas e uma solteira que mora comigo. A minha felicidade é que estão formadas e estabilizadas. Chegar aqui, nessa idade e olhar isso, eu fico feliz” (Mulher, 69 anos);

“Sou aposentada. Trabalhei muitos anos. Mas sabe que não recebo nada, o INSS disse que eu não tenho direito, que estou com problemas. Que sofrimento! Dizem que tenho direito. O advogado vai ver para mim. Queria receber esse dinheirinho para fazer as minhas coisinhas. Tenho 6 filhos, moro com o meu marido. Cuido da casa, da comida, saio com os meus filhos e netos. Se acredita que fui para Maceió com o meu neto? De avião?! Isso me deixa realizada. Agora eles me

deram uma geladeira com freezer, eu nunca tive. Eles cuidam de mim” (Mulher, 74 anos);

“Casei cedo. Amo meu marido, às vezes ele é chato, mas é o meu velho! Moro com ele e com a minha filha. Tive uma vida boa nesses anos todos. Trabalhei 15 anos na Telesp e me sentia realizada, satisfeita. Agora não gosto de ficar em casa! Quero voltar a trabalhar. Voltar a ser gente, a fazer alguma coisa. Estudei só o primário, mas quero trabalhar. Esses anos eu fui levando a dor” (Mulher, 73 anos);

“Ah sei lá, não é melhor falar de coisas boas. Sou feliz e realizado. Sou separado, tenho dois filhos com boas colocações. Estou satisfeito com eles! Tenho namorada. E só!” (Homem, 71 anos);

Percebe-se, nas falas dos idosos, que a realização profissional dos filhos, a família e o trabalho são pontos cruciais para sentirem-se realizados.

DIA-DIA E COTIDIANO

Quando questionados sobre o **dia-dia** e o **cotidiano** nem todos os entrevistados responderam. Os que não responderam disseram que **“estão levando e fazendo o que dá”**. Simplesmente não quiseram relatar suas atividades, pois a consideraram irrelevantes pela ausência do trabalho:

“Eu não trabalho. Queria trabalhar. Não consigo por causa da dor. Estou com dor há anos. A velhice vai vindo e a dor vai aparecendo e aí não faço as atividades” (Homem, 65 anos).

Dos idosos que responderam, as falas demonstram que a dor os impossibilita de fazer suas atividades de lazer; sentem-se tristes e

“aprisionados” por isso, demonstrando, dessa forma, as conseqüências da incapacidade e da inatividade:

“Eu todo dia ia fazer caminhadas. Quer dizer, quando não tinha dor. Isso me deixa muito triste! Faz falta” (Homem, 64 anos);

“Não posso andar, passear, andar de bicicleta, estou preso” (Homem, 68 anos).

Não há como negar que o indivíduo sofre, ao longo do processo de envelhecimento, perdas progressivas que o deixam mais suscetíveis às doenças crônicas. Essas perdas incluem, quase sempre, a perda de funcionalidade e autonomia e, conseqüentemente, a dependência. Isso piora quando associados a perdas de amigos e familiares, à diminuição de recursos financeiros e produtividade.

Outros dois entrevistados afirmaram que precisam lidar com a dor, que ela atrapalhava, mas não os impossibilitava de realizar as atividades:

“Eu não mudei nada, lido bem com a dor. Sei que ela é ruim, mas tenho que fazer minhas coisas, para minha família! Vou a todas as festas, em todas as coisas que os meus netos me convidam! Isso quando melhora um pouco. Mas até melhora quando faço isso!” (Mulher, 73 anos);

“Organizo o meu apartamento, saio com a namorada, encontro meus amigos, sempre tenho tarefas. E danço. A minha vida é a dança. A minha dor atrapalha muito. Sou apaixonado pela dança, é a minha vida. Por isso quero melhorar. Mas sinto tanta dor” (Homem, 71 anos).

Ao serem indagados sobre a interferência da dor na vida cotidiana e nas relações familiares os depoimentos demonstram que a dor interfere diretamente na vida cotidiana.

Nessa questão, percebe-se como é fundamental a participação do idoso em um grupo social e que esta participação tem efeitos na saúde do indivíduo. Coury (1993) já discutia essa questão:

A atividade na velhice tem relação direta com o nível de satisfação na vida, pertencer a um grupo social, produtivo tem efeitos benéficos na saúde física, social e mental dos idosos. (COURY; 1993: 137)

Já nas relações familiares não há uma interferência direta, porém, muitas vezes, eles demonstram que é **“preciso lidar com a dor”** ou **“é melhor não dizer que está com dor”**. Percebe-se ainda, que o carinho, a presença da família e, novamente, o trabalho estão presentes:

“Difícil! Há três anos eu trabalhava com a minha filha, mas agora elas não querem que eu trabalhe mais! Eu queria, não agüento serviço de carregar peso, mas queria trabalhar com alguma coisa. A dor atrapalha! E agora parece que tudo piorou! Meu marido anda meio nervoso, está doente também. Às vezes queria passear um pouco para esquecer o problema dele e a minha dor” (Mulher, 69 anos);

“A dor atrapalha bastante nas minhas atividades, colocar roupa no varal, limpar a casa, como atrapalha. Eu sou feliz, pois criei meus filhos, eles estudaram, fizeram faculdade e me ajudam muito. Aí até esqueço da dor! Essas coisas me deixam feliz! Ter uma família que gosta da gente” (Mulher, 73 anos);

“Tem dias que estou sem paciência. Tenho a dor, mas preciso controlar por causa do meu marido. A dor é horrível, mas tirando a dor minha vida é boa!” (Mulher, 69 anos);

“Não deixo a dor me pegar, mas ela perturba, provoca. Eu não ligo muito, mas preciso trabalhar. Sem ela ou com ela preciso trabalhar. Se eu não trabalho acordo com mais dor. Sei que não tem cura!” (Homem, 68 anos).

QUALIDADE DE VIDA

Com relação à **qualidade de vida** as entrevistas demonstram a dificuldade de interpretação e análise do termo qualidade de vida com relação ao envelhecimento, já que nessa fase da vida há fatores, já citados anteriormente, que podem interferir nesse processo, como aposentadoria, doença, aspectos financeiros, dependência e perda de autonomia.

Qualidade de Vida, segundo a Organização Mundial de Saúde refere-se à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro de um contexto de cultura e de sistemas de valores nas quais elas vivem e em relação as suas metas, expectativas e padrões sociais. No entanto, não há como determinar exatamente o que determina a qualidade de vida. Paschoal (1996b) afirma que um dos fatores que determinam a qualidade de vida e que poderia ser utilizado como um recurso para avaliá-la na velhice seria a satisfação com a vida.

Em todas as entrevistas percebe-se que a saúde, a autonomia, a moradia, a companhia de amigos e da família e, sobretudo, o trabalho, interferem diretamente na qualidade de vida. Uma outra questão a ser refletida é que, muitas vezes a velhice propriamente dita não está presente nas falas dos idosos como fator de interferência direta na qualidade de vida, mas sim as conseqüências das mesmas:

“Eu não sei direito explicar. Para mim é ter saúde, fazer minhas coisas e não ter dor. Nem que seja diminuir um pouco só! A dor interfere muito, muito mesmo. Para mim, ter essa qualidade de vida, é isso, não ter dor, ter saúde, ter minha casinha e um convênio médico. Sem convênio é muito difícil. Por isso não quero ir embora da Fisioterapia” (Mulher, 72 anos);

“Não tenho qualidade de vida. Para mim ter qualidade de vida é poder ter o meu sítio, a minha família sem doença e sem dor” (Mulher, 69 anos).

Essas afirmações remetem à discussão dos conceitos de saúde e doença, e das formas de enfrentamento discutidas no capítulo II, e das formas de enfrentamento que devem ser formuladas, principalmente com relação ao envelhecimento. Um dos autores que discute essa questão é Monteiro (2003). Para o autor a doença pode ser vista como oportunidade de descobrir, em seus sintomas, maneiras de encontrar o que foi perdido, tornando pessoas mais íntegras em relação a elas mesmas, possibilitando assim novos aprendizados. Sacks (1995) também concorda que os conceitos de saúde e doença deveriam ser rediscutidos para se criar uma nova organização.

A presença de doença interfere em várias dimensões da relação indivíduo e sociedade. No entanto, é importante enfrentar a doença. Para isso, é necessário um processo educativo que auxilie o idoso a lidar com as limitações, as perdas ocasionadas pela doença e a criação de formas de enfrentamento.

Os outros entrevistados colocam o trabalho como fator principal da qualidade de vida:

“Para mim é ter saúde e poder trabalhar muito! Só isso já estava bom” (Homem, 68 anos);

“Eu não sei direito o que é isso não! Sei que a vida boa é sem dor e com trabalho. Se eu não tivesse dor eu estava trabalhando. Sou aposentada, recebo um salário mínimo. Seu tivesse condições eu estava fazendo alguma coisa para trabalhar, para aumentar a minha renda! Para sobreviver! Esse salário eu não vivo, eu vegeto! Se eu não tivesse dor eu teria um trabalho e assim uma vida” (Mulher, 69 anos);

“Qualidade de vida é não ter problema de doença, ter onde morar, ter trabalho, ter saúde e ter família” (Homem, 65 anos).

Fica evidente que a perda de saúde e a presença de doença, impossibilita, na visão dos idosos, o trabalho. A perda de produtividade, a incapacidade e a inatividade são fatores que interferem na qualidade de vida. O trabalho possibilitaria a retomada de cidadania e condições básicas de sobrevivência. Para isso é necessário uma nova construção social e a capacidade de desempenhar papéis na comunidade, de exercer novos papéis no envelhecimento. Essa questão faz lembrar a discussão de Sennet (1999). Para o autor isso ocorrerá, necessariamente, pela construção de um mundo interrelacional e com fortalecimento do “anseio da comunidade”, e, assim, seria possível a construção de identidade. Ainda segundo Sennet pensar em comunidade significa entender e traduzir crenças e valores compartilhados em práticas cotidianas.

Um único entrevistado, diferente da grande maioria, relacionou a qualidade de vida com a amizade e com o convívio familiar:

“Qualidade de vida é ter amigos, ter uma boa amizade, uma família. O resto vem. Ganhar um bom abraço é qualidade de

vida. E claro ter movimento e trabalho. Mas nada como uma família” (Homem, 71 anos).

Como se vê, a companhia da família, de amigos e a solidão podem ser considerados como aspectos de avaliação da qualidade de vida. Esses fatores, associados ao bem-estar, à felicidade, ao trabalho, à aposentadoria, à inatividade, à independência e à autonomia, mostram que o termo qualidade de vida é extremamente subjetivo e tem uma dimensão histórico-social. Portanto, não se pode restringir, ao se avaliar a qualidade de vida dos idosos, a questionários fechados e quantitativos. O fisioterapeuta e os profissionais de saúde devem repensar essa questão, pois além da doença ser repleta de fatores complexos, o envelhecimento é heterogêneo e não há como descartar, como relata Dias e Dias (2002), esse “*viés cultural do termo qualidade de vida*”.

Simson e Giglio explicam esse processo. Para os autores, a qualidade de vida depende de muitos fatores que interagem e que, na velhice, a qualidade de vida é determinada por uma “história interacional, ou seja, vai se delimitando à medida que os indivíduos e a sociedade se desenvolvem”. E principalmente, pois a qualidade de vida depende de fatores objetivos e subjetivos, “associados a normas e a valores sociais e indivíduos igualmente sujeitos a alterações no decorrer do tempo” (SIMSON & GIGLIO; 2001:163).

PROJETOS DE VIDA

Percebe-se que muitos dos pontos colocados na questão da qualidade de vida são repetidos na categoria **projetos de vida**.

Sabe-se que a presença de doenças, dor e incapacidade afetam os projetos de vida de muitos idosos. Porém, não impedem de tê-los. Neri & Freire (2003) afirmam que um dos indicadores de envelhecimento bem sucedido mais estudados é com relação às metas de vida do idoso dentro de condições pessoais e do meio ambiente em que se vive. Sabe-se que a

experiência trazida ao longo da vida seja de sucesso ou fracasso, bem como as expectativas com o futuro, determinam as escolhas para um projeto e que esse projeto vai se modificando ao longo da vida.

Com relação a essa questão os idosos entrevistados colocam a dor e a velhice como impeditivos à realização de projetos. Foi possível perceber ainda que as carências já existentes anteriormente permanecem nessa fase.

Dentre os projetos para o futuro, os idosos entrevistados relatam que a saúde, a moradia e o trabalho estão nos seus projetos de vida:

“Eu não quero nada para o futuro. O que eu mais queria era minha casa própria, um convênio médico e saúde. Eu não tenho casa. A casa é da minha mãe. Agora ela morreu e as minhas irmãs querem vender a casa. Eu não sei o que vai acontecer. Não quero luxo! Só queria esse sonho!” (Mulher, 72 anos);

“Meu grande sonho é ter uma casa com o quintal! Esse é o meu plano. Poder plantar, cuidar do quintal, das plantas. Não quero ficar parada. Queria ter espaço, movimentar. Esse é o meu plano!” (Mulher, 69 anos);

“Meu plano para o futuro é trabalhar de qualquer coisa! Me sentir útil! Se eu melhorasse eu poderia fazer alguma coisa!” (Mulher, 60 anos);

“Tenho muitos projetos para o futuro! Estou construindo uma casa para o meu filho caçula. Depois quero comprar um sítio, ter animais, plantas, ter o que fazer. Quero viver um pouquinho a vida. Só vivi para os outros! Agora, meus planos dependem do joelho! O único problema que tenho é esse joelho e essa dor” (Homem, 68 anos).

Observa-se, em outras entrevistas, que a dor é um fator importante de impedimento aos projetos de vida; nestes casos, o desaparecimento da dor aparece como o projeto para o futuro:

“Que projetos? Com dor? O médico disse que vou morrer com isso! Então... o meu projeto de vida, o meu sonho é ter menos dor para trabalhar e ter um pouco mais de um salário, para viver. Só viver?” (Homem, 65 anos);

“Projeto? Se a dor sumir e der para trabalhar. Tenho certeza que com a dor eu arranjo um trabalho. Então meu plano é fazer a dor sumir” (Mulher, 69 anos).

Com relação aos projetos, se analisarmos as condições de vida da população e, em especial, a dos idosos, a questão que surge é se mesmo se ocorresse a ausência da dor esses desejos e projetos seriam realizados.

Ainda sobre essa questão, dois dos entrevistados relacionaram a dor e a velhice como a causa de não terem planos e projetos:

“Como eu posso ter planos se a dor e a velhice não deixam? Não tem mais jeito não. Não posso trabalhar. Nem sei quais os planos para o futuro que alguém assim pode ter. Que futuro? Com dor, sem trabalho, não há futuro!” (Mulher, 69 anos);

“Já tive muitos! Com dor e velhice? Hoje eu não tenho planos. Quero viver com a minha família! Queria que a dor sumisse. Isso sim é um plano, projeto!” (Homem, 65 anos).

Independente dos planos e projetos expostos pelos entrevistados percebe-se que a dor é um dos fatores que mais interferem tanto na qualidade de vida, como na execução e realização de projetos; que a diminuição da dor,

com a possibilidade de encontrar um trabalho, para então ser possível conseguir uma moradia, melhorar a renda familiar é verdadeiramente um projeto de vida desses idosos.

Como nos fala Almeida (2005), qualquer que seja o projeto, desde que exista, é importante para o idoso. Para a autora:

Sem negar o fato de que a velhice representa um aumento de dificuldades há de se considerar que muitas das capacidades humanas dependem de constante exercitação para permanecerem vivas e atuantes; dependem, também, da possibilidade de se alimentarem de projetos, por mais discretos que sejam. (ALMEIDA; 2005:107)

VELHICE

Com relação à **velhice** é possível perceber que a maioria dos idosos se refere à velhice como o fim de uma etapa, como uma fase de perdas e problemas:

“Velhice é que está acabando o tempo! Não é mais igual! Dá moleza. Não pode fazer nada (...) Não pensei que fosse assim! Fico até nervosa!” (Mulher, 60 anos);

“Velhice para mim é não ter atividade! E não poder fazer as coisas. Parece que na velhice se perde tudo!” (Homem, 71 anos);

“É ter feito tudo que a vida deu! Ter cumprido o seu papel! E agora ficar com a família!” (Mulher, 73 anos).

Essa definição de velhice é recorrente na sociedade. A velhice está quase sempre relacionada com perdas físicas, intelectuais, econômicas e sociais.

No entanto, sabe-se que esse tipo de avaliação é equívoca e deveria ser modificada.

Monteiro (2003) e Lopes (2005) analisam essa questão. Para os autores:

Envelhecer é transformação. Envelhecer é o processo dinâmico na travessia da existência. A velhice é a etapa, não é fim. Ela é meramente um momento como a infância e a adolescência, que também são etapas. (MONTEIRO; 2003:73)

A velhice não é só decorrência final das etapas sucessivas da vida, mas constitui, juntamente com as demais, uma das etapas do processo de desenvolvimento que se inicia com o nascimento e que não cessa com o avançar da idade. (LOPES; 2005:85)

Mesmo quando apontam a velhice como um processo natural, um dos entrevistados demonstra a complexidade do termo “velho”. Para ele, existem vários tipos de velhos e que ele não era velho, mas idoso. O termo “velho” tem, para o entrevistado, uma conotação negativa. Mas a mudança para o termo “idoso” não muda as conseqüências do envelhecimento.

“Ficar velho acontece naturalmente. Existem vários tipos de velhos! Eu não sou velho, sou idoso. Velho é aquilo acabado, que “baba”, que não se cuida, que não quer viver mais. Isso é velho. Velho é aquele que fica jogando dominó e idoso aquele que envelhece mas permanece fazendo suas atividades. Eu tenho medo disso!” (Homem, 71 anos).

Percebe-se que não há consenso com relação às palavras velho, idoso e terceira idade; que há, independente do termo, negação da velhice e certeza da negatividade dessa fase da vida.

Percebe-se essa negação nas afirmações dos outros idosos quando confrontam o jovem e o velho. Para eles, o jovem e o velho têm vidas

diferentes e, com o envelhecimento, perde-se o respeito, a dignidade e até as relações familiares:

“Velhice é a vida ficar mais difícil! Quando a gente é jovem, tudo é mais fácil! As pessoas gostam mais de você quando se é jovem. Considera mais! Respeita mais! Até a família muda! Só gostam do Homem quando ele está rendendo, senão o negócio muda. Por isso eu quero trabalhar, eu quero melhorar, para ser independente. A dor não deixa isso. Estou velho, mais ainda vou viver, pelas minhas contas uns 23 anos, até 86 ou 87 anos, como o meu pai! Ainda tenho tempo para viver” (Homem, 64 anos).

A contradição das afirmações nos faz pensar que o problema não é a velhice propriamente dita. É a perda do respeito, da identidade e da independência. É deixar de ser cidadão. Nesse momento, é possível perceber a relação da dor e da velhice. A melhora da dor, na visão dos entrevistados, possibilita o retorno ao trabalho e à sociedade.

“A gente não vê o tempo passar! Quando damos conta o tempo passou, na o temos mais nada, nem trabalho, nem objetivo, só dor e solidão! Ainda bem que tenho meu marido mesmo que tenha doença. Fico feliz pelas minhas filhas, mas elas têm a vida delas” (Mulher, 74 anos);

“Envelhecer não tem limite! A velhice a gente vai sentindo! O primeiro sinal é não conseguir emprego e as pessoas chamarem de tio. Eu não sou tio de ninguém! A gente fica mais feio, começa ficar meio babão, fica bobo. Eu não quero ficar assim! Eu quero ficar forte, bem, arrumado, disposto, principalmente para trabalhar. Se sabe que eu conheço uns velhos que babam e nem querem mais tomar banho e viver!” (Homem, 68 anos);

Essas falas apontam para a necessidade da reformulação da identidade do idoso. É preciso entender e reconhecer que no envelhecimento há momentos importantes para desfrutá-lo e que problemas como doenças e limitações não são sinônimos de velhice, não impedem a realização de outras atividades e não exclui necessariamente da sociedade.

Em outro entrevistado também se observa a percepção de que para o idoso não há possibilidades:

“A velhice é o momento que não podemos mais nada. Ficamos fora do mundo. Mas não sei se é por causa da dor, pela falta de trabalho ou porquê estamos velhos?” (Homem, 65 anos).

O único entrevistado que não soube responder o que é velhice possibilitou uma reflexão sobre processo de dor e velhice:

“Eu não sei o que é velhice, eu não me julgo velha, até agora eu me julgo como pessoa com problema. A dor é o problema. A velhice não é problema! Tenho a impressão que a dor é pior que a velhice. Toda velhice deve ter algum problema, mas quem tem uma velhice sem dor deve ser muito bom” (Mulher, 69 anos).

A dor esteve presente em muitos momentos das entrevistas como um processo presente no envelhecimento ou como um desencadeante de exclusão:

“Ficar velho é ficar com dor! Dói tudo!” (Mulher, 69 anos);

“É na velhice que perdemos tudo. Por causa da dor. Da dor e da própria velhice” (Mulher, 60 anos);

“Eu não sou velha e nem queixo da velhice. Me queixo da dor. O que vai fazer uma pessoa dessa na vida? Para mim quem tem uma velhice sem dor deve estar feliz, deve ser muito bom ficar velho sem dor” (Mulher, 69 anos).

Essas afirmações levam, novamente, à reflexão de que a definição de envelhecimento está relacionada a um declínio irreversível em todos os campos, tanto físico, quanto social. A perda de qualidades, de atividades, de produtividade, de força física leva ao envelhecimento.

Essa visão é, portanto estigmatizante. Tanto nas entrevistas em que os idosos consideram-se velhos, como nas definições do que é velhice percebe-se um perfil estigmatizador que deprecia o velho na relação social, familiar e na avaliação do que é velho. A velhice não existe e se existe é pelo aparecimento de doença. Outra possibilidade é a de que velho é o outro.

Beauvoir (1990) discute esse processo:

É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velha pela primeira vez. (BEAUVOIR; 1990:353)

Para Mercadante (2005) as qualidades atribuídas aos velhos que definem seu papel são estigmatizadoras e representam exatamente o que a sociedade produziu. Para a autora essa ideologia é compartilhada pelos idosos, como observado nessa pesquisa.

Assim, a construção da identidade do velho é estigmatizada. Para Goffman (1988) estigma é o processo pelo qual a sociedade cria categorias e atributos a serem considerados comuns e naturais para os membros de cada categoria:

“A dor me acompanha há muito tempo! Há muito tempo, mais de 20 anos! A dor é uma coisa que fica do seu lado diariamente!” (Mulher, 73 anos);

“Estou com a dor junto de mim, há anos, nem sei te falar quando começou” (Homem, 71 anos);

“Bota ano nisso. Faz muito tempo que tenho dor. A dor está presente comigo, vou tentando organizar a vida” (Homem, 64 anos);

“Estou com dor há mais de dois anos. Eu andava 10 km para trabalhar. Ia e voltava. Aí começou a dor! Deu artrose! Agora vou ficar com ela para sempre” (Homem, 68 anos).

Como se vê, a dor aparece como parte integrante do indivíduo, como se fosse uma extensão do corpo. Percebe-se ainda que apenas um idoso se referiu à doença e não à dor. Confunde-se a doença com a dor. Para a maioria dos idosos a dor e a doença são considerados sinônimos.

Doença, Dor e Velhice

Ao responder às questões sobre a **doença, dor e velhice** percebe-se, novamente, que nenhum entrevistado referem-se à doença e sim à dor. Para eles a dor é uma doença e por esse motivo os acompanhará sempre. Essa afirmação vai de encontro ao estudo realizado por Ross et al (2001), que observaram que os idosos vêem a dor como doença e não aceitam o contrário dessa afirmação.

“É tudo junto. Você vai ficando velho, a doença e a dor aparecem e não vai embora mais” (Mulher, 69 anos);

“A dor e a velhice chegam tudo junto, às vezes lembro mais que tenho dor que a minha própria idade” (Mulher, 74 anos);

“Dor não é viver a vida! Conviver com ela, anos e anos é a pior coisa do mundo. Dá angústia, mas fazer o quê? Fica velho e aí chega a dor!” (Homem, 65 anos);

“Dor é dor! É até pior que ficar velha! Viver com a dor é a pior coisa do mundo. Você já passou uma dor? Quem agüenta uma dor? (Mulher, 69 anos).

Um único entrevistado expressou indignação com relação à velhice e à dor. Para ele não há relação, pois ele não é velho, e sim idoso e mesmo assim tem dor:

“Eu não sou velho, sou idoso e tenho dor. A dor atrapalha sim, mas o idoso precisa de apoio! De espaço. Santos eu sei que a primeira cidade que apóia o idoso e trata o idoso bem! Até a faculdade tem! Assim o idoso vai viver bem e não vai ficar velho e a dor pode até sumir!” (Homem, 71 anos).

Outra entrevistada mostrou, na sua fala, que é até normal ficar velha, mas o que é pior na velhice é não ter emprego e que isso ***“atrapalha mais que qualquer dor”***. Uma das entrevistadas não soube explicar se a velhice interfere na dor, mas entende que a dor interfere na vida.

“Você vai andar, vai passear, você sai, mas com dor... Muitas vezes eu paro no meio da rua, pareço uma bêbada, atrapalha tudo. E depois fico entrevada. Saio toda atravessada! Todo mundo diz que a dor vem com a idade” (Mulher, 69 anos).

Na questão da dor e da velhice percebe-se claramente que os entrevistados acreditam que a dor inicia-se concomitante ao envelhecimento:

“A partir dos 55 anos foi piorando tudo! A dor começou um pouco antes! Nem era velha! Mas aí! Eu sempre trabalhei como homem! Até de pedreiro! Mas aí não deu mais! A dor e a velhice não deixaram mais!” (Mulher, 69 anos);

“Vai ficando velho e a dor vai aparecendo. Todo mundo que fica velho fica com dor. Não tem jeito! Só quando a gente fica velho, aparece tudo. Nem dá para acreditar. Eu nunca pensei em ficar velho e ficar assim. Antes eu fazia tudo. Agora eu preciso de alguém até para vir na Fisioterapia” (Mulher, 72 anos);

“A dor e a velhice andam juntas. Quando a gente é jovem faz um monte de coisas, de trapalhadas e não tinha dor. Meu pai andava 12 léguas, com morro e sem morro para comprar comida e não tinha dor. Agora eu andei um pouquinho e fiquei com dor, mudou tudo na vida de hoje. Meu pai era velho e não tinha dor. O povo de hoje é mais fraco. Imagina o futuro se a gente ligar para a dor, a gente não vive e se não vive morre!” (Homem, 68 anos).

Essas afirmações permitem uma reflexão sobre os binômios doença/dor e dor/envelhecimento. A percepção da dor como sinônimo de doença está presente e a percepção da velhice como doença e dor e como uma fase final é reforçada nos depoimentos.

Para Ferreira (1995) a percepção do estar doente se dá através de sensações desagradáveis e sintomas como cansaço, fraqueza, mal estar, falta de apetite, sono e febre; o corpo é veiculador dessas mensagens e levam ao significado da doença. Nesse caso, os idosos interpretam a dor como doença e a percepção disso se dá através dos conjuntos de perdas que a dor traz, como a autonomia e a dependência. Boltanski (2004) afirma que a percepção da dor varia de acordo com continuidade das atividades e a

busca de alívio para a mesma; que outros fatores, como vivência cultural, experiências individuais e memória influenciam da mesma forma.

Percebe-se ainda, em uma das falas, que a condição de vida atual pode ser um dos fatores predisponentes ao aparecimento da dor.

Neri & Yassuda relatam que esse tipo de colocação é muito comum: “É

Outros dois entrevistados colocam a dor como problema, não a velhice:

“Não é a velhice que é ruim. É a dor! A dor é horrível, muito horrível! Ela que para a nossa vida, ela que não deixa a gente continuar” (Mulher, 69 anos);

“Velhice tem a ver com dor! Mas me sinto bem com a velhice! É a dor que atrapalha, velhice é ter vontade de ficar parado. Eu não me considero assim. Tenho vontades, planos, de fazer outras coisas e a dor não deixa” (Homem, 68 anos).

Sabe-se que a maneira como a dor e velhice são compreendidas pelo indivíduo depende da cultura. A cultura é essencial no desenvolvimento de valores, comportamentos e atitudes relativas à dor e à velhice. A inserção do indivíduo na cultura inicia-se segundo Berger & Luckmann (2004), na infância e é denominada socialização primária. Nesse processo aceita-se o que foi determinado. Segundo os autores, alguns aspectos do mundo são escolhidos de acordo com a sua localização na estrutura social e também em virtude de suas idiosincrasias individuais, cujo fundamento se encontra na biografia de cada um. Isso significa que para um melhor entendimento da dor e sua relação com a velhice é preciso entender onde esse indivíduo está inserido na sociedade.

Formas que lidam com a dor

Ao serem questionados sobre como **lidam com a dor**, a maioria dos idosos afirmaram que buscaram alternativas caseiras; utilizaram medicamentos e procuraram a Fisioterapia. Relataram que lutaram contra a dor, mas que é difícil!

No estudo que realizaram com os idosos Kemp et al (2005) demonstram, como relatado pelos idosos, que a maioria utiliza estratégias como compressas quentes, frias e medicamentos, sem muito sucesso. Porém, o

aspecto mais relevante observado foi que a terceira prática mais utilizada foi a oração e a prática espiritual. Em outro estudo, realizado por Borders et al (2005), afirma-se que a presença de um médico pessoal e a posse de um convênio médico são fatores determinantes para a melhora da dor.

Nos depoimentos, os que chamaram mais atenção foram aqueles que demonstraram que a dor foi um marco em suas vidas:

“Eu tenho duas vidas. Antes e depois da dor. Antes eu fazia de tudo e agora eu tenho que ficar organizando as minhas atividades por causa da dor. Tem dia que eu não faço nada. Tenho vontade de chorar às vezes! Não tenho vontade de falar que estou com dor para os meus filhos” (Mulher, 69 anos).

Ou o depoimento que mostra resignação com relação à dor:

“Eu faço fisioterapia, tomo remédios, faço compressa, mas nada adianta. Só fico em casa. Esperando. Esperando passar. O que vou fazer?” (Mulher, 69 anos).

Uma das idosas, após vários minutos chorando, afirmou que não há o que fazer, que esse problema não tem solução:

“Lidar com a dor? Ninguém conforma com a dor! Como conformar com a dor? Quem tem solução para isso?” (Mulher, 69 anos).

Avaliação da dor

Nesse momento foi pedido que os idosos **avaliassem a dor** dentro de um parâmetro que ia de **0 (pouco importante) e 10 (muito importante)**. As respostas foram unânimes. Quase todos responderam 10 (muito importante).

A dor atrapalhava muito a vida em todos os aspectos e um deles respondeu 20 ou mais já que na visão dele não tinha como quantificar as conseqüências que a dor tinha trazido.

Com relação a esses aspectos relacionados à dor e às formas de lidar com ela, Blomqvist & Edberg (2002) realizaram um estudo. Através de entrevistas com idosos que sofrem de dor crônica, os autores constataram que grande parte dos idosos sentem-se desanimados com a dor e angustiados com o futuro. Muitas vezes necessitam de ajuda, mas preferem “esconder” para sentirem-se melhor. Reclamam dos atendimentos e sentem-se discriminados nos serviços de saúde e pela própria família. Outros idosos estão resignados com a dor; solitários, afirmam que a dor não permite que levem a vida como desejavam e colocam a vida como “antes” e “depois” da dor, assim como observado nas falas dos idosos dessa pesquisa.

Essa questão é extremamente importante, principalmente para os profissionais de saúde que lidam com a dor. É preciso que se mudem as discussões da dor relacionadas com o envelhecimento, que os profissionais entendam e respeitem essas características ao atender um idoso. Isto não significa, como afirma Borges (2006) que os idosos tenham que fazer as mesmas atividades que tinham antes, pois pensar desse jeito seria desconsiderar diferenças individuais e as limitações, mas entender que é possível recolocá-los dentro de um contexto que, se não garantem, pelo menos facilitem a reinserção na vida social, fator determinante para uma avaliação positiva de saúde.

FISIOTERAPIA

Procura pela Fisioterapia

Quanto à **procura pela Fisioterapia** os idosos entrevistados afirmaram que chegaram à Fisioterapia, inicialmente, devido à dor, mas depois de determinado tempo de tratamento consideravam a Fisioterapia como uma

atividade de lazer, de recreação, de construção de relações sociais. Alguns disseram que já tinham realizado tratamento em outros lugares; outros colocaram a dificuldade em se conseguir vagas nos serviços públicos e, quando conseguiam ingressar em um serviço, eram realizadas apenas 10 sessões, sem sucesso. Aliás, o não sucesso com relação à Fisioterapia é uma fala recorrente. Apenas um dos entrevistados estava fazendo Fisioterapia pela primeira vez:

“Procurei a Fisioterapia, pois tinha muita dor, muita dor mesmo. Eu queria melhorar a dor. Como a dor não deixava eu fazer nada eu queria melhorar. Eu só chorava! Já chorei muito por causa da dor. Tinha dificuldade para as coisas mais fáceis de fazer! Mas agora eu gosto é de ficar com as pessoas, gosto muito das pessoas, das fisioterapeutas. Não queria ir embora!” (Mulher, 72 anos);

“Procurei a Fisioterapia, pois tinha muita dor. A dor atrapalhava minhas coisas. Já fiz Fisioterapia em outros lugares, mas não fica bom. Não sei o que fazer!” (Mulher, 74 anos);

“Sabe que procurei Fisioterapia por anos no serviço público. Não existe no Serviço Público Fisioterapia, não sabia que era tão difícil!” (Homem, 68 anos);

“É a primeira vez que faço a Fisioterapia. Vim porque quero ficar bom. Eu falo para os fisioterapeutas pode esticar quanto precisar. Se for para melhorar a dor” (Homem, 64 anos).

Percebe-se, nessas falas, a dificuldade de se conseguir uma vaga nos serviços públicos de saúde. Esse motivo, somado ao fato de a clínica em questão ser uma Clínica-Escola, com limitações no número de atendimentos, fazem com que esses idosos, esperem por muitos anos para

iniciar um tratamento. Isto influencia diretamente na progressão da doença e na maior probabilidade da piora dos quadros de dor, da perda de funcionalidade e da dependência e conseqüentemente, da exclusão do idoso na sociedade.

Mesmo assim, percebe-se a esperança que os idosos têm com relação ao tratamento oferecido pela Clínica, mesmo que realizados por alunos:

“Por causa da dor que tenho muita! Fiz fisioterapia dois anos e piorou tudo. Por isso procurei outra Fisioterapia. Já tinha feito em outro lugar e não melhorou. Eu sei que curar, não cura, só melhora um pouco. Agora melhorei um pouco!” (Mulher, 72 anos);

“Fiz Fisioterapia na Policlínica, 10 sessões, e depois vim para cá. Lá era só banho de luz, aparelho e não melhorava! Agora me mandaram pra cá porque aqui é bom” (Mulher, 69 anos);

“Procurei por muitos lugares, a dor não deixa eu fazer nada. Então o médico fez um pedido de Fisioterapia pra cá. Aqui foi difícil conseguir. Esperei um tempão pela vaga!” (Homem, 71 anos);

“Ué, por causa da dor! Fiz em outras clínicas, mas aqui caiu do céu! As outras não melhoraram!” (Homem, 65 anos);

“Procurei e sempre estou procurando. Sempre procurando uma vaga por causa da dor!” (Mulher, 73 anos).

Ainda com relação à Fisioterapia, os idosos entrevistados apresentavam grande **expectativa com relação ao tratamento**. Na visão deles, a fisioterapia pode ser a solução para o quadro de dor:

“A fisioterapia é bom porque melhora a dor” (Mulher, 60 anos);

“Eu espero, de verdade, que a Fisioterapia melhore a dor, o inchaço, que ele pare de travar” (Mulher, 69 anos);

“Eu queria melhorar um pouco a dor” (Mulher, 74 anos);

“Ah, quero melhorar a dor, poder fazer minhas coisas. Dizem que aqui eu tenho chance de ficar bom!” (Homem, 68 anos);

“Espero muito da Fisioterapia. Já está ajudando, estou ganhando força!” (Homem, 64 anos).

Como se vê, a maioria dos idosos coloca na Fisioterapia a solução para a melhora da dor. É sabido que a fisioterapia, dentro de suas perspectivas de trabalho, é capaz de melhorar a dor de um indivíduo com osteoartrose. No entanto, isto pode ser considerado simplista se analisarmos as questões discutidas neste trabalho. Não há como desconsiderar, durante um tratamento, o processo de envelhecimento e da dor. É preciso considerar as diferentes dimensões envolvidas para que não se ofereça um tratamento fragmentado.

Para tanto, os serviços de saúde precisam estar preparados para o atendimento de indivíduos com dor crônica. Geralmente esses indivíduos procuram os serviços de saúde para tratar os mesmos sintomas e, para que isso não ocorra sistematicamente, os atendimentos têm que deixar de ser apenas curativos. O tratamento deveria incluir programas educativos com objetivos de promoção de saúde e melhora da autonomia e independência. Além disso, é preciso melhorar a formação do fisioterapeuta no sentido de entender a dor não apenas como uma característica física, mas como um processo total e multidimensional assim como o próprio envelhecimento.

Outro aspecto a ser apreciado é que a necessidade de abandonar uma formação especificamente tecnicista para uma formação mais humanizada. Neste sentido, não só o fisioterapeuta deve repensar esses aspectos. Para dar conta desse contexto é preciso um trabalho interdisciplinar que englobe todos os focos do processo de envelhecimento e da dor, principalmente quando analisamos as entrevistas a seguir, quando se discute o **término do tratamento**:

“Não queria ir embora. Sei que quando melhorar vou ter que ir embora, mas é muito bom ficar aqui. Aqui é todo mundo legal, as pessoas são legais, os fisioterapeutas são bons e muito legais!” (Mulher, 72 anos);

“Olha vai ser difícil deixar a fisioterapia, aqui melhora a dor, a gente conversa, troca experiência, discute sobre a dor. Queria que quando acabasse a minha dor pelo menos tenha diminuído um pouco!” (Homem, 68 anos);

“Tenho medo de ficar sem Fisioterapia. O meu maior medo é não poder dançar, então tenho medo de perder o tratamento, de perder minhas atividades!” (Homem, 71 anos);

“Eu tenho medo que acabe a Fisioterapia. Todo dia eu quero vir para cá! Aqui sou tratado bem. Só quero ficar no meio de gente que me trata bem! Por isso e por causa da minha dor eu queria ficar. Se acabar vou ficar triste. A gente não encontra tratamento como daqui! Com gente educada e competente. Isso pega na gente!” (Homem, 64 anos).

Percebe-se que os idosos não querem que a Fisioterapia termine. Sentem-se fragilizados com o término da fisioterapia não só por causa da dor, mas porque enxergam a Clínica de Fisioterapia como um local para recreação e

lazer e, principalmente, um local onde é possível conversar, fazer novos laços de amizade, trocar experiências e sentirem-se respeitados:

***“Tenho medo de largar a Fisioterapia. A daqui então! Aqui tem gente legal, gente que toca na gente, que olha para gente. Fiz amigos, me divirto e ainda minha dor já diminui um pouco!”
(Mulher, 69 anos);***

“Se você me tirar da Fisioterapia pelo menos me arranja uma atividade lúdica, vai, por favor! Onde vou arranjar um lugar como aqui, que tratam minha dor, colocam a mão em mim e ainda converso com todo mundo?” (Homem, 65 anos).

Como se vê, a maioria dos entrevistados abordaram aspectos físicos, sociais e psicológicos quando analisam a dor e o envelhecimento, como relatado por Freire Junior & Tavares (2005) que ao estudar a saúde na visão dos idosos constataram que os idosos colocam a saúde como sinônimo de felicidade e liberdade e não apenas ausência de doença.

Já neste trabalho os idosos colocam a dor e a doença como sinônimos e as relacionam com o envelhecimento, principalmente por perderem autonomia e independência, lazer, trabalho, relações sociais, e conseqüentemente felicidade.

PALAVRAS FINAIS

A análise das entrevistas revelou que a dor interfere na vida dos idosos, afetando diretamente a qualidade de suas vidas. A maioria dos idosos se vê como “improdutivos” e excluídos da sociedade. A experiência dos declínios biológico e social os impede até mesmo de ter projetos para uma vida futura. Há, de uma maneira geral, a idéia de que a velhice e a de dor significam o fim da vida. Velhice seria, então, um declínio, uma fase de perdas, sejam elas biológicas ou sociais. Estas, por sua vez, são aceleradas pela presença de dor.

Observou-se, também, que não há consenso quanto à relação entre doença, dor e velhice; muitos dos entrevistados afirmam que ao ficar velho a doença e a dor aparecem e a percepção da dor como sinônimo de doença é realidade. O envelhecimento traz a dor e, com ela, a perda da funcionalidade, da autonomia, a falta de atividade e a ausência de trabalho. Com isto, a questão central não é apenas a velhice, mas as perdas relacionadas à dor.

Para os idosos que participaram da pesquisa, o aparecimento da dor impõe incontáveis limites às atividades de vida diária, ao lazer, à vida social e ao trabalho. Apresentam dificuldades em lidar com a dor, tentam tratamentos caseiros, buscam a Fisioterapia e, por vezes, escondem a dor ou se sentem resignados com a sua presença; muitas vezes, tentam reorganizar suas atividades, mas têm dificuldades e se sentem tristes já que, para eles, ter dor significa não ter saúde, trabalho e, conseqüentemente, perspectivas de vida.

Essa questão é relevante já que a maioria dos idosos entrevistados sempre teve no trabalho e na realização de atividades, mesmo que domésticas, a condição central de suas vidas. Dadas as dificuldades financeiras, já que a maioria é carente, perdem o único referencial que possuem. Além disso, percebe-se que a rede de apoio social, educação, saúde, moradia é inexistente para essa população, aspectos presentes nos projetos de vida desses indivíduos.

A fisioterapia aparece como uma alternativa para solução desses problemas. De início, procuram o serviço de fisioterapia para diminuir o quadro doloroso; durante o processo terapêutico, outros aspectos levam-nos a querer permanecer no serviço, como o bom atendimento, o respeito, o toque, as relações de amizade e as trocas de informações. Enfim, aspectos muitas vezes não encontrados em outros serviços de saúde. Enxergam a Fisioterapia como um local de trocas e relações sociais, onde não se sentem solitários e encontram pessoas com os mesmos problemas.

Isso porque a maioria da população tem dificuldade de encontrar um serviço de fisioterapia na rede pública. Quando encontram, realizam algumas sessões e recebem “alta”. Ao retornar ao médico, sem a solução do problema, são encaminhados novamente à Fisioterapia. A pequena oferta de fisioterapia ocasiona uma espera, freqüentemente de anos, para iniciar um tratamento. A dificuldade de encontrar locais de atendimento quando estão no início da doença, quando a dor e perda da funcionalidade ainda aparecem de forma pequena, facilita uma rápida progressão da doença, levando rapidamente ao afastamento das atividades da vida diária, do trabalho e do lazer. Ao encontrar alento na clínica que serviu de lócus para a investigação, enxergam a possibilidade de melhora, de retorno ao trabalho e à vida social.

Esse fato explica a busca contínua pela Fisioterapia e o temor de perder o único lugar onde são ouvidos, tratados com respeito e com dignidade; onde são construídos laços de amizade, onde há possibilidade de diminuir a dor e, quem sabe, retomar as atividades cotidianas que deixaram de realizar. Percebe-se que o que eles querem é envelhecer com autonomia.

Com isso, importa que os serviços públicos de saúde realizem programas de promoção de saúde e programas educativos que ajudem a retardar o aparecimento da doença; no caso dos que apresentam quadros como a osteoartrose, além da maior agilidade nos atendimentos em fisioterapia, urge

o desenvolvimento de atividades que contribuam para a minimização dos estados dolorosos e a promoção da qualidade de vida.

Como profissional de saúde, fisioterapeuta e professora responsável por atendimentos e pela formação de futuros profissionais, foi possível perceber que é necessário repensar a forma que lidamos com o envelhecimento e com o tratamento de patologias crônico-degenerativas. As entrevistas mostraram o que é impossível encontrar em livros, o que demonstra a importância de pesquisas qualitativas em saúde importantes para a investigação e a realização de propostas. Por mais óbvias que possam parecer, as respostas dos idosos mostraram o quanto os fisioterapeutas e os profissionais de saúde, oferecem um tratamento limitado quando observam apenas os aspectos biológicos e a dor. É preciso entender os aspectos culturais e mostrar ao aluno e ao profissional, principalmente do serviço público, como estes aspectos são importantes na formação e nos atendimentos.

Além disso, penso que a fisioterapia tem um papel fundamental. Entre todos os profissionais, o fisioterapeuta é o que mais se aproxima e o que fica mais tempo em contato com os pacientes. Nisto reside a necessidade de formar melhor os profissionais da área, especialmente no que diz respeito a contemplar, nos atendimentos, a educação e a promoção de saúde.

É preciso que a Fisioterapia quebre o antigo paradigma e deixe de focar os atendimentos apenas na doença, esquecendo-se do indivíduo. Dentro da prática fisioterápica é preciso repensar as formas de abordagem e, na hora de avaliar, tratar e reabilitar, procurar, com empenho, abranger todos aspectos que envolvem o processo de adoecimento e o envelhecimento.

Durante os atendimentos, o fisioterapeuta não pode dar importância somente ao envelhecimento biológico; deve atentar para outros fatores, como o reconhecimento, a segurança e a re-inserção na sociedade, mesmo com as perdas inerentes ao envelhecimento biológico. Quando isso ocorrer,

além de cumprir os objetivos da Fisioterapia será possível criar formas de enfrentamento que tenham como resultado final a autonomia e a independência funcional. Não se trata de transferir a responsabilidade ao idoso, mas de fornecer meios para que este se torne um membro da comunidade, mesmo antes da presença de alguma patologia.

Como fisioterapeutas devemos, independentes de programas da rede pública, dar nossa parcela de contribuição, mantendo o idoso com autonomia, independência e livre para escolhas e possibilidades de projetos de vida, reconstruindo as formas de enfrentar os problemas suscitados pelo fenômeno de longevidade e permitindo, assim, viver bem a velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLOCK, N.; MACGARRY, J.& ELKAN, R. Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. **Health Soc Care Community.** 10 (6):464-71, 2002.

ALMEIDA, V.L.V. Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI, I.G. (orgs.) **Velhice, envelhecimento e complexidade.** São Paulo: Vetor, 2005.

ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e Doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

ALTMAN, R.D. Development criteria for the classification and reporting of osteoarthritis – classification of osteoarthritis of the knee. **Arthritis Rheumatology.** 29(8): 1039-1049, 1986.

ANDRADE, O.G. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. **Acta Scientiarum Health Sciences.** Maringá, v.25, n.2, p.207-213, 2003.

ANDRADE FILHO, A.C. (org.) **Dor: Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: Editora Roca, 2001.

AUGUSTO et al. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica, 2004. **Textos em envelhecimento – UNATI/UERJ.** Disponível em [http:// www.unati.uerj.br](http://www.unati.uerj.br)

BEAUVOIR, S. **A Velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENNET, J.C.; PLUM, F. **Tratado de Medicina Interna.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1997.

BERKLEY, K.J. Female vulnerability to pain and the strength to deal with it. **Behav. Brain Scien.,** v.20, n.3, p. 473-8, 1997.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. A sociedade como realidade subjetiva. In: BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. São Paulo: Editora Vozes, 2004.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONICA, J.J. History of pain concepts and therapies. In: **The management of pain**. 2ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.

BORDERS et al. Patient involvement in medical decision-making and pain among elders: physician or patient-driven? **BMC Health Services Research**, 5:4, 2005.

BORGES, L.C. Os grupos de convivência na Terceira Idade: suporte social e afetivo. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C.M.S.B. (orgs.) **Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas**. v.1. São Paulo: Casa do Psicólogo®, 2006.

BORN, T. A biomedicalização da velhice: implicações socioculturais. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L. ANITA; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Editora Alínea, 2004.

BORDIEU, P. **Esboço de auto-análise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BLOMQUIST, K. Older people in persistent pain: nursing and paramedical staff perceptions and pain management. **Journal of Advanced Nursing**, 41 (46): 575-584, 2003.

BLOMQUIST, K; EDBERG,A.K. Living with persistent pain: experience of older people receiving home care. **Journal of Advanced Nursing**. 40(3), 297-306, 2002.

BUNNING, R.D.; MATERSON, R.S. A rational program of exercise for patients with osteoarthritis. **Semin. Arthritis Rheumatology**. 21: 33-43, 1991.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética. Brasília, DF: n.4, p.15-25, 1996.

BRASIL. Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741 – De 01 de outubro de 2003. Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 8.080 – De 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde. Brasília, DF.

CAPRA, F. **Sabedoria incomum**. São Paulo: Ed. Cultrix, 1995.

_____ **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Ed. Cultrix, 1997.

CAVALIERI, T.A. Pain management in the elderly. **JAOA – Clinical Practice**. vol.102, n.9, 481-485, set, 2002.

_____Management of pain in olders adults. **JAOA**. Supplement 1, v.105, n.3, 12-17, mar , 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. 31(2): 184-200,1997.

CHAUÍ, M. **Os lugares da memória operária**. In: O direito à memória. Patrimônio Histórico e Cidadania. Prefeitura do Município de São Paulo, 1992.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. The management of chronic pain in olders persons. American Geriatrics Society. **Journal American Geriatrics Society (JAGS)**, 46: 635-651, may, 1998.

COTRAN, R.S.;KUMAR,V.;COLLINS,T. **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.

COURY, H.J.C.G. Satisfação no trabalho e satisfação na vida: questões teóricas e metodológicas. In: NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

CREAMER, P.; LETHBRIDGE-CEJKU, M.; HOCHBERG, M.C. – Where does it hurt? Pain localization in osteoarthritis of the knee. **Osteoarthritis Cartilage**, 6(5): 318-323, 1998.

CZERESNIA, D; FREITAS, C.M.(orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAMASIO, A.R. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

DA SILVA, J.A.; RIBEIRO FILHO, N.P. **Avaliação e Mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

DELLAROZA, M.S.G. **Prevalência e caracterização da dor em idosos servidores municipais de Londrina-PR.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2000.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações.** São Paulo: Ed. Manole, 2002.

DIAS, R.C.; TEIXEIRA, L.F.; DIAS, J.M.D.; SIMÕES; L.A; BASTONE A.C.; NÓBREGA, I.M. Estudo da eficácia do uso de palmilhas no tratamento conservador de osteoartrite de joelhos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.03, n.01, 1998.

DIAS, R.C. DIAS, J.M.D. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com osteoartrite de joelhos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.6, n.3, p.105-111, 2002.

DOSSEY, L. **Espaço, Tempo e Medicina.** São Paulo: Ed. Cultrix, 1998.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

ETTINGER, W.H. A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. **The fitness arthritis an senios trial (FAST).** **JAMA.** 277(1): 25-31, 1997.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e Doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

_____ Semiologia do corpo. In: FACHEL, J.M.G.; LEAL, O.F. (orgs) **Corpo e significados: ensaios de antropologia social.** Porto Alegre: Ed. Universidade, 1995.

FERREIRA, P.E.M.S. Dor Crônica: avaliação e tratamento psicológico. In: ANDRADE FILHO, A.C.C. **Dor: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Ed. Roca, 2001.

FERREL, B.R.; FERREL, B.A. Pain in the elderly. Task Force on pain in the elderly. **International Association or the Study of Pain**. IASP Press, Seattle, p.1, 1996.

FIGUEIRÓ, J.A. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.

FIGUEIRÓ, J.A.; COSENTINO, R.C.M. Dor Crônica e Envelhecimento. In: Carvalho Filho, E.T. & Papaléo Netto (orgs). **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FILLINGIM, R.B.; Sex, gender and pain: the biopsychosocial model in action. **XX vs. XY – Int. J. Sex Dif.** n.1, p.98-101, 2003.

FREIRE JUNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface – Comum, Saúde, Educ.** v.9. n.16, p.147-58, set 2004/fev 2005.

FRONTEIRA W.R; DAWSON, D.M.;SLOVIK, D.M. **Exercício Físico e Reabilitação**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999.

FUNDAÇÃO IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais - 2004, Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

GAGLIESE, L.; MELZACK, R. Chronic pain in elderly people. **Pain.** v.70 (1), p.3-14, mar.,1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: L.T.C, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GONÇALVES, A.; GONÇALVES, N.N.S. Saúde e Doença: conceitos básicos. **Revista Bras. Ciência do Movimento**. V.2, n.2. p.48-56, 1988.

GORDILHO, A et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia análise-dados**, v.10, n.4, p.138-153, 2001.

GORDON, N.F. *Arthritis your complete exercise guide*. Dallas/Texas, 1993.

GRIMBY, C. et al. Musculoskeletal pain and analgesic therapy in a very old population. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.29, p.29-43, 1999.

GREVE et al. Brazilian consensus for the treatment of osteoarthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.42, n.06, p.371-374, nov-dez, 2002.

GUCCIONE, A.A. Arthritis and the process of disablement. **Physical Therapy**. New York, 74: 39-45, 1994.

GUIMARÃES, S.S. **Introdução ao estudo da dor**. In: CARVALHO, M.M.M.J. *Dor: um estudo interdisciplinar*. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

HARKINS, S.W. Aging and Pain. In: LOESER et al. **Bonica's Management of pain**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

HEIDRICH, S.M. The relation ship between physical heath and psychological well-being in elderly women: a developmental perspective. **Research in Nursing and Heatht**. v.16, p.123-130, 1993.

HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. 4^oed. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

HELME, R.D.; KATZ, B.; GIBSON, S.J.; BRADBEER, M.; FARREL, M. NEUFELD, M.; CORRAN, T. Multidisciplinary pain clinics for older people. Do they have a role? **Clin. Geriatr Med.** 12(3): 356-82, 1996.

HELME, R.D.; GIBSON, S.J. The epidemiology of pain in elderly people. **Clinic Geriatric Med.** 17(3): 417-31, 2001.

I.A.S.P. International Association for the Study of Pain. www.iasp-pain.org
Acesso em outubro de 2003.

JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista Saúde Pública.** v.21, n.3, p.200-10, 1987.

KATZ, T.; MELZACK, R. Measurement of pain. **Surgical Clinics of North America.** 79: 231-252, 1999.

KAUFFMAN, T.L. **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1999.

KEESING, R.M. Cultural Anthropology: A contemporary perspective. In HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ªed. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

KEMP, C.A.; ERSEK, M.; TURNER, J.A. A descriptive study of older adults with persistent pain: use and perceived effectiveness of pain management strategies. **BMC Geriatrics.** 5:12, 1-10, 2005.

LACERDA, P.F.; GODOY, L.F.; COBIANCHI, M.G.; BACHION, M.M.N Estudo da Ocorrência de “dor crônica em idosos de uma comunidade atendida pelo programa de saúde da família em Goiânia. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem. v.07, n.01, p.29-40, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.

LAWRENCE, R.C. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. **Arthritis Rheum.** 41(5), p.778-99, 1998.

LAURENTI, R.A. **A questão demográfica e a transição epidemiológica.** In: Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia: epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.

LEONG, I.Y.; HELME, R.D. Considerations in the assessment and management of older people with chronic pain. **Ann Acad. Med. Singapore.** 32(6): 771-7, 2003.

LEITE, I.L. **Gênero, família e representação social da velhice.** Londrina: Eduel, 2004.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis.** Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998.

LINSELL,L.; DAWSON,J. ; ZONDERVAN, K.; ROSE, P.; CARR, A.; RANDALL, T. ; FITZPATRICK, R.. Population survey comparing older adults with hip versus knee pain in primary care. **British Journal of General Practice.** 192-198, March, 2005.

LITVOC, J. & BRITO,F.C. (Edit.) **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

LOECK, C. et al. Prevalence of back, neck, and shoulder problems in the inner city: implications for the provision of physiotherapy services in primary health care. **Physiotherapy Res. Int.** v.4, n.3, p. 161-169, 1999.

LOPES, R.G.C. Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”? In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI,I.G. (orgs.) **Velhice, envelhecimento e complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

MACHADO, C.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

MACLEAN, C.H. Costs attributable to osteoarthritis. **J. Rheumatol.** 25(11): 2213-8, 1998.

MARQUES, A. P.; KONDO, A. A Fisioterapia na osteoartrose: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.38, n.02, p 83-90, mar-abr; 1998.

MARKS, R. Reability and validity of self-paced walking time measures for knee osteoarthritis. **Arthritis Care and Research.** 7(1): 50-53, mar, 1994.

MERCADANTE, E.F. **A construção da identidade e da subjetividade do idoso**. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC, 1997.

_____ Velhice: uma questão complexa. In: CÔRTE,B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI,I.G. (orgs.) **Velhice, envelhecimento e complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

MESSIER, S.P. Osteoarthritis of the knee: interdisciplinary perspective. **Meds. Sci. Sports Exerc.** 26(12): 1427-1428, 1994.

_____ A construção da identidade da antropologia na área de saúde. In: ALVES, P. C.; RABELO, M.C.M. (orgs) **Antropologia e Saúde:**

traçando identidade e explicando fronteira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____ **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____ **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C.S.; SANCHEZ, O. Quantitativo - Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

MYERS, C.; RILEY, J.L .; ROBINSON, M.E. Psychosocial Contributions to Sex- Correlated Differences in Pain. **Clin. J. Pain.** v.19, n.4, p.225-32, 2003.

MONTEIRO, P.P. **Envelhecer: histórias, encontros e transformações.** Minas Gerais: Autêntica Editora, 2003.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M.P.A. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento.** Minas Gerais: Ed. Médica e Científica, 2001.

MOREIRA, M.M. **Envelhecimento da população brasileira: conceitos gerais.** Porto Alegre: Sesc, 2000. Disponível em [http: www.Fundaj.gov.br/docs/text/pop 2001-5](http://www.Fundaj.gov.br/docs/text/pop 2001-5).

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN ,D.F **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____ **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____ **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____ **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Ed. Sulinas, 2005.

NERI, A.L. **Qualidade de Vida e Idade Madura.** Campinas: Papyrus Editora, 1993.

_____ **Qualidade de vida e envelhecimento na mulher. In: Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Campinas: Papyrus, 2001.

_____ **Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. Terceira Idade.** 13(24): 7-27, 2002.

_____ **Biomedicalização da velhice: distorções cognitivas relacionadas ao uso do modelo biomédico na pesquisa gerontológica. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L. ANITA; CACHIONI, M. Saúde e qualidade de vida na velhice.** Campinas: Editora Alínea, 2004.

NERI, A.L.; FREIRE, A. S. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2003.

NERI, A.L.; FR4. /F1ira Ideo A5Tj0 -3.45 Tdd[0RdeoApresentação-5o2

além dos 60? Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Rio de Janeiro, 2004.

OLSZEWER, E. **Clínica Ortomolecular**. São Paulo: Ed. Roca, 2000.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M., **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996a.

_____ Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996b.

PAI, Y.C. Effect of age and osteoarthritis on knee proprioception. **Arthritis Rheumatology**. 40 (12): 2260-2265, 1997.

PEREIRA, R.M.R.; FULLER, R. Doenças Articulares. In: LITVOC, J. & BRITO, F.C. (Edit.) **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

PICKLES, B. et al., **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor, depressão e conceitos culturais. **Arq. Neuro Psiquiatria**. v.55, p.370-380, 1997.

PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. **Dor e Cultura**. In: CARVALHO, M.M.M.J. Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

PORTENOY, A. Dor crônica. In: ABRAMS, W.B.; BERKOW, R. **Manual de Geriatria**. São Paulo: Roca, 1994.

PORTO, C.C. Sinais e Sintomas. In: Porto, C.C. **Exame clínico: bases para prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PY, L. **Testemunhas Vivas da História**. Rio de Janeiro: Ed. Científica Nacional, 1996.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE,A. Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública**, v.21, n.3, p.211-24,1987.

RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA,Z.M; MEDINA, M.C.G; SANTOS,F.R. – Perfil do Idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito familiar. **Revista de Saúde Publica**. 27: 87-94, 1993.

RAMOS, L.R.; NETO,J.T.; **Guia de Geriatria e Gerontologia**. 1^oed. Barueri - São Paulo: Manole, 2005.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso, São Paulo. **Cadernos em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 19(3): 793-798, 2003.

REBELATTO, R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**. São Paulo: Manole, 1999.

ROMANO, M.A; TEIXEIRA, M.J.; OLIVEIRA, P.R. Dor em afecções reumatológicas. **Revista Médica**: São Paulo, 80: 128-134, 2001.

ROSS et al. Senior's decision making about pain management. **Journal of Advanced Nursing**. 35: 442-451, 2001.

RULL, M. Abordaje Multidisciplinar Del dolor da espalda. **Ver. Soc. Esp. Dolor**. v.11, n.3, p. 119-121, abr, 2004.

SACK, K.E. Osteoarthritis: a continuing challenge. **West Journal Medicine.** 163: 579-586, 1995.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SENNET, R. **A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

SERRA, G.M.C.; PETIT, D.J.; CARRIL, M.L. **Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia e Reumatologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

SHEPARD, R.J. Physical activity, fitness and health the current consensus. **Quest**, v.47, p.288-303, 1995.

SIMÕES, J.A. **A aposentadoria e a invenção da terceira idade.** In: DEBERT, G.G. Antropologia e envelhecimento. Campinas: UNICAMP, 1994.

SIMON, O.R.M.; GIGLIO, Z.G. A arte de recriar o passado: história oral e velhice bem sucedida. In: NERI, A.L. (org) **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas e sociológicas.** Campinas: Papirus, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR: **Brasil sem dor.** Disponível: <http://www.dor.org.br>. Acesso em setembro de 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TEIXEIRA, J.A.C. Atividade física na terceira idade. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia.** 0 (0): 15-7, 1996.

TEIXEIRA, M.J. **Síndromes Dolorosas**. In: CARVALHO, M.M.M.J. Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

TEIXEIRA, M.J. et al. **Tratamento multidisciplinar do doente com dor**. In: CARVALHO, M.M.M.J. Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

TRENTINI, M; DA SILVA, S.H.; VALLE, M.; HAMMERSCHMIDT. Enfrentamentos de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino Am. Enfermagem**. Jan. Fev.; 13 (1): 38-45, 2005.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. São Paulo: Editora Vozes, 2003.

_____ Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. 39(3): 507-14, 2005.

TURK, D.,C. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. **Reg. Anesth. Pain Med.**, v.28, n.6, 573-579, 2003.

TURK, D.C.; MELZACK, R. The measurement of pain and the assessment of people experience pain. In: TURK, D.,C.; MELZACK, R. **Handbook of Pain Assessment**. Nova York: Guilford, 1992.

TURK, D.,C.; MONARCH,E.S.; WILLIAMS,A.D. Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome a comprehensive approach. **Reum.Dis. Clin. North Am.** v.28, n.2, p.219-33, 2002.

URWIN,M; SYMMONS,D.; ALLISON,T; BRAMMAH,T; BUSBY, H.; ROXBY,M.; SIMMONS,A.; WILLIAMS,S.G. Estimating the burden of

musculokeletal disorders in the community: the comparative prevalence of sympton at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. **Am. Rheum. Dis.** V.57, p.649-655, 1998.

VERAS, R.P. **País jovens de cabelos brancos – a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994.

_____ **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: UNATI-Relume Dumará, 1995.

_____ Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos em Saúde Pública.** Rio de Janeiro: 19(3): 705-715, 2003.

VIEIRA, E.B. **Manual de Gerontologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WONG,L.R.; MOREIRA, M.M. **Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas e anunciadas na América Latina (1950-2050).** Porto Alegre: CRE- SESC. [http: www.Fundaj.gov.br/docs/text/pop_2001-04.doc](http://www.Fundaj.gov.br/docs/text/pop_2001-04.doc). links: Envelhecimento, 2000.

ZIMERMAN,G. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

www.saudeprev.com.br/psf/osasco

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu _____, concordo em participar, com livre espontânea vontade, do estudo: **“Da“dor” em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico: uma investigação”**. O propósito desta pesquisa é procurar compreender como as pessoas vivenciam o processo terapêutico.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com gravadores. Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados aos profissionais que trabalham nessa Instituição e os resultados dessa pesquisa serão divulgados apenas em encontros científicos e publicações especializadas, sem que meu nome apareça associado à pesquisa. Estou ciente de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

	NOME	ASSINATURA
PESQUISADOR	_____	_____
ENTREVISTADO	_____	_____
DATA	___/___/___.	

ANEXO 2**ROTEIRO DE ENTREVISTA****NOME****IDADE****ESTADO CIVIL****GRAU DE INSTRUÇÃO****PROFISSÃO****ATIVIDADE ATUAL****COM QUEM MORA****FALAR DE SI**

- Falar um pouco do sr(a)
- Dia-a-dia
- Como você avalia o futuro
- Lembranças

FISIOTERAPIA

- Quando e porque começou a fazer fisioterapia?
- O que busca na Fisioterapia?
- Como tem sido o tratamento?
- Você quer permanecer na Fisioterapia até quando?

DOR

- Quando foi que começou a sentir dor?
- Qual a lembrança que você tem da sua vida e o aparecimento da dor?
- O que é dor para você?
- Como foi para você o aparecimento da dor?

- No seu entender a dor faz parte da velhice?
- A dor tem interferido na vida diária, no seu cotidiano, no seu dia-a-dia, nas atividades? Como?
- Como tem sido a vida em família com a presença da dor?
- Como você vê as mudanças ocasionadas pela dor?
- Como você avalia a sua vida antes da dor?

VELHICE

- Para você o que é velhice?
- Como tem sido a sua vivência com a doença, com a dor e com a velhice?
- Como você vê as mudanças ocasionadas pela dor e a velhice?

QUALIDADE DE VIDA

- O que é, no seu entender, qualidade de vida?
- Como você avalia a sua qualidade de vida?
- Para você quais fatores interferem na sua qualidade de vida?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)