

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Nuno de Noronha da Costa Bispo

**O Significado do Estágio de Fisioterapia numa Instituição
de Longa Permanência para Idosos**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**SÃO PAULO
2008**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Nuno de Noronha da Costa Bispo

**O Significado do Estágio de Fisioterapia numa Instituição
de Longa Permanência para Idosos**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Ruth Gelehrter da Costa Lopes.

**SÃO PAULO
2008**

Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

À minha Mãe Maria Leonor e a meu Pai António João que se empenharam em transmitir-me os valores humanos fundamentais na minha educação e sempre estiveram ao meu lado na formação académica. Além disso, a revisão final do texto foi realizada pelo meu pai.

À minha Esposa Sônia que fez tudo ao seu alcance pensando no bom andamento deste trabalho.

Ao meu Filho João Nuno cuja época do nascimento, culminou com o início da ideia do tema da dissertação.

Aos meus Irmãos que, mesmo à distância, sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ruth Gelehrter da Costa Lopes pela magnífica orientação e pelos valiosos conhecimentos que me transmitiu.

Ao Professor Ruy Moreira da Costa Filho por toda a cooperação que me dispensou, possibilitando a realização deste Mestrado.

Às Professoras Adriana Paula Fontana Carvalho e Viviane de Souza Pinho Costa pela cooperação na fase decisiva deste trabalho.

A todos os Professores do Programa de Mestrado em Gerontologia cuja influência no meu trabalho se encontra patente.

À Doutora Devanira Domingues Demarque pela ação positiva no estado de espírito e norteamento no modo de estudo.

À Família Barata pela compreensão e todo apoio durante o curso.

À Madre Eucarística Lo Conde, Irmã Lindalva Bezerra de Sá, Assistente social Rita de Cássia Lopes e Confrade Antônio Lopes, pelos interessantes depoimentos apresentados.

À Fátima Brancalhão que em muito possibilitou a agilização nas diligências que tive de efetuar.

À Família Faria Fidelis nas pessoas de Maria Ignês, José e Mariza pela facilitação no acesso aos documentos dos Vicentinos e pelas relevantes sugestões.

Às alunas Mônica Mayumi Uemura e Karolina Sosigan da Silva pela disponibilidade na busca de fundamentos auxiliares para a dissertação.

A todos os alunos que fizeram estágio no Asilo, pela sua dedicação, que possibilitou as respostas obtidas nos resultados.

Aos idosos entrevistados, pela simpatia na disponibilidade de participarem no estudo com as suas respostas preciosas.

A todas as Irmãs Claretianas, Vicentinos e funcionários do Asilo pela colaboração prestada.

À CAPES, a agência financiadora da bolsa de estudos, que foi, sem dúvida, imprescindível na continuação dos estudos.

À UNOPAR, no seio da qual encontrei o clima propício à realização deste trabalho.

Ainda que a firmeza seja necessária para atingir o fim a que nos propomos em nossas boas obras, contudo, é necessário empregar muita doçura nos meios.

São Vicente de Paulo

BISPO, Nuno de Noronha da Costa. **O significado do estágio de fisioterapia numa instituição de longa permanência para idosos.** 2008. 125 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

RESUMO

O Asilo São Vicente de Paulo, de Londrina, surgiu para diminuir os efeitos dos problemas sociais, próprios de uma cidade grande, que então se encontrava no auge do seu desenvolvimento devido à riqueza da cultura do café. Com o tempo, a instituição vem acompanhando as exigências da sociedade na forma de atender os idosos, e nela passou a existir um estágio supervisionado de Fisioterapia, baseado na teoria do “Movimento *Continuum*”. Verificar o significado do estágio de Fisioterapia numa instituição de longa permanência para idosos, foi o objetivo geral desta pesquisa do tipo qualitativo. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se uma entrevista não-estruturada, aplicada a 21 idosos e, para a análise, o método hermenêutico-dialético. Os resultados desse atendimento mostraram um sentido plurívoco, pelo conjunto de significados que lhe foram atribuídos. Nas considerações finais foi enfatizada a importância de pesquisar os significados das ações desta natureza, com a finalidade de idealizar uma “comunidade do futuro”.

Palavras-Chave: Significado. Idosos. Fisioterapia. Gerontologia. Instituição de longa permanência.

BISPO, Nuno de Noronha da Costa. **The significance of the physical therapy practicum to an institution of long permanence for elderly people.** 2008. 125 p. Dissertation (Master in Gerontology) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

ABSTRACT

The São Vicente de Paulo Nursing Home, in Londrina, was created to minimize the effects of the social problems, commonly found in large cities, which, at that time, were booming due to the wealth generated by the coffee culture. As time went by, the institution continued to fulfill the demands of the society regarding its care for the city's elderly people, and developed a Supervised Practicum in Physical Therapy, based on "the Movement *Continuum* Theory". The general objective of this qualitative research was to verify the significance of the Physical Therapy Practicum to an institution of long permanence for elderly people. Data were collected through a non-structured interview carried out with 21 elderly people, and analyzed according to hermeneutics - dialectic method. Results showed that the Practicum has plural senses by the number of significances assigned to it. In the final considerations of this study, the importance of researching into actions of this nature to build a "community of the future" is emphasized.

Key-words: Significance. Elderly people. Physical therapy. Gerontology. Institution of long permanence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 LONDRINA: A TERRA DO OURO VERDE	16
3 RETRATOS DE UMA INSTITUIÇÃO ASILAR	24
4 A UNIVERSIDADE E O ASILO	34
5 O “MOVIMENTO <i>CONTINUUM</i>” INFLUENCIANDO OS IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO	37
5.1 O MOVIMENTO É ESSENCIAL PARA O SER HUMANO	37
5.2 O <i>CONTINUUM</i> DO MOVIMENTO	38
5.3 OS NÍVEIS DO “MOVIMENTO <i>CONTINUUM</i> ” SÃO INTERDEPENDENTES	38
5.4 ASPECTOS INFLUENCIADORES DO “MOVIMENTO <i>CONTINUUM</i> ”	39
5.4.1 O Ambiente	39
5.4.1.1 Reflexões sobre o espaço asilar	39
5.4.1.2 Características físicas do Asilo São Vicente de Paulo	42
5.4.1.3 A instituição vista como uma comunidade	43
5.4.1.4 “O lugar” na instituição	45
5.4.1.5 “Espaciosidade e apinhamento” na instituição	46
5.4.1.6 Noção de tempo na instituição	48
5.4.1.7 O aspecto do gênero na instituição	50
5.4.1.8 “Topofilia” e a instituição	51
5.4.2 Aspecto físico e psicológico	52
5.4.3 O Social	55

5.5 A EXISTÊNCIA DA CAPACIDADE MÁXIMA DE MOVIMENTO ALCANÇÁVEL (CMMA)	59
5.6 A CAPACIDADE DE MOVIMENTO PREFERIDA (CMP) E A CAPACIDADE DE MOVIMENTO ATUAL (CMA)	60
5.7 O POTENCIAL DOS FATORES PATOLÓGICOS	60
5.8 O FOCO DA FISIOTERAPIA	63
5.8.1 A Comunicação	64
5.8.2 O Tocar	66
5.8.3 O Atendimento ao Idoso	66
5.8.3.1 Avaliação	66
5.8.3.2 Os Objetivos	68
5.8.3.3 A Conduta	68
6 METODOLOGIA	71
6.1 TIPOS DE PESQUISA	71
6.2 UNIVERSO E SELEÇÃO	71
6.3 COLETA DE DADOS	72
6.4 ANÁLISE DOS DADOS	76
7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	78
7.1 O MOVIMENTO É VIDA	78
7.2 O MOVIMENTO VISANDO OS OBJETIVOS DO IDOSO	79
7.3 ENSINAR O MOVIMENTO	79
7.4 SENSAÇÃO DE LIBERDADE	80
7.5 O TOQUE QUE ROMPE A SOLIDÃO	81
7.6 OS ESTÍMULOS DA NATUREZA.....	83

7.7 SEMPRE É TEMPO DE MOVIMENTAR	84
7.8 EQUILIBRA AS FUNÇÕES ORGÂNICAS	85
7.9 ESPERANÇA PARA VOLTAR	86
7.10 A HUMANIZAÇÃO	86
7.11 COMO ALGUÉM DA FAMÍLIA	87
7.12 A SEGURANÇA	88
7.13 MOMENTOS DE ALEGRIA E SATISFAÇÃO	88
7.14 A PRESENÇA	89
7.15 A AUSÊNCIA	89
7.16 A RECUPERAÇÃO É VISÍVEL	90
7.17 MELHORA O RELACIONAMENTO	91
7.18 ENFIM ... UM SIGNIFICADO PLURÍVOCO	92
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	107
ANEXO 1 - VISTA PARCIAL DA ZONA SUL DE LONDRINA	108
ANEXO 2 - VISTA PARCIAL DO COMPLEXO ONDE SE INSERE O ASILO SÃO VICENTE DE PAULO	109
ANEXO 3 - VISTA PARCIAL DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO	110
ANEXO 4 - VISTA DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO	111
ANEXO 5 - VISTA DA ALA 1, A ENTRADA E O JARDIM DA FRENTE	112
ANEXO 6 - BAZAR, CASA DOS MANTIMENTOS, BARBEARIA E LAVANDERIA	113

ANEXO 7 - ASILO SÃO VICENTE DE PAULO E O ARVOREDO	114
ANEXO 8 – ALA 1: PÁTIOS INTERNOS E SALÕES	115
ANEXO 9 - ALA 1: REFEITÓRIOS E DORMITÓRIOS	116
ANEXO 10 - ALA 1: CORREDORES, SALÃO DE JOGOS E A COZINHA CENTRAL	117
ANEXO 11 - ALA 2: ÁREA EXTERNA	118
ANEXO 12 - ALA 2: PÁTIO INTERNO, ENTRADA, CORREDOR E LAVANDERIA	119
ANEXO 13 - ALA 2: REFEITÓRIOS E DORMITÓRIOS	120
ANEXO 14 - ALA2: SALAS DA FISIOTERAPIA	121
ANEXO 15 - JARDIM CENTRAL	122
ANEXO 16 - A SOLIDÃO	123
ANEXO 17 - TERAPIAS DE GRUPO	124
ANEXO 18 - TERAPIA INDIVIDUALIZADA	125

1 INTRODUÇÃO

Após a conclusão de curso pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), vários já foram os lugares por onde passei e que fizeram parte do meu crescimento acadêmico e profissional, despertando-me; principalmente o interesse pela área da Gerontologia. Em todos eles tive a oportunidade de atender a pessoa idosa em várias situações, como, no hospital, em instituições de longa permanência para idosos, em clínicas e no domicílio.

Destes lugares, posso citar os que mais marcaram a minha vida profissional: em Curitiba, no Asilo São Vicente de Paulo, realizei os meus primeiros atendimentos, surgindo aqui, o interesse pela Gerontologia, uma vez que todos os pacientes eram exclusivamente idosos. Posteriormente, atuei em Lisboa, na Liga Portuguesa dos Deficientes Motores (LPDM), nos Hospitais Santo Antônio dos Capuchos e Desterro (HCL) e na Clínica Cinesicentro, onde a grande parte dos pacientes eram idosos. Finalmente, no Município de Londrina, localizado no Estado do Paraná, atuei no Hospital da Irmandade Santa Casa de Londrina (ISCAL) e, atualmente, supervisiono o estágio curricular do Curso de Fisioterapia no Asilo São Vicente de Paulo pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Aqui, tive a possibilidade de fazer esta pesquisa, pelo Programa de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e tomei conhecimento do que realmente os idosos pensam a respeito do atendimento feito pelos estagiários de Fisioterapia.

Para pesquisar sobre as ações realizadas na instituição, pareceu-me importante começar relatando sobre a história de Londrina, sobre o início de tudo, afinal: como nesse lugar era só mata, surgiu uma grande e bela cidade. Junto com a empresa exploradora que era de origem inglesa, vieram os primeiros colonos, de origens e etnias muito variadas, atraídos pelas riquezas do local, entre elas a terra fértil. Daí nasceu outra riqueza, que foi o café, responsável pelo desenvolvimento da cidade, mas que, ao mesmo tempo, arrastou consigo alguns problemas sociais como: o desemprego, a pobreza, o êxodo rural, a mendicância e as doenças.

As pessoas que permaneceram na cidade, preferindo não se mudarem para outras regiões, continuaram batalhando por melhores dias e foram envelhecendo. Muitos viram seus sonhos se concretizar; já outros não tiveram a mesma sorte. Os

problemas sociais levaram a um fenômeno jamais visto em Londrina - idosos perambulando pelas ruas pedindo esmola (LOPES, Antônio, 2006; LO CONDE, 2007) e não só esses, mas ainda crianças e famílias inteiras (LO CONDE, 2007), visto que, as plantações de café caracterizam-se pela cultura familiar.

Diante dessa questão, houve a necessidade do aparecimento de instituições para acolher e diminuir o sofrimento das pessoas e, até mesmo, de famílias inteiras, resultantes dos efeitos desse cenário social. Assim, surgiu o Asilo São Vicente de Paulo, que no início abrigava famílias e posteriormente somente idosos.

A mudança no tipo de clientela deve-se, também, ao crescimento acelerado da população idosa no Brasil, causando o fenômeno de transição demográfica e epidemiológica (MARTIN; CORDONI JUNIOR; BASTOS, 2005). Ainda de acordo com os autores, em Londrina este acontecimento também decorreu nas mesmas dimensões, visto que, a população idosa em 30 anos passou de 4,05% para 9,34%, pelo total de habitantes do município. Comparando-se a proporção de idosos que em 1991 era 7,3% e que, em 2005 passou para 10,3% (BRASIL, 2007), nota-se com efeito, um aumento expressivo. Nesses mesmos anos, o índice de envelhecimento foi de 23,3% e passou para 42,7% respectivamente (BRASIL, 2007). Observando-se estes números, nota-se que uma cidade jovem como Londrina já apresenta uma população envelhecida, ou seja: mais de 10% já inclui-se na faixa etária acima de 60 anos.

Com este panorama, a procura pela instituição sempre foi grande, o que é evidenciado pelo número de admissões ocorridos todos os anos, desde 1956. Nesse tempo eram atendidas 8 famílias com 31 componentes e outras pessoas que moravam numas casas dispersas pelo terreno, havendo entre elas alguns idosos (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1956); atualmente habitam 102 idosos (LOPES, Rita, 2006). Por isso, o Asilo vem-se destacando no Município no atendimento ao idoso, sempre tentando acompanhar as mudanças sociais, alterando a forma de atuação e, também, modificando e ampliando a sua estrutura física.

Inicialmente a administração foi feita pelos vicentinos e, logo em seguida, pelas Irmãs claretianas, até aos dias de hoje, passando os vicentinos a mantenedores. Por ser uma instituição com estatuto de filantropia, ou seja, sem fins lucrativos, os recursos eram escassos e difíceis de adquirir; assim sendo, muitos foram os que deram o seu suor para que nunca faltasse o essencial aos idosos.

Empresas e instituições de vários ramos também prestaram a sua contribuição, sendo a Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) uma delas. O apoio iniciado no final da década de 90, com os cursos da área da saúde, tiveram uma grande importância na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Dentre os cursos, distingue-se o curso de Fisioterapia, e até aos dias de hoje, o atendimento é realizado diariamente pelos respectivos estagiários a quase todos os residentes, numa forma individualizada e em grupo.

A atuação da Fisioterapia segue o princípio da “Teoria do Movimento *Continuum*” (COTT *et al.*, 1995), procurando entender o idoso numa visão biopsicossocial no seu ambiente que, neste caso, é o Asilo São Vicente de Paulo. As metas da Fisioterapia incidem nos objetivos do idoso, no sentido de alcançar a Capacidade Motora Preferida e, também, de indicar o potencial para outras capacidades motoras ainda mais complexas.

Assim, os diversos procedimentos que utilizam o toque, os movimentos, a atenção dispensada pelos alunos e o relacionamento com eles, a maneira de serem atendidos, os lugares escolhidos para o atendimento - tudo isso deve ter um significado para os idosos que recebem o tratamento e, também, para aqueles que simplesmente observam a atuação dos alunos pela instituição.

2 LONDRINA: A TERRA DO OURO VERDE

O desenvolvimento das Américas deve-se imensamente ao fenômeno da imigração. Alguns foram os fatores de atração e de expulsão que condicionaram a vinda de um grande número de estrangeiros para os países da América (KLEIN, 1999, p.24-25).

Na história do Brasil sempre houve o registro da imigração, apresentando períodos alternados de grandes fluxos migratórios e outros de menor fluxo. O ano de 1880 inseriu-se na época em que começou a aumentar a imigração para o país, onde o lema de quase todos os imigrantes era 'Fazer a América'. Grande parte deles criavam raízes aqui, assimilando a sua cultura e transformando a economia do país. Uma das riquezas nesta época era a plantação de café, onde as colônias agrícolas eram formadas de grupos familiares. Naquela época a competição dos trabalhadores negros livres e os baixos salários, obrigaram os fazendeiros a adotarem o contrato pelo sistema de trabalho por grupos familiares (KLEIN, 1999, p. 24-25).

No Estado do Paraná, nos inícios do século passado, muitas terras ainda estavam por ser exploradas. Empresas estrangeiras e muitos aventureiros entravam mata adentro à procura de riquezas. Foi o que aconteceu com a Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP)¹, de origem inglesa, com a finalidade de iniciar pela plantação da cultura do algodão; colonizou acima de uma centena de núcleos urbanos, dos quais mais da metade foram criados pela própria companhia, sendo Londrina um deles (PADIS, 1981). Com a intenção de levar até à terra a ser explorada a estrada de ferro, em 1929 veio a primeira expedição colonizadora numa caravana organizada pela Companhia, com os primeiros homens para derrubar as matas (BRANCO; MIONI, 1959). Chegar ao destino foi uma aventura, utilizando um caminhão Ford que foi deixado para trás para atravessarem o Rio Tibagi, "os animais a nado e os homens numa tosca canoa de tronco de árvores" (NOGUEIRA, 2004, p.66).

¹ "A Companhia de Terras Norte do Paraná, chefiada pelo mencionado grupo britânico, composto por Lord Lovat, 'sir' Frederick Exkstein, general Artur Asquith, Eduard Greene, 'sir' Alexander MCintyre e Percy Hosrfall, fez em 1925, diretamente com o Governo do Paraná a aquisição de 350.000 alqueires paulistas de terras, que acrescidos de futuras compras, completaram a área de 515.000 alqueires" (ZORTÉA, 1975).

Este o princípio desta fantástica colonização, sem precedentes na história do Brasil como sucesso agrícola. A fase dos heróis do sertão, dos desbravadores, o marco inicial de uma nova civilização, implantada à custa de muito sacrifício, de fé, de suor e sangue dos pioneiros (ZORTÉA, 1975, p.10).

Nogueira (2004, p.68) relata que neste mesmo ano, a 21 de Agosto aconteceu a fundação de Londrina e a 10 de Dezembro de 1934 a criação do município de Londrina, tomando posse o primeiro prefeito, pois que até essa data a administração era feita pela companhia. A partir daí, em pouco tempo começaram a ser desenhadas as quadras, os lotes e as ruas, seguindo um “traçado geométrico rígido” e um padrão na metragem, derivado de um planejamento pré-estabelecido. As casas foram surgindo espalhando-se dentro dos respectivos lotes e nessa área demarcada (NOGUEIRA, 2004, p.71). À medida que a cidade se expandia a mata em volta ia sendo derrubada e a zona urbana formava “um arquipélago dentro do mar verde de floresta” (NOGUEIRA, 2004, p.71). Os homens da derrubada, durante o trabalho na floresta, enfrentavam o perigo de encontrar pela frente animais selvagens como onças, jaguatiricas, gatos-do-mato, cobras, lagartos, jacarés, gaviões-reais, gaviões-de-penacho, entre outros. Nas palavras da autora, nota-se ainda as dificuldades desse abate da mata:

A derrubada começava pelo desbaste dos cipós e arbustos com facão e foice, sem o que não havia possibilidade de penetrar na mata cerrada. Só depois de limpa a área era possível aproximar-se do tronco que seria cortado. A matéria orgânica depositada no solo, no decorrer dos séculos, deixava-o fofo, dificultando o caminhar. Mas eram os buracos feitos por tatu ou por pequenos troncos e raízes apodrecidas onde se podia fraturar o pé ou a perna. O ar fresco, úmido e gostoso. Respirava-se a plenos pulmões, porém o ataque dos mosquitos era infernal, só a fumaça podia afugentá-los, os insetos estavam prontos para devorar homens. Não existe depoimento desses primeiros desbravadores onde não se encontre queixas aos enxames de mosquitos (NOGUEIRA, 2004, p.79).

A flora também era rica, e entre as diversas espécies encontrava-se o palmito que servia de alimentação para o ser humano, de moradia, para fabricação de bicas que conduziam a água; e as folhas serviam de cobertura, colchão e alimento dos animais (NOGUEIRA 2004, p.82). Em tão pouco tempo uma grande área do Paraná foi povoada substituindo uma densa área de mata (PADIS, 1981, p.83).

Zortéa (1975) descreve os desbravadores como aqueles que derrubam a floresta e plantam os cafezais e outros produtos agrícolas, e também sobre os

pioneiros, aqueles que iniciavam uma civilização, trazendo a família e os haveres, começando o progresso de uma região.

O Paraná não teve mão de obra escrava nas plantações de café, determinando assim um fluxo imigratório de europeus e asiáticos, iniciado na década de 30 (KLEIN, 1999; POZZOBON, 2006). O autor ressalta ainda que, nessa década, um número considerável de famílias, constituídas principalmente por jovens e poucos idosos, deixaram as fazendas em São Paulo, para vir trabalhar nas lavouras do Paraná até adquirirem terras e transformarem-se em proprietários.

Entre a década de 40 e 50, o Paraná teve uma taxa de aumento populacional de 73,87%, e do total do estado, mais de 60% eram trabalhadores das plantações de café (PUPO, 1951).

Segundo o cadastro do Departamento Nacional do Café (DNC), em 1941 havia em Londrina mais proprietários e trabalhadores cafeicultores estrangeiros que brasileiros, sendo que a cultura do café já ocupava pouco mais de 30% dos terrenos produtivos (SCHWARTZ, 1997b), predominando os pequenos e médios sítios caracterizados pelo sistema de agricultura familiar (CANCIAN, 1981, p.106).

As pequenas e médias propriedades, além de se dedicarem à criação de gado, caracterizavam-se pela variedade de suas culturas, constituída pela plantação de café, algodão, fumo, batata e cana-de-açúcar (CANCIAN, 1981, p.106). A diversificação de tais culturas denominava-se de culturas intercalares que, para muitas famílias, significava a fonte de renda e subsistência; no entanto, o sistema da monocultura do café era adotado nas grandes propriedades (POZZOBON, 2006).

Essa atração pelas terras do norte do estado, foi resultado da propaganda feita pela CTNP sobre a fertilidade do solo e pelas facilidades oferecidas para o pagamento na compra de terreno. O autor ainda completa: “Dos vários tipos de solo utilizados para a sua cultura, a chamada terra roxa é a que apresenta melhores condições de fertilidade, sendo muito disputada pelos lavradores” (CERNEV, 1995, p.218-219). Padis (1981, p.84), insiste na fertilidade da terra roxa e nas condições propícias deste tipo de solo para a cultura do café.

Apesar das características do solo, o homem do campo tinha um trabalho árduo e penoso nos cafezais, mas um dia seria recompensado, como indica a frase de Rocha (1948): “Dia a dia, sol a sol, trabalham a terra, na deliciosa e confortadora certeza que terão multiplicado por cem ou por mil o seu esforço”.

Entre as décadas de 40 e 50 houve a preocupação do governo do estado de instalar o sitiante decorrente da crescente migração desordenada, tal era a invasão de famílias vindas de alguns estados brasileiros, causando sérios problemas como a ‘intrusão’ e “a exploração do homem do campo e a sua desvalia” episódios característicos desta época (O PLANO rodoviário..., 1951, p.14). No mesmo artigo relata que, até à década de 60, houve um crescimento populacional constituído principalmente de paulistas, mineiros e nordestinos. A existência do colonato do café é resultado das grandes levas migratórias procedentes do nordeste do Brasil (PADIS, 1981). Até esta década, no Norte Novo de Londrina, imperava a monocultura, constituída somente do plantio do café devido aos preços altos (CANCIAN, 1981).

Num artigo da “Revista do Café”, o jornalista Serpa Duarte escreve nas primeiras linhas: ‘Nossa primeira impressão de Londrina suplantou magnificamente a realidade que iríamos encontrar entre suas nuvens de pó, sem que isso diminua o entusiasmo que nos causou seu dinamismo e agigantado desenvolvimento’ (SCHWARTZ, 2000, p.8A).

Na década de 50 houve uma grande expansão na área plantada e na produção de café, sendo Londrina responsável pela maior parte das exportações do produto no estado do Paraná (SCHWARTZ, 2000). O autor relata ainda que “o movimento agrícola, financeiro e demográfico superava qualquer expectativa” (p.8A), grande quantidade de automóveis e caminhões transitavam pela cidade, filas por toda a parte, pessoas com aparência de mendigos tinham muito dinheiro nos “bolsos” e diariamente chegavam migrantes de várias regiões do Brasil. Conta a história, que havia quem acendesse charutos com notas de dinheiro (SCHWARTZ, 2002). O jornalista J. Testa, escreveu um artigo na mesma revista, relatando a semelhança do pioneirismo de Londrina com o da Califórnia, ‘a diferença é que o ouro em Londrina era representado pelo café’ (SCHWARTZ, 2000, p.8A). Seben (1959) caracteriza a cidade naquela época com a seguinte frase: “Londrina é uma cidade trepidante, agitada e em constante crescimento, horizontal e vertical” (p. 206).

De acordo com Dikran Balakian, ex-diretor da Aeronáutica Civil, o movimento no aeroporto de Londrina era extraordinário e frequentemente havia acidentes aeronáuticos. “Os aviões desciam carregados de sacos de dinheiro” e os funcionários dos bancos vinham sentados neles e entregavam-nos aos gerentes que

esperavam no aeroporto, pois naquele tempo não existia carro-forte (FURLANETO, 2005a, p.7). O aeroporto de Londrina era o terceiro com mais movimento global de aviões e o primeiro em decolagens de táxis-aéreos (SEBEN, 1959).

O Edifício América, localizado no centro da cidade, era o empreendimento mais valorizado de Londrina, ali acontecia a maioria dos negócios relacionados ao café. O zelador do prédio, José Gonçalves da Cruz, refere que nas décadas de 60 e 70, havia muito movimento, grandes filas até ao virar da esquina para entrar no elevador, e a presença de homens de negócios e estrangeiros era aí muito comum (ORICOLLI, 2005a). Portanto a “pedra” do café em Londrina situava-se neste edifício, lugar freqüentado pelos corretores e produtores de café e, também, em outros pontos da cidade, onde era comercializado informalmente (CERNEV, 1995, p.12).

Até o futebol foi beneficiado: a seleção brasileira bicampeã do mundo no Chile em 1962 foi financiada com o dinheiro da riqueza do café (SCHWARTZ, 1997a). Numa entrevista à Folha Norte de Londrina, o ex-prefeito de Londrina, Wilson Moreira, lembra que o Estádio do Café foi erguido em 36 dias pela mão de obra de pessoas que trabalhavam nas lavouras cafeeiras, tendo recebido o nome em homenagem à cultura responsável pelos recursos da sua construção (FURLANETO, 2005d).

Até 1939/40 a produção de café no estado foi sempre ascendente: no entanto, a partir desta época a produção vem sempre decrescendo, alternando com períodos de boas e más safras. Isto se deve aos fenômenos meteorológicos, principalmente causados pelas geadas (PADIS, 1981). Como explicam Padis (1981) e Arias Neto (1998), desde 1953 houve uma seqüência de geadas que determinaram a oscilação da produção de café. Entre a década de 65 e 67, houve a política de erradicação dos cafeeiros para diminuir a produção nacional (PADIS, 1981, p.123). Em 1970 com o declínio do preço do café, estimulou-se a diversificação da agricultura e a criação de gado, passando a cultura do café para segundo plano (CANCIAN, 1981, p.111).

Londrina durante muito tempo foi considerada “A capital do café”, mas em 1975 esse título caiu (SCHWARTZ, 2002). Nesse ano aconteceu o inesperado a cidade foi atingida por uma violenta e destruidora geada, a chamada “geada negra” com características diferentes da comum: o gelo não se via e durante o dia queimou

todo o cafeeiro sem que fosse notada. De um dia para o outro o café deixou de ser a maior riqueza da Cidade e do Estado (É o fim do café, 2005).

O impacto social e o êxodo rural foram enormes; famílias inteiras que trabalhavam na lavoura cafeeira foram despedidas (HÁ vinte anos..., 1995), milhares de pessoas, entre elas bóias-frias ficaram sem empregos (É o fim do café, 2005). A cultura do café é diferente das demais, fixa as famílias às propriedades, cada três hectares geram um emprego direto (BRANDÃO, 1998). Francisco Barbosa Lima, coordenador regional em Londrina do Departamento do Café do Ministério da Agricultura e do Abastecimento, esclarece que na época da colheita o número de trabalhadores rurais aumentava, 'para cada trabalhador fixo na propriedade, eram contratados outros dois temporários' (ORICOLLI, 2005b, p.6).

Como foi comentado anteriormente, neste tipo de cultura, utiliza-se o sistema de agricultura familiar, porque ela necessita do trabalho de “mão de obra” humana e dispensa a mecanização.

Foram erradicados milhões de pés de café (É o fim do café, 2005) e os cafezais foram substituídos por outras culturas que exigem a mecanização, como a soja e o milho, aumentando a venda de máquinas agrícolas, o único setor a se beneficiar com a geada (FURLANETO, 2005b). Os outros setores do comércio, a indústria e os serviços foram afetados pela ausência dos cafeicultores e trabalhadores rurais: “foi a decadência econômica e o fim de um estilo de vida” (É o fim do café, 2005).

O sociólogo Hermann Oberdiek explica que “os Cinco Conjuntos só saíram porque o governo precisava manter a população na cidade se quisesse desenvolver a indústria” (FURLANETO, 2005c, p.8), referindo-se aos trabalhadores rurais que ficaram desempregados depois da geada para trabalhar na construção civil. O sociólogo observou o lado positivo da geada, a cidade desenvolveu-se mais, pois a população urbana aumentou, desenvolvendo a indústria e o setor de prestação de serviços (FURLANETO, 2005c). Uma nova riqueza surgiu nos campos do Estado e conseqüentemente na região do município, o “ouro amarelo”. O Estado do Paraná passou a ser um dos maiores produtores e exportadores de soja no país (ORICOLLI, 2005c).

Atualmente, Londrina guarda um pouco da sua história em nomes de alguns locais ou nalguns símbolos, que lembram a época de auge da cultura do café: Rádio Auri Verde, Cine Ouro Verde, Parque Ouro Verde, Conjuntos Cafezal 1 e 2,

Shopping Catuaí e os dois ramos de café no Brasão da cidade. E entre outros, vários estabelecimentos do comércio também fazem menção a esta riqueza (OGAMA, 1998).

Apesar da maior ligação com São Paulo, não foi só o Norte do Paraná que beneficiou com a riqueza do café, mas o sul do estado também, como explica Nogueira (2004, p.69):

Havia uma cisão entre o norte e o sul do Estado, e nesse último estava o poder. O norte era uma extensão de São Paulo econômica, social e culturalmente, apesar dos vínculos legais com o sul do Estado. Contudo, foram as riquezas do norte que impulsionaram a transformação do sul, principalmente a capital.

A principal riqueza foi a cultura do café, que realmente dividia o Estado no respeitante à atividade econômica, com um crescimento populacional vertiginoso, como demonstra (PADIS 1981, p.84) na frase seguinte:

Não está fora de propósito, portanto, buscar em uma combinação dos fatores fisiográficos com a atividade econômica cafeeira, a chave para a delimitação do que se convencionou chamar do 'norte do Paraná', assim como, a explicação da rapidez com que se deu a ocupação dessa parte do território nacional.

Numa entrevista à Revista do Café (O CAFÉ: mola propulsora..., 1951, p.23), o governador do Estado, Bento Munhoz da Rocha, referiu-se à riqueza gerada pela produção de café como “a mola propulsora da civilização no Paraná”. A mesma revista registrou uma frase que já tinha sido proferida num discurso aos importadores americanos: “deveis lembrar-vos que o café é muito mais que o nosso ouro verde, o café é o nosso sangue” (O CAFÉ: mola propulsora..., 1951, p.24),

Vários foram os personagens que construíram a história do café segundo Pozzobon (2006):

- O fazendeiro, dono de grandes propriedades onde muitas famílias trabalhavam;

- O sitiante, “aquele que tem seu rendimento básico a partir da atividade agrícola em pequenas propriedades, utilizando ou não a força de trabalho da família” (POZZOBON, 2006, p.101);

- O maquinista, que “comprava o café em coco, beneficiava, preparava conforme a exigência do mercado ensacava e vendia aos exportadores ou órgãos e faturava ao órgão oficial [...]” (POZZOBON, 2006, p.107);

- O ensacador, que carregava as sacas sobre a cabeça;
- A catadeira, que separava os grãos de café com defeitos;
- O corretor - o indivíduo que era uma espécie de intermediário entre o produtor e o mercado comprador;
- Os líderes, “[...] defensores dos interesses da produção e competentes reivindicadores” (POZZOBON, 2006, p.110);
- O bóia-fria, era o trabalhador rural que trabalhava na lavoura, mas não possuía terra própria. Saía cedo de casa, pois morava na periferia da cidade, e levava sua refeição num recipiente, para comer ao almoço, onde este já estava frio;
- As mulheres que, além de terem o trabalho rotineiro do lar, também eram convocadas para ajudar no campo. Destaca o autor: “Nada do que se construiu no Paraná teria sido possível sem a cooperação das mulheres, embora lhes custasse o envelhecimento precoce” (POZZOBON, 2006, p.60).

De acordo com Alves (2002), na década de 40 não havia quase sinais de pobreza, mas na década de 50 já era mais visível este problema. Uma prova disso foi o aparecimento da primeira favela. O processo de “favelização” cresce entre a década de 60 e 70, surgindo o trabalhador volante, “o bóia-fria”. Daí pra diante, o café começa a ser substituído por outras lavouras, como o trigo e a soja (ARIAS NETO, 1998, p.246).

Segundo Pozzobon (2006), além da geada, os agricultores enfrentavam outros problemas que castigavam as plantações, tais como, o fenômeno da seca, a ferrugem e, também, o ataque das pragas. O autor, ainda, comenta sobre as alterações no mercado do café como sendo fator propício para o desemprego, sentido bastante pelos imigrantes que vinham à procura de enriquecer na “terra prometida”, acrescenta Alves (2002). Com este panorama surgiram nas décadas de 40 e 50 as primeiras entidades e associações filantrópicas para assistir os pobres (ALVES, 2002), destacando-se o Asilo São Vicente de Paulo.

3 RETRATOS DE UMA INSTITUIÇÃO ASILAR

Vimos, em páginas anteriores, como através dos tempos, desde o seu início até aos dias de hoje, a economia da região londrinense teve oscilações com períodos de euforia (havia emprego para todos e girava muito dinheiro) e épocas de grande desalento, levando imensas famílias a mudar drasticamente suas vidas.

O rápido crescimento da Cidade ocasionou o aparecimento dos primeiros sinais de problemas sociais, a pobreza e a miséria (ALVES, 2002). Decorrente de tal circunstância, a autora abaixo citada, relata a reação das pessoas frente a esses problemas:

Mas por que a miséria provoca uma reação desagradável nas pessoas? Porque ela está fora da ordem admitida como normalidade para o progresso tanto da cidade como das pessoas que nela residem. As mazelas sociais não são vistas com bons olhos pelo cidadão comum. Coxos, mutilados e pedintes esfarrapados enfeiam os cartões postais das cidades em plena prosperidade (ALVES, 2002, p.161).

Diante dessa questão, houve – como já foi observado em termos gerais - a necessidade de acolher as pessoas, as famílias e os doentes que muitas vezes não tinham lugar onde ficar. Algumas iniciativas começaram, portanto, a surgir. Entre elas, o Asilo São Vicente de Paulo. Desde o início de sua história até aos dias de hoje muitas foram as personalidades conhecidas e até mesmo os anônimos, que deram de si, para alentar e proporcionar o bem-estar na medida do possível a quem precisasse.

Em 1941, Sr Arthur Tomas diretor da CTNP, fez a doação, aos vicentinos, de duas datas no centro da cidade, com o objetivo de construir um lugar para os idosos. Essas terras foram vendidas e logo em seguida comprou-se um terreno de cinco alqueires de um casal de alemães perseguidos na segunda grande guerra, num local afastado do centro.² Continua a autora ainda, destacando a construção de algumas casas para abrigar famílias pobres, entre 1946 e 1948 (ALVES, 2002, p. 411).

² Este terreno adquirido pelos Vicentinos, está localizado na região sul de Londrina, no Bairro Bela Suíça (ANEXOS 1e 2).

Em 1955 iniciaram a construção de um complexo que serviria para abrigar os idosos (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1955), que no ano seguinte, já estava quase pronto como consta do relatório:

O conselho além das atribuições que lhe dizem respeito em relação à vida vicentina na cidade, continuou a cuidar das obras do asilo em construção, achando-se já coberto na sua totalidade o pavilhão principal, para velhos e velhas. Na parte central do mesmo, destinada à cozinha que servirá para as duas secções, instalou-se uma capela, onde a Santa Missa é celebrada todos os terceiros domingos do mês. Acha-se em fase de adiantamento e com uma parte quase terminada e que será ocupada dentro de alguns dias, a parte destinada às irmãs que futuramente deverão dirigir o asilo. Até que fiquemos em condições de cogitar a vinda das irmãs, estamos procurando obter uma professora de educação social para ir cuidando das famílias que residem nas 8 casas de alvenaria existentes no asilo, bem como, numas antigas casinhas de madeira, tendo ali cerca de 70 pessoas aproximadamente. Também já estava funcionando regularmente a escola Frederico Ozanam³, de propriedade do asilo, com duas professoras custeadas pela Prefeitura Municipal (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1956).

Em 1957, D. Geraldo Fernandes⁴ foi empossado como primeiro bispo de Londrina e, onde nesse ano, pediu aos vicentinos que a construção do complexo que estava em andamento para abrigar os idosos, fosse cedida para atender as crianças necessitadas (ALVES, 2002, p.412)⁵. Deste modo, foi inaugurado o Lar Santo Antônio⁶, onde o trabalho com as crianças foi iniciado com a chegada das Irmãs da Congregação das Missionárias de Santo Antônio Maria Claret, que posteriormente, receberam uma grande ajuda da confraria das Damas de Caridade⁷. No entanto, ao final desse ano, iniciaram as obras de construção dos dormitórios, concluídas em junho de 58 (LO CONDE, 2007).

Segundo Lo Conde (2007), quando as Irmãs chegaram em 1957, o lugar denominava-se Vila Vicentina e era formado por cinco casinhas perto da entrada do terreno, onde estavam alojadas famílias nordestinas e outras quatro pequenas casas dispersas com idosos e seus filhos ou idosos com parentesco de irmãos.

³ A escola situava-se onde hoje funciona a Paróquia São Vicente de Paulo.

⁴ Fundou com a Madre Leônia Milito a “Congregação das Missionárias de Santo Antônio Maria Claret”, em 19/03/1958 (Gonzales Neto, José Garcia. História da Congregação das Missionárias de Santo Antonio Maria Claret. São Paulo: Ave-Maria, 1992, p.113).

⁵ Entrevista realizada a José Schietti, em Londrina, 29/04/2002, concedida a Jolinda de Moraes Alves.

⁶ Atualmente denomina-se “Centro Educação Infantil Santo Antônio”.

⁷ A confraria das Damas de Caridade fundada por São Vicente de Paulo, teve a primeira associação em Bresse na França (Rego, Mons. R. C. Vida de São Vicente de Paulo. Rio de Janeiro: Jornal do Comércio, 1956. p.23).

Assim sendo, as Irmãs Madre Leônia Milito⁸, Madre Eucarística Lo Conde e Madre Imaculada, começaram a dar assistência aos moradores das casas e às crianças do Lar Santo Antônio (LO CONDE, 2007).

A 20 de Abril de 1958, foi elaborado um termo de abertura do livro de matrícula dos internos do asilo pela Madre Tarcísa, sendo ainda a própria instituição frequentemente visitada pela Madre Leônia Milito, que era a Madre Superiora Geral⁹. Já na época, o local além de ser conhecido por Vila Vicentina, também era comumente chamado de Casa dos Velhinhos e, também, de Asilo São Vicente de Paulo (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1958).

Em 1960, o Lar Santo Antônio e a Casa dos Velhinhos eram dirigidas pelas Irmãs Missionárias de Santo Antônio Maria Claret e a mantenedora era a Sociedade de São Vicente de Paulo (ALVES, 2002, p.412).

Nesse ano, as famílias foram transferidas para outras casas populares adquiridas pelos vicentinos em outro terreno. As cinco pequenas habitações foram reformadas e limpas para abrigar os idosos, dois em cada quarto (LO CONDE, 2007).

Londrina, no início dos anos 60, convivia com os problemas sócio-econômicos advindos da geada da década anterior, de prolongada seca e também das mudanças que se processavam no uso da terra agrícola. Esta crise na agricultura afetou a sociedade, em especial atingindo as faixas etárias consideradas improdutivas: a infância e a velhice. [...] Se até então Londrina não tinha convivido com crianças e idosos perambulando pelas ruas em busca de alimentação e vestuário, isso passou a ser comum. A camada mais sofrida foi a dos idosos que, além de não poderem garantir a própria manutenção, pelas privações então sofridas, se tornaram sensíveis às doenças. [...] Muitos, no fim da vida, sem cuidados familiares, doentes e sem qualquer outro amparo, encontram nas ruas sua condição de sobrevivência. Era impossível fechar os olhos a essa dura realidade. (LOPES, Antônio, 2006)

Lo Conde (2007) acrescentara já, anteriormente, que “as famílias vinham trabalhar para a lavoura de café e, às vezes, dava geada e não tinham trabalho. As

⁸ Nasceu a 23/06/1913, em Sapri, na província italiana de Salerno. Ingressou na vida religiosa em 1935 e chegou ao Brasil em 1954. Veio para Londrina em 1957, em que fundou a Congregação das Missionárias de Santo Antônio Maria Claret, junto com D. Geraldo Fernandes. A 02/02/1959 foi nomeada “Fundadora responsável”. Em Londrina, dedicou-se às crianças e velhos pobres e enfermos, do Lar Santo Antônio e Asilo São Vicente de Paulo, respectivamente. Acompanhou com muita alegria e entusiasmo o desenvolvimento da obra, que é um sonho se tornando realidade: o amparo aos “pobres mais pobres”. Faleceu a 22/07/1980 num grave acidente automobilístico perto de Londrina. Está em andamento o seu Processo de Beatificação (Lo Conde, 2007).

⁹ O termo de abertura e as visitas canônicas estão registradas no Livro de Matrícula dos internos do asilo S.V.P. 1958 – 1975.

famílias abandonavam, então, os idosos. A prefeitura e o centro social achavam os velhinhos e traziam-nos pra cá” (LO CONDE, 2007).

O Lar e o Asilo dependiam de doações, que eram mantidos com muita dificuldade e recebiam alguns subsídios; porém, a verba federal naquele ano, foi bastante diminuta com relação às demais. Assim, no relatório de 1963, os Vicentinos relatam a eficiência das Irmãs na administração do Asilo:

Pelo quadro acima e pelo movimento financeiro à parte, verifica-se que somente as irmãs de caridade, dotadas de espírito cristão e grande capacidade administrativa, poderiam conseguir este autentico milagre, zelando de tantas pessoas, com verba irrisória e com notável cuidado (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1963).

Contudo, dependendo da situação financeira, com o passar do tempo ia-se melhorando e ampliando as casas, que logo começaram a ficar pequenas pela grande procura. Nos relatórios pode-se observar o aumento do número de idosos, ano após ano. Em 27 de Setembro de 1964 foi inaugurada oficialmente a instituição com o nome de Asilo São Vicente de Paulo de Londrina (LOPES, Antônio, 2006), um grande complexo para abrigar os idosos, com capacidade para 150 pessoas (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1965). No ano seguinte, foi fundado o Conselho Diocesano de Obras Unidas à Sociedade de São Vicente de Paulo, que incluía o Lar Santo Antônio e o Asilo São Vicente de Paulo (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1966).

O Asilo recebia uma grande ajuda de todos os setores da sociedade:

É nosso dever salientar que, para a realização desta grande obra que é o Asilo dos Velhinhos, temos recebido um apoio incondicional de Sua Excia. Revma. D. Geraldo Fernandes, que dedica todo carinho e atenção à mesma, bem como de todo Clero, dos Poderes : Federal, Estadual e Municipal, com suas valiosas subvenções e do povo de londrina em geral, sempre solícito em colaborar com todas as campanhas empreendidas pelos vicentinos (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1967).

Complementando o relatório, Lo Conde (2007) afirma que “o povo de Londrina sempre foi muito sensível, a gente encontrava a porta e o coração abertos”. Uma prova disso foi o sucesso obtido na “campanha dos 200.000 tijolos” em 1968, que possibilitou terminar a estrutura dos dois pavimentos (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1968).

A intenção de terminar a obra em 1969 não se concretizou devido ao número reduzido de pessoas que nela trabalhavam - apenas duas (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1969).

Em 1972, as obras chegam ao término, faltando pequenos acabamentos e a introdução do mobiliário nos cômodos da instituição. Neste mesmo ano foram iniciadas as obras para construir um reservatório de água subterrâneo para 50.000 litros e uma caixa elevada para 15.000 litros de água, tendo como objetivo eliminar o angustiante problema da falta de água. Ainda foi construído o compartimento destinado à lavanderia, cujo maquinário já tinha sido comprado (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1972).

Quase todos os idosos que moravam nas casinhas, foram transferidos para o novo empreendimento. Segundo Lo Conde (2007), nas antigas cinco casas permaneceram os “paralíticos” e pessoas com problemas graves de saúde, abrigando até 40 idosos (que no início eram poucos, mas gradualmente seu número foi aumentando).

O terreno foi limpo e nele plantado paina e abacateiro; com o auxílio da prefeitura, fixaram-se árvores e fez-se um bosque ao lado do instituto. Ao fundo plantaram-se laranjeiras, montou-se uma horta perto da caixa d’água velha e criaram-se porquinhos e galinhas (LO CONDE, 2007).

A 11 de Março de 1973, José Aparecido Fidelis assumiu a nova presidência do Conselho Central de Londrina da Sociedade de São Vicente de Paulo, depois de dez anos de cargo de Antônio Faria Netto. Logo em Junho, conseguiu inaugurar o Asilo já com o mobiliário colocado em todos os compartimentos e com tudo pronto para proporcionar aos idosos necessitados o máximo de dignidade na nova moradia. Várias foram as personalidades que estiveram presentes para prestigiar o acontecimento tão esperado, como conta um trecho do relatório do mesmo ano:

Com a graça de Deus conseguimos como primeiro ato do nosso mandato, logo após a nossa eleição e posse, participar da inauguração do nosso sonhado Asilo, obra concluída graças aos esforços do nosso antecessor Antônio Faria Netto e o do Confrade Presidente de Departamento de Obras Unidas, Florindo Fabiano, que sempre contaram com a ajuda dos demais vicentinos e do bom povo de nossa região. Para a alegria nossa, contamos no ato da inauguração com a presença do Revmo. Arcebispo D. Geraldo Fernandes e de mais autoridades municipais e estaduais, além do Confrade Godofredo Rovorêdo, digníssimo presidente do Conselho Metropolitano de Curitiba, órgão máximo da Sociedade em nosso Estado. Que Deus derrame suas bênçãos sobre todos aqueles que de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão daquela casa tão necessária à nossa

Diocese e, que veio trazer para aqueles que lá vivem um pouco mais de conforto, propiciando a outros que, ansiosamente aguardavam, um lar acolhedor nos últimos anos de sua vida (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1973).

O confrade Antônio Faria Netto dedicava-se à caridade, era um “vicentino de alma e corpo”, considerado o “braço forte das irmãs” pelas grandes ajudas prestadas (LO CONDE, 2007).

No relatório, o presidente do Departamento Diocesano de Obras Unidas à Sociedade São Vicente de Paulo de Londrina, Florindo Fabiano, reitera a inauguração nesse mesmo ano, no mês de Junho, e alude à participação das Irmãs:

Após a solenidade, o Asilo foi aberto à visita pública, tendo causado ótima impressão aos visitantes, porquanto, além da sua construção ser de material de primeira qualidade os móveis terem sido adquiridos com o mesmo cuidado; fazia gosto verificar o capricho das Irmãs, que organizavam tudo com o carinho que lhes é peculiar (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1973).

E ainda acrescenta:

Está, pois, o Asilo dos velhos em pleno funcionamento, proporcionando conforto e tranquilidade a um grande número de velhinhos, sob a direção das extraordinárias Missionárias de Santo Antônio Maria Claret, cuja dedicação merece o aplauso unânime de todos os vicentinos (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1973).

Semanalmente, desde essa época até aos dias de hoje, comparecem no Asilo cinco vicentinos encarregados de cortar o cabelo e fazer a barba aos idosos e, ao mesmo tempo, descontraí-los.

Em 1974, a instituição atingira a sua capacidade total, tendo-se celebrado a assinatura de um convênio com a Irmandade da Santa Casa de Londrina para o Asilo receber os doentes crônicos em troca do hospital, oferecer assistência aos idosos e manter, com horário integral, um enfermeiro no setor masculino e uma enfermeira no feminino. Neste período já se projetava a construção de um complexo para instalar a barbearia, lavanderia e sala de passar a roupa (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1974). No ano seguinte, iniciou-se essa obra, além da reforma dos corredores e dos banheiros. Nos primeiros, foi colocado vidro para evitar a entrada de água da chuva e os usuários continuarem a ter a boa iluminação natural da luz do dia; os banheiros foram adaptados para os idosos portadores de necessidades especiais (LO CONDE, 2007).

Já neste ano havia a preocupação de realizar atividades para os idosos conforme é relatado:

Segundo opiniões dos visitantes do Asilo, quase unânimes em afirmar que, pelas suas instalações, pelo zelo, carinho e atenção que são dispensados pelas Irmãs que lá trabalhavam, a nossa casa, para os internos, é uma das melhores em nosso Estado. Entretanto, achamos que falta 'algo mais'. Raramente, nota-se entre os velhos conversação animada ou mesmo discordância de opiniões sobre qualquer assunto, estando muito parados, tristes, desligados, como que à espera do derradeiro dia (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1975).

Entretanto, ocorreu um acontecimento que mudou o rumo da cidade e de milhares de famílias: “a geada negra” que afetou drasticamente as plantações de café, como já foi descrito no capítulo anterior. Várias frases de Lo Conde (2007) registram as dificuldades da população:

Foi muito triste, houve pânico geral e queimou todo o café. Alguns fazendeiros arrancaram tudo de uma vez, pois queimou até à raiz. Houve muitas pessoas passando fome. As fazendas tinham muitos empregados e essas pessoas ficaram perdidas, ficaram sem emprego de repente. Alguns velhinhos estavam com as famílias, mas elas não tinham condição de sustentá-los, aumentando assim o número de velhinhos no asilo. O próprio estado passou muita necessidade. Os filhos vinham pedir para o idoso ficar; alguns provisoriamente, outros definitivamente. Via-se muita gente desamparada; do campo vinham para a cidade à procura de emprego. Havia muita gente nas ruas. Muita gente que vinha do Nordeste, não tinha família. Chegavam de fora, do Nordeste e de outros lugares e não achavam emprego, ou estavam doentes.

Devido a este acontecimento, o Asilo teve alguns problemas, pois as doações de cereais diminuíram significativamente, embora felizmente, o resto das doações não. Isto porque muitas pessoas que ajudavam a Instituição moravam na cidade (LO CONDE, 2007).

A Madre acrescenta, mais, que o Parque Guanabara começou a desenvolver-se, apareceram as escolas, casas e prédios. Este desenvolvimento deve-se ao surgimento do asfalto na maioria das ruas da cidade.

Nos relatórios dos vicentinos também está registrado no início da década de 70, a campanha do “Dia do Calor Humano”, em que eram distribuídos cobertores para o Asilo (ARQUIDIOCESE DE LONDRINA, 1971).

Segundo Lo Conde (2007) e Sá (2007), a dada altura as pequenas casas já não tinham condições de abrigar os idosos, como consta no documento elaborado por Lopes, Antônio (2006):

Dado às precárias condições em que se encontravam as primeiras casinhas construídas, que abrigavam os idosos, doentes e acamados, a Sociedade Vicentina, sob a Presidência do confrade José Borsato, atendendo um forte apelo e anseio da Madre Eucarística Lo Conde, aceitou o desafio de iniciar a construção de nova ala para atender os idosos em estado de saúde fragilizada ou já acamados.

No lugar onde havia uma horta cuidada pelos idosos, começou a construção da enfermaria. Em 07 de Abril de 1991, foi lançada a sua pedra fundamental e foi-lhe dado o nome de “Ala São José”.

Os vicentinos fizeram as campanhas, muita gente de Londrina ajudou com material e dinheiro. Terminando a primeira parte da construção, que foi o setor masculino, houve um grande churrasco, cujos convidados foram as pessoas que ajudaram (SÁ, 2007).

A 07 de Dezembro 1996, foi a inauguração¹⁰ e, pouco tempo depois, as antigas casas foram demolidas (LO CONDE, 2007).

Com uma ala nova, os idosos mais doentes tiveram um lugar de maior dignidade para serem atendidos. O local foi preparado com uma estrutura própria, com adaptações e seus cômodos dispostos organizadamente para facilitar o atendimento destas pessoas idosas mais dependentes. Para isso também foram contratados cuidadores leigos, que tinham a tarefa de atuar nas atividades da vida diária e serviços gerais. Segundo Molari (2002, p.50) a maioria destes cuidadores era do sexo feminino (78%) e possuía o ensino fundamental (64%).

No final da década de 90, alguns cursos da área da saúde da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), começaram a ter uma maior atuação na instituição, contribuindo com estágios curriculares, projetos de pesquisa e projetos de extensão.

Em Outubro de 2001, o Asilo São Vicente de Paulo recebeu a visita da Comissão de Direitos Humanos para uma avaliação das condições de vida dos idosos. Na conclusão do relatório, a instituição foi considerada como tendo “um bom padrão” (BRASIL, 2002). Mesmo com esta avaliação positiva, no documento pode-se verificar as dificuldades que a instituição tinha para se manter: “O asilo recebe verbas públicas (5mil reais da prefeitura) e recolhe dos internos 126 reais/mês. O total de suas despesas mensais fica em torno dos 20 mil reais”. Contudo,

¹⁰ Placa comemorativa do lançamento da pedra fundamental e de inauguração da Ala São José.

aproximadamente 20% dos residentes não contribuíam porque não tinham aposentadoria ou outro tipo de benefício (LOPES, 2007).

Com a aprovação de novas leis, houve a preocupação por parte da diretoria, dos técnicos e da equipe de serviço social, em resolver os assuntos relativos à situação dos idosos, segundo o relato de Lopes (2007)

São de considerar, também, os avanços devidos à legislação: desde 1988 a Constituição Federal, em 1994 a Política Nacional do Idoso, recentemente o Estatuto do Idoso, o SUAS e a ANVISA, vieram garantir um melhor atendimento e assegurar os direitos dos idosos.

A inclusão da nova equipe do serviço social em 2003 veio servir de alavanca para a organização e direcionamento de todos os assuntos internos do asilo. Em 2004, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) aderiu com o “Projeto Comunitário” (LOPES, 2007), favorecendo ainda mais a intergeracionalidade, atividade já desenvolvida pela UNOPAR.

Começaram a ocorrer mudanças no quadro de pessoal, tendo sido contratados colaboradores mais especializados, como: uma enfermeira padrão e auxiliares de enfermagem, para realizar o trabalho antes desenvolvido pelos cuidadores.

Em 2007 a Secretaria Municipal do Idoso repassou recursos financeiros, aprovados pelo Conselho Municipal do Idoso. Este apoio financeiro, veio agilizar a continuidade das modificações que estavam decorrendo na instituição (LOPES, 2007).

Os apoios financeiros possibilitaram reparações na estrutura física. O que chama mais a atenção para quem visita o asilo foram as pinturas na Ala São José ou enfermaria, como se pode notar nas palavras de Lopes (2007):

O ambiente mudou para melhor: tivemos as pinturas da Ala 2, com rosa no setor feminino e verde limão no masculino. Isso melhorou a auto-estima do idoso, transformando aquele visual de hospital que vem à mente dos idosos e de outras pessoas, numa aparência de lar. O lugar tornou-se mais acolhedor, agradável e envolvente.

Ainda de acordo com Lopes (2007), nesse ano o Asilo São Vicente de Paulo foi registrado no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso e, além disso, foi reforçado o serviço de rede entre as instituições citadas anteriormente, a Secretaria da Saúde e os outros asilos filantrópicos, procurando desenvolver um trabalho mais articulado e organizado no município.

A comunidade também teve, nessa situação, uma grande importância e esteve sempre presente no voluntariado, nas doações de mantimentos, nas festas juninas e nas ações entre amigos (LOPES, 2007).

Alguns projetos vieram melhorar o atendimento dos residentes, tais como: ação interdisciplinar, capacitação de funcionários, com o voluntariado, com a família e outros projetos de acordo com cada área de atuação (LOPES, 2007).

Desde o começo do funcionamento da instituição, vêm, portanto, ocorrendo profundas reformas em todos os sentidos, para tentar acompanhar os acontecimentos e mudanças na sociedade, visando suprir o objetivo principal: acolher da melhor forma o idoso vulnerável socialmente.

4 A UNIVERSIDADE E O ASILO

No segundo semestre do ano de 1999, o Curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná sob coordenação do Professor Ruy Moreira da Costa Filho, atualmente também diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNOPAR, assinou um convênio com o Asilo para iniciar o estágio curricular. Nesse semestre o curso efetuava um projeto de extensão com os alunos do 3º ano da disciplina aplicada à geriatria.

Em 2000, teve início o estágio curricular com atendimento diário, no período matutino e vespertino, até aos dias de hoje. São realizados por ano 5000 (cinco mil) atendimentos individuais e 80 (oitenta) terapias de grupo aproximadamente, e já passaram pelo estágio 600 (seiscentos) alunos (FISIOTERAPIA: dez anos..., 2007, p.20). Até então, o atendimento aos idosos era realizado semanalmente por um Fisioterapeuta voluntário (REIS, 1989).

Como já foi mencionado no capítulo anterior sobre o relatório da visita realizada pela Comissão de Direitos Humanos, neste consta ainda, que “o asilo é campo de estágio para a Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), o que lhe assegura a presença de vários formandos em múltiplas disciplinas” (BRASIL, 2002). Também já foi referido anteriormente, a instituição foi considerada com “um bom padrão”. A nota positiva recebida pelo relatório, deve-se ao grande empenho da administração da instituição, da comunidade e à grande contribuição dispensada pelo curso de Fisioterapia e demais cursos da universidade. Este é um dos projetos de ação de responsabilidade social da universidade, com o objetivo de beneficiar a comunidade. “É um instrumento que o tecido produtivo tem à sua disposição para promover uma maior articulação com a comunidade onde as empresas estão inseridas” (MULS; SOARES, 2007, p.67).

No ano de 2003, iniciou-se um projeto elaborado pela Assistência Social do asilo, denominado “Ação Interdisciplinar do Trabalho com o Idoso no Asilo São Vicente de Paulo”, que “envolve os profissionais em um trabalho articulado, visando melhoria integral na qualidade de vida do idoso, resultante de uma postura interdisciplinar”. Neste projeto, a Fisioterapia está bastante atuante e os respectivos alunos aprendem a atender o idoso numa ação conjunta com profissionais e acadêmicos de outras áreas.

A revista da UNOPAR (MATURIDADE precoce, 2003, p.29), numa entrevista à Irmã Tereza de Jesus Brasi¹¹, fez o seguinte registro: “[...] ela conta que lutou muitos anos para conseguir que fosse implantado um projeto de fisioterapia no lugar”, uma vez que, grande parte dos internos tem uma ou mais doenças crônicas, físicas e/ou psíquicas, e, ainda, graves problemas sociais.

Atualmente, além do estágio supervisionado, os alunos do Curso de Fisioterapia, participam de diversas atividades curriculares e extracurriculares, tais como projetos de pesquisa abordando temas sobre o envelhecimento, nas disciplinas de Geriatria Clínica e Fisioterapia aplicada à Geriatria, a “Prática Integrada” e o Projeto de Extensão “Vivenciar o Envelhecimento”.

Todas estas atividades são realizadas antes dos alunos ingressarem no estágio. As duas últimas, são realizadas no Asilo, onde o aluno já começa a ter contato com os idosos. A “Prática Integrada”¹² está em consonância com a disciplina de Fisioterapia Aplicada à Geriatria, onde o aluno do 6º semestre começa a observar de perto e a entender, o idoso no seu processo de envelhecimento e, as doenças que podem acompanhá-lo. Contudo, inicia uma avaliação direcionada, para posteriormente planejar os objetivos visando à prevenção e ao tratamento e, por conseguinte, definir os métodos e técnicas fisioterapêuticas mais indicadas para cada indivíduo idoso.

O Projeto de Extensão “Vivenciar o Envelhecimento” que iniciou em 2002, tem os seguintes objetivos:

Realizar vivências sobre o processo de envelhecimento e fornecer aos alunos de Fisioterapia conhecimento sobre as alterações que ocorrem durante ele, aprimorar as atitudes no decurso do atendimento e no contato com os idosos na vida cotidiana, bem como estimular o interesse pela Gerontologia (BISPO; LOPES; GROSSI, 2005, p.272).

Neste projeto, participam os alunos do 1º e 4º anos, nele representando os primeiros o papel do idoso através de simulações das dificuldades físicas, sensoriais e ambientais, que são limitações quase sempre enfrentadas pelos idosos. Os outros, são responsáveis pela preparação do cenário e pela condução das simulações. No final, os alunos vão confraternizar com os idosos para observar os aspectos vivenciados.

¹¹ Na época da entrevista, a Irmã era responsável pela saúde dos idosos no asilo.

¹² Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia (2001).

Cabe ressaltar também, a participação dos alunos do Curso de Fisioterapia no II Encontro do Idoso da UNOPAR em Outubro de 2005, no Dia Internacional do Idoso, realizado na própria Universidade. Além de contribuírem numa palestra sobre “Prevenção de quedas”, colaboraram num mini-curso para idosos, sobre “Orientações para o idoso que viaja”, efetuado no interior de um ônibus, simulando uma viagem. O intuito deste mini-curso foi ensinar posturas adequadas e exercícios recomendados nas viagens, para prevenir o mal estar físico e psicológico durante e após as viagens. Os residentes do Asilo não estiveram presentes, mas para os alunos foi importante o contato com os idosos numa situação diferente e inovadora.

Com esta participação bastante ativa, o Curso de Fisioterapia já faz parte da história do Asilo São Vicente de Paulo. Mas, para o “olhar” dos idosos da instituição, esta atuação tem muito mais que um valor histórico, tem um interesse significativo para a vida deles: Na realidade, todas as atividades relacionadas ao tema do envelhecimento, têm um grande alcance para a formação profissional e humana do aluno. Nessa atuação no estágio curricular, podem com efeito, aplicar o que aprenderam quando atenderem as pessoas idosas, seguindo os princípios do “movimento *continuum*”.

5 O “MOVIMENTO *CONTINUUM*” INFLUENCIANDO OS IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO

O conceito de movimento é utilizado por diversas profissões. Cott *et al.* (1995) elaborou uma teoria específica para a Fisioterapia, que compreende os aspectos físicos e patológicos do movimento, considerando os fatores psicológicos, sociais e ambientais. Recebe a denominação de “Teoria do Movimento Continuum” que é constituída por oito princípios (COTT *et al.*, 1995):

- O movimento é essencial para o ser humano;
- O *continuum* do movimento;
- Os níveis do “movimento *continuum*” são interdependentes;
- Os aspectos influenciadores do “movimento *continuum*”;
- A existência da Capacidade Máxima de Movimento Alcançável (CMMA);
- A capacidade de movimento preferida (CMP) e a capacidade de movimento atual (CMA);
- O potencial dos fatores patológicos;
- O foco da Fisioterapia.

Cada princípio citado acima, será detalhado, visando fundamentar as referências que abordam aspectos pertinentes na rotina dos idosos do Asilo São Vicente de Paulo.

5.1 O MOVIMENTO É ESSENCIAL PARA O SER HUMANO

Neste item, foram introduzidos alguns conceitos de movimento nos pontos de vista de vários autores:

Na visão dos anatomistas, Moore e Dalley (2001, p.5), “os movimentos ocorrem nas articulações onde dois ou mais ossos ou cartilagens se articulam uns com os outros”. Na concepção de Roberts (1967 apud ESBÉRARD, 1980) define-se o movimento como “o processo que leva o organismo a modificar sua posição no espaço: basicamente, todo movimento é sempre uma modificação de postura”.

No entendimento de Kandel, Schwartz e Jessel (1997, p.523) “os movimentos estão controlados por sistemas motores do encéfalo e da medula

espinhal que nos permitem manter a postura e o equilíbrio, mover o corpo, as extremidades, os olhos e comunicarmos mediante a fala e os gestos”.

Segundo Shumway-Cook e Woollacott (2003, p.2), o movimento depende da interação entre o indivíduo, a tarefa e o ambiente: “O indivíduo produz um movimento para obedecer às demandas da tarefa que está sendo executada dentro de um ambiente específico”.

Ao contrário do movimento, a adinamia não pode ser considerada um projeto de vida nem representar a idéia de bem estar e da utilização do tempo através da ação. O movimento permite o ato de realizar, conhecer, compreender, melhorar, transferir e, definitivamente, mudar e fazer coisas novas. O indivíduo que se move e está ocupado, sabe que caminho seguir para realizar projetos, para alcançar metas e vencer as dificuldades (YTARTE, 2006, p.384).

Na opinião do autor da teoria, “o movimento permite mudar de posição, ir de um lugar para outro, explorar seu ambiente físico e social, procurar suas necessidades básicas, o alojamento, as companhias, o conhecimento e fazer suas escolhas” (COTT *et al.*, 1995).

5.2 O CONTINUUM DO MOVIMENTO

O movimento ocorre sobre um *continuum* desde o plano micro até ao macro. A denominação “micro” representa os fatores biológicos e fisiológicos do corpo humano, e o termo “macro”, engloba os elementos ambientais e sociais (COTT *et al.*, 1995).

Existe uma cadeia contínua de componentes individuais denominados de níveis: molecular, sub-molecular, celular, tecidual, aparelhos e órgãos, segmentos do corpo, o corpo como um todo, a pessoa no ambiente e o indivíduo na sociedade (COTT *et al.*, 1995).

5.3 OS NÍVEIS DO “MOVIMENTO CONTINUUM” SÃO INTERDEPENDENTES

Cada nível é influenciado por outros, sejam eles anteriores e/ou posteriores. A interferência de um nível sobre o outro, tanto pode ser no sentido micro para o macro, ou vice-versa, do macro para o micro.

Dois exemplos que Cott *et al.* (1995) apresenta na sua teoria, são bastante comuns na instituição. O primeiro quando o indivíduo é acometido por AVE, a lesão afeta estruturas anatômicas que vão comprometer a marcha e, conseqüentemente, afetar a locomoção na comunidade. Neste caso, o sentido da influência dos níveis de movimento é iniciado no nível micro para o macro. Já no segundo, dá-se a situação do idoso não se mover livremente no ambiente onde se encontra, afetando a integração e coordenação de movimento, levando à atrofia muscular e diminuindo a proteína contrátil. Aqui, a influência começa do nível macro para o micro. Portanto, a relação entre os níveis do *continuum* pode ser alterada em ambas as direções.

5.4 ASPECTOS INFLUENCIADORES DO “MOVIMENTO CONTINUUM”

Os níveis do “movimento *continuum*” são influenciados por fatores internos (que abrangem o aspecto físico e o psicológico) e por fatores externos (que incluem o social e o ambiental). O movimento não ocorre isolado, visto que os quatro fatores têm uma grande ligação e interferem sobre o controle do movimento individual. Neste tópico será abordado primeiro o aspecto ambiental, pela importância de situar o idoso na instituição (COTT *et al.*, 1995).

5.4.1 O Ambiente

5.4.1.1 Reflexões sobre o espaço asilar

A denominação “asilo” ainda é muito utilizada pelas pessoas e pela imprensa, quando se referem às instituições para idosos (BORN; BOECHAT, 2006, p.1132). Esta palavra (do grego *asylon*, através do latim *asylum*) cujo significado é “refúgio”, designa o local onde a pessoa se sente amparada, protegida, ao abrigo de possíveis agravos e danos de qualquer natureza (KÜBLER-ROSS, 2005).

Goffman (2005) denomina este tipo de instituição de “Instituições Totais”, ou seja, lugares fechados onde o idoso leva uma vida administrada formalmente, simbolizados pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico. O autor afirma, ainda, que as instituições que apresentam estas características presenciam mudanças

radicais na “carreira moral”¹³ dos idosos, dentre as quais podemos citar dois exemplos: a “mutilação do eu”¹⁴ e a “morte civil”¹⁵.

Todavia, o termo “asilo” começa a ser substituído por outra expressão já bastante divulgada em congressos, jornadas e no meio científico, que é “Instituições de Longa Permanência para Idosos” (BORN; BOECHAT, 2006, p.1132). São elas definidas como instituições governamentais e não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (Regulamento Técnico para o Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos – RDC nº 283, de 26 de Setembro de 2005).

A maioria das instituições que não visam lucro, pois têm caráter filantrópico mantidas por associações religiosas (BORN; BOECHAT, 2006). Diversas situações envolvem o idoso institucionalizado, tais como: o processo de internação, o fator econômico, os contatos com a família, a interação entre os residentes, a vida sexual e afetiva, a rotina diária, a liberdade e as restrições, problemas de pessoal, a equipe multidisciplinar, o ambiente físico, a recuperação e a valorização da autonomia, os contatos com a comunidade, as doenças e a morte e o morrer (BORN, 1999).

Geralmente, os idosos que residem nas instituições são frágeis e apresentam múltiplas deficiências ou doenças incapacitantes, tais como: acidente vascular encefálico, depressão, doença vascular coronária, diabetes, demências, infecções respiratórias, osteoporose, fraturas, etc (MANGIONE, 2002, p.421).

Importante destacar que muitas Instituições de Longa Permanência para Idosos oferecem uma assistência precária e inadequada devido à escassez de pessoal qualificado na área da saúde e serviços gerais (ARAÚJO; COUTINHO; SALDANHA, 2006, p.226).

Apesar de algumas críticas que se faz às instituições, constatou-se em estudos internacionais que a violência familiar é a forma mais freqüente de abuso contra idosos (MINAYO, 2004). Estes estudos mostram que 90% dos casos de violência e negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares

¹³ Termo usado pelo autor para designar as crenças que o idoso tem de si próprio e em relação aos outros e, que são significativos para ele. Ao entrar numa instituição, ocorrem mudanças que podem ser não intencionais, ocasionando a mortificação do eu.

¹⁴ As restrições de visitas ou o impedimento das saídas para o exterior das instituições, ocasionam uma ruptura nos papéis anteriores desempenhados pelo indivíduo, tanto os realizados nos afazeres rotineiros, como os relacionados com o outro.

¹⁵ É a perda permanente de tratar de alguns assuntos legais.

(CHAVEZ, 2002; KLEINSCHMIDT, 1997 apud MINAYO, 2004, p.36). Pesquisadores da FIOCRUZ, ao investigarem a violência no cotidiano dos idosos, notaram que 54% dos agressores eram filhos ou enteados (PESQUISADORES analisam violência..., 2006). Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), das 1500 notificações feitas no período de 1991 a 1998, 40% eram queixas de idosos contra os filhos, netos ou cônjuges e 7% referiam-se a outros parentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS apud MINAYO, 2004, p.36). Cabe ressaltar que 70% da violência sofrida pelos idosos não fazem parte das estatísticas devido ao medo de serem abandonados pela família (PESQUISADORES analisam violência..., 2006) ou de receberem novas represálias (CAPEZUTI, 1998). Tais números indicam que a família ocidental está “em desordem” (ROUDINESCO, 2003 apud GOLDFARD; LOPES, 2006, p.1376), devido ao conflito nas relações intergeracionais, onde “a importância que a família tem para o idoso parece não corresponder à importância do idoso para a mesma” (GOLDFARD, LOPES, 2006, p.1376).

Os dados apresentados sobre a violência contra os idosos podem ser resultado dos sinais de alerta do sofrimento familiar perante o envelhecimento de um dos seus membros (LOPES; CALDERONI, 2002). Por isso a segregação espacial e os novos arranjos residenciais são bastante defendidos para ampliar a rede de relações sociais, no aumento das atividades desenvolvidas e na satisfação na velhice (DEBERT, 2004).

Kübler-Ross (2005, p.133), nas suas visitas a alguns asilos na Inglaterra e Estados Unidos, relata que os idosos recebem ajuda para viver com dignidade e conforto até à morte. Acrescenta algumas vantagens como:

[...] os idosos não precisam gastar suas energias, os seus recursos financeiros e as suas esperanças em prolongar a vida, assim como não são cercados por toda uma parafernália tecnológica e máquinas desumanas, além de equipes eficientes que, infelizmente, nunca terão tempo suficiente para apenas sentar-se com eles, segurar-lhes na mão e ouvi-los refletir sobre a própria vida sem um bipe tocando o tempo todo, um chefe aparecendo para lhes chamar a atenção ou uma ligação de emergência chamando-as de volta para o seu verdadeiro trabalho.

Numa de suas visitas, ficou impressionada com o atendimento atencioso e carinhoso, testemunhando uma frase dita por uma paciente: “Não existe outro lugar melhor para viver em toda a Terra”.

5.4.1.2 Características físicas do Asilo São Vicente de Paulo

Como já foi descrito anteriormente, descrever a instituição é importante para situar o idoso e, conforme Cott (1998, p.192) para conhecer as características físicas que podem favorecer ou desfavorecer a respectiva mobilidade. Porém, há outros aspectos de grande relevância, consoante alusão do autor: “as características sociais e emocionais desse ambiente possuem importância igual e interligada”.

O Asilo São Vicente de Paulo é formado por duas alas, 1 e 2. A Ala 1 apresenta-se logo à entrada do asilo com um jardim à sua frente e um arvoredo numa das laterais, que o separa da creche e da paróquia. Atrás desta ala, fica a Ala 2, ou ala São José, ainda conhecida como “enfermaria”. Entre as duas alas, está outro jardim e, nas laterais deste encontram-se: num lado a barbearia, lavanderia e a garagem da ambulância e do caminhão; no outro, o bazar e a casa onde se guardam os mantimentos doados pela comunidade. Numa das laterais da enfermaria existe um gramado que corre em toda a extensão do edifício. Na outra lateral está uma ruazinha que, quando se atravessa, vai dar também a um gramado acompanhando também toda essa lateral. Aí perto situa-se uma pequena horta (ANEXO 3, 4, 5, 6 e 7).

A Ala 1, de conformação retangular, apresenta dois pavimentos, tanto no térreo como no piso superior, tendo ao centro um grande salão, que separa o setor feminino do masculino, e cada setor com um pátio interno. Nesta ala existem quartos pequenos contendo quatro camas e uns maiores com dez camas e outros, ainda, com 15 camas. Na parte posterior desta ala, está ao centro a cozinha e, em cada lado, o refeitório correspondendo a cada setor. Na lateral do lado masculino, há uma passagem que vai dar a uma área coberta com duas mesas de bilhar e duas mesas para jogar baralho e dominó. Nesta ala, no piso superior, está a sala da diretoria, administração e da nutrição. No piso inferior, está a sala do serviço social e a sala onde são dadas aulas de alfabetização para os residentes do asilo; na entrada, junto à recepção existe uma capela (ANEXO 8, 9, 10 e 11).

A Ala 2 também no formato retangular, logo na entrada tem uma grande sala de estar; atravessando-a, entra-se num pátio interno localizado na parte anterior, maior que o outro, existente posteriormente. Estes pátios separam o setor masculino do feminino, que por sua vez são separados pelos refeitórios. Cada setor é composto por um corredor interno, com acesso aos quartos e aos banheiros. Os

quartos são menores que os da Ala 1, pois cada um tem quatro camas e uns com as janelas para os pátios internos e outros para as laterais da parte externa da Ala. Os banheiros, com algumas adaptações, estão dispostos nas extremidades e no meio de cada setor para ficarem mais próximo dos quartos. Na parte posterior, estão a lavanderia, a rouparia e a sala de enfermagem ao centro. Na parte anterior encontra-se a Fisioterapia com uma sala em cada lado, o consultório médico e o gabinete da enfermeira chefe (ANEXO 11, 12, 13 e 14).

O jardim, logo à entrada do asilo, apresenta um gramado e bancos de cimento. O que separa o Asilo da creche, mais na lateral da Ala 1, tem algumas árvores e também alguns bancos e mesinhas de cimento. O outro, situado entre as duas alas, tem arbustos recortados geometricamente, árvores e latada para trepadeiras. À sua volta, o solo está asfaltado, para a circulação de automóveis, dentre os quais, as ambulâncias, para transportar idosos da enfermaria, se necessário. Entre o jardim e a parte posterior da Ala 1, localiza-se um estacionamento (ANEXO 15).

5.4.1.3 A instituição vista como uma comunidade

Na instituição asilar moram pessoas que para aí foram por diversas razões. Alguns estão satisfeitos, outros não, e há os que se apresentam conformados, (que por sinal são a maioria). Apesar disso, formam uma comunidade. Também fazem parte desta comunidade as pessoas que comparecem frequentemente para atender os idosos, sejam eles profissionais, voluntários ou alunos. É o social que une todas essas pessoas para formar uma comunidade, como relata Barus-Michel (2004, p.55):

É social o que liga os indivíduos tornados por isso companheiros, aliados, associados. O social é uma unidade nova, uma referência estruturante. É o que partilham e reconhecem em comum indivíduos tornados membros da unidade criada (grupo, coletivo, sociedade). É também o que os atravessa. O sentimento de pertencimento corresponde aí ao nível afetivo e, poder-se-ia dizer, é seu primeiro traço psicológico. Faz com que os membros do grupo digam 'nós'.

O fato dos idosos morarem no mesmo local ou de virem pessoas de fora frequentemente atende-los, a ligação entre eles ocorre também por outros motivos, como explica Durham (2004, p.221): “Na linguagem comum, a noção de comunidade

refere-se a uma coletividade na qual os participantes possuem interesses comuns e estão afetivamente identificados uns com os outros”.

Num lugar onde existem regras e normas, bem como as escolhas são limitadas, por ser uma instituição filantrópica e haver dificuldades para adquirir recursos, o modo de vida acaba sendo parecido para todos; talvez o que os diferencie seja a capacidade funcional e autonomia.

Nessa concepção, todas as comunidades implicam a convivência num espaço comum, supondo que as pessoas estejam fisicamente juntas. Não existe comunidade à distância. A razão para isto é clara: viver em comum no mesmo espaço significa que todos estão sujeitos às mesmas condições, presos ao mesmo estilo de vida (DURHAM, 2004, p.223).

As limitações numa comunidade como em uma instituição, podem acarretar alterações de comportamento, como observam Bize e Vallier (1985, p.216): “Quando vivem em comunidade, numerosas pessoas de idade têm dificuldade em se expandir. Conforme muito bem notou S. Pacaud, depara-se muitas vezes um comportamento psicossocial muito especial e particularmente nocivo”.

Uma revista vicentina alemã retrata como é o pensamento de comunidade nos asilos:

A vida comunitária no Asilo não é nenhum ideal romântico, mas sim uma realidade concreta. Ela consiste nas relações humanas entre indivíduos ou grupos, na identificação com o lar, e o sentir próprio do grupo. [...] Ao asilado cabe a primícia de ser respeitado o seu direito à liberdade e dignidade humanas, levados em consideração, também, os direitos naturais da pessoa humana. [...] A vida cotidiana, dentro do Asilo, deve desenvolver-se num ritmo natural de adaptação e recreio, ocupação e descanso. Para isso, o Asilo deve oferecer os meios e assistência desejada. [...] Também o protegido sem profissão especializada deve encontrar, na sua velhice, o recreio necessário. [...] Deve ser despertado, em cada hóspede do Asilo, a sua co-responsabilidade na vida cotidiana do meio ambiente. [...] O Asilo não é uma ilha. Com o mundo fora do Asilo devem existir relações vivas. Isto também prevalece na participação da vida comunitária. [...] Todos aqueles que colaboram na manutenção e direção do Asilo não devem ser somente benfeitores, mas sim, desenvolver relações humanas (BOLETIM BRASILEIRO DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO, 1971. p 66-67)¹⁶.

A instituição asilar também pode ser considerada uma “comunidade como novo arranjo social”, preconizado por Mercadante (2002). Apesar dos limites impostos nestes lugares, a existência deles é necessária, pois a solidão negativa

¹⁶ Comentários feitos por um presidente de uma “Casa da Velhice” à Revista Vicentina Alemã “Encontrar e ajudar”, no caderno 4 - 5/1969, traduzido e publicado no Boletim Brasileiro da Sociedade São Vicente de Paulo, n. 1-3, t. 90, jan.-mar. 1971.

encontrada junto à família converte-se numa solidão positiva, como explica a autora: “Há sempre a possibilidade de o idoso reverter a solidão negativa familiar, transformando-a em solidão positiva, vivida em um grupo social maior” (MERCADANTE, 2002, p.25). Ainda nas suas pesquisas, seguindo esta linha de pensamento, a autora constatou, nas suas pesquisas, a ligação dos idosos asilados pela mesma cultura, pela “possibilidade de desenvolvimento de novas relações de amizade” (MERCADANTE, 2002, p.28), pelo “exercício de novos papéis sociais” como ajudar em tarefas na própria instituição e principalmente ajudar a cuidar de outros idosos mais dependentes ((MERCADANTE, 2002, p.31).

5.3.1.4 “O lugar” na instituição

No momento da internação no asilo e nos dias iniciais da estadia, o idoso fica muitas vezes desorientado, anda pela instituição à procura de algo ou de alguém, ainda não sabe onde encontrá-los. Aos poucos vai tateando este espaço desconhecido, começando pelos cômodos mais próximos do seu quarto; quando precisa fazer suas necessidades fisiológicas procura o banheiro e nas horas das refeições observa a direção do movimento de pessoas. Também inicia os primeiros contatos com outros internos e com eles vai descobrindo o ambiente. Só através da vivência do dia-a-dia é que o indivíduo vai adquirindo a experiência no espaço onde se locomove (TUAN, 1983, p.10). A entrada numa instituição constitui fonte de perda de referências e de transformação das interações sociais até aí existentes (CALADO, 2004).

“O corpo sendo um importante ponto de referência espacial necessita de movimento, pois o movimento otimiza a adaptação ao meio circundante, fornecendo a experiência necessária para a aquisição do conhecimento” (MONTEIRO, 2003, p. 146). Com o passar do tempo, o espaço torna-se conhecido, o idoso já se movimenta com maior facilidade, já sabe onde encontrar as pessoas e os locais que deseja e, assim, vai adquirindo habilidade espacial (TUAN, 1983). “A habilidade de uma pessoa cumprir as demandas de uma tarefa por meio de uma interação com o ambiente determina a sua capacidade funcional” (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2003, p.2).

Verifica-se que o idoso começa a ter preferência por um definido espaço, a maioria dos cadeirantes que não se locomovem independentemente, têm o seu

espaço definido. Quase sempre é motivo de descontentamento ou de briga, o fato de alguém os colocar em locais diferentes do costume. Os mais independentes acabam por escolher o pátio, o jardim, uma sala, um espaço conhecido, que ofereça sensação de bem-estar e lhe seja familiar. Segundo Tuan (1983), quando um espaço começa a assumir significados, recebe o nome de lugar.

Há lugares no Asilo que têm características próprias pelas suas cores, objetos, iluminação e até mesmo pelas pessoas que os costumam freqüentar. Para quem se encontra diariamente na instituição, seja o profissional, o estagiário, o voluntário, a religiosa, o próprio interno ou, até mesmo o visitante, ao passar pelas dependências do Asilo tem a sensação de que falta algo ou alguém, e logo lhe vem à lembrança o idoso que ocupava esse espaço e já não está mais lá. Era um indivíduo que permanecia habitualmente num local definido, caracterizando esse ambiente. Para ele não era simplesmente um espaço, e sim o lugar.

A instituição pode ser considerada um lugar, porque nela os idosos recebem carinho, cuidados, atenção e realizam as necessidades fundamentais, ações estas designadas por Tuan (1983) de “experiências íntimas” que ocorrem no “lugar íntimo”. Há idosos que quando têm falta ou necessitam destas experiências, se colocam em lugares estratégicos, como lugares de passagem, para mostrar que estão ali e que alguém pode fazer alguma coisa por eles. Às vezes vão ao encontro dos estagiários da Fisioterapia queixando-se de certo desconforto físico, como dor ou tontura, para receberem atenção.

5.4.1.5 “Espaciosidade e apinhamento” na instituição

De acordo com Tuan (1983), os objetos, a condição física e as pessoas, podem despertar as sensações de espaciosidade ou de apinhamento. O primeiro termo está associado à sensação de liberdade para um indivíduo movimentar-se e locomover-se. Já o segundo, está relacionado à dificuldade em mover-se livremente no espaço. O autor ainda acrescenta que “o mundo nos parece espaçoso e amistoso quando concilia nossos desejos, e limitado quando eles são frustrados” (TUAN, 1983, p.74).

Conforme foi descrito anteriormente, o Asilo faz parte de um grande complexo que abrange várias instituições. Logo na entrada existe um portão grande

de metal de cor castanho escuro, que sempre está aberto e vai dar ao Asilo São Vicente de Paulo e ao Centro de Educação Infantil Santo Antônio.

Com estes dados iniciais, pode-se notar que esta característica não corresponde à classificação feita por Goffman (2005), onde os asilos são denominados “Instituições totais”, evidenciando portas fechadas e a proibição de sair para o meio externo dos indivíduos internados. Muito pelo contrário, já a (CAPUCHO, 1987) constatou a ausência de obstáculos para sair, a não ser para aqueles com acometimentos mais graves de saúde. O mesmo jornal (CAPUCHO, 1988) pouco mais de um ano depois, voltou e confirmou a permanência dos portões abertos. Os idosos, assim, têm uma sensação de liberdade, podendo sair e tratar de seus assuntos.

Na Ala 1 a sensação de espaciosidade é mais evidente. Com relação às áreas comuns, o salão é amplo, bem iluminado, as portas que dão acesso à área externa estão sempre abertas, os refeitórios são amplos, os pátios espaçosos, os banheiros têm algumas adaptações para ajudar idosos que têm dificuldades, não existe barreiras arquitetônicas e a presença de um grande número de janelas favorece a entrada de luz solar para os ambientes e conseqüentemente os cômodos são bem iluminados. Contudo, os lugares pequenos podem gerar a sensação de apinhamento, como é o caso de alguns quartos, que têm mais de 10 camas. As escadas para o pavimento superior podem limitar o movimento de alguns idosos, principalmente para aqueles que apresentam alguma incapacidade.

No que diz respeito ao aspecto físico, os indivíduos desta Ala são mais independentes e não apresentam grandes limitações, ou seja, as atividades da sua vida diária são realizadas sem ajuda; talvez um ou outro necessite de supervisão, mas são raros os casos e a sensação de apinhamento não deve existir.

Com relação às pessoas, pode haver os dois tipos de sensações, pois isso depende do relacionamento entre elas: as boas companhias e a confraternização, trazem a sensação de liberdade e bem estar. “O coração e a mente se expandem na presença daqueles que admiramos e amamos” (TUAN, 1983, p.72). Mas nem todas as companhias são agradáveis, sendo que, às vezes, há desentendimentos entre eles e isso retira a sensação de liberdade. Neste caso, o autor menciona que “a companhia de seres humanos, mesmo de uma única pessoa, produz uma diminuição do espaço e ameaça a liberdade” (p.73).

Os espaços da Ala 2 ou Ala São José, favorecem a liberdade de movimentos nos corredores, onde existem corrimãos em toda a extensão, nos banheiros que têm algumas adaptações, nas portas para a área externa (que estão sempre abertas), nos pátios internos amplos e nos quartos com menor número de camas.

A condição física é um fator de sensação de apinhamento nesta Ala, pois quase todos os idosos apresentam grandes limitações físicas tornando-os dependentes nas atividades da vida diária. Muitos se encontram na cadeira de rodas. Aqui é indispensável a atuação de todos os tipos de profissionais, estagiários e voluntários, para os ajudar nestas atividades, tanto parcialmente, como totalmente.

Com referência às pessoas, o relacionamento também é como na Ala 1, mas há um aspecto interessante que convém ressaltar: nesta ala existe uma ocorrência maior de incapacidades, pelo que se ajudam mais entre eles, mas às vezes essa ajuda é tão exagerada, desnecessária e incomodativa, que o indivíduo tem a sensação de restrição, “[...] À medida que as pessoas penetram no espaço de outras, chega-se a um ponto em que a sensação de espaciosidade passa ao seu oposto, a de apinhamento” (TUAN, 1983, p.73).

Os jardins com suas árvores frutíferas ou não, flores coloridas brotando na trepadeira que sobe e percorre a latada situada ao centro e arbustos arquitetados geometricamente, dando um aspecto simétrico, podem ser considerados “o lugar” para muitos idosos e até mesmo para qualquer pessoa que freqüente o asilo ou esteja apenas de passagem. A base do verde da grama com as cores e tonalidades das flores que misturam seus perfumes e o paladar de algum fruto, modificando-se conforme a estação do ano desperta a quem se encontre ali uma sensação muito agradável de liberdade e bem-estar. Como descreve Tuan (1980, p.159), “o jardim está desenhado para envolver, rodear o visitante, que à medida que percorre as trilhas tortuosas descobre constantemente cenas diferentes”.

5.4.1.6 Noção de tempo na instituição

O tempo é um “mistério”, é algo difícil de definir e move-se constantemente num sentido (COMTE-SPONVILLE, 2006). Deixa de ser presente, transforma-se num passado cada vez mais amplo e num futuro que encolhe. Contudo, “durar”

através do tempo, sempre foi o desígnio do ser humano (COMTE-SPONVILLE, 2007).

Segundo Tuan (1980), o tempo está sempre em movimento e o lugar permanece estático, exposto aos efeitos do tempo. Lahr (1948, p.695), evidencia esta diferença entre o espaço e o tempo:

Conhecemos o espaço como coisa permanente e imóvel, como uma espécie de receptáculo de três dimensões: comprimento, largura e altura. O tempo, pelo contrário, é essencialmente móvel, semelhante a um rio que desliza sempre na mesma direção.

Como já foi descrito anteriormente, o espaço habitual freqüentado diariamente pelo idoso, assume significados, portanto dificilmente mudará de lugar.

A estadia no asilo determina para a maioria dos idosos a perda da noção de tempo. Analisadas as respostas de testes cognitivos, nota-se que o calendário e os acontecimentos parecem ter parado no tempo, não houve mudança desde algumas décadas atrás. De vez em quando os estagiários ficam admirados com as datas em que os pacientes se situam, uns dizem estar nos anos 50, outros nos anos 60, outros nos anos 90, etc; são raros os que estão localizados no tempo certo. Geralmente acontece com aqueles que são mais dependentes, permanecerem restritos ao seu lugar, seja num quarto, numa sala ou até mesmo numa das alas, locomoverem-se somente nesse espaço. O desinteresse pelos meios de comunicação é visível e o único contato externo que têm é através das visitas e das pessoas que freqüentam a instituição. Os mais independentes estão mais ajustados ao tempo, locomovem-se por todo o Asilo e até mesmo podem sair e ter um contato maior com as pessoas do bairro e da cidade.

A sensação de paralisação do tempo ocorre só na consciência de cada indivíduo, a temporalidade, que “é o tempo tal como dele nos lembramos ou como imaginamos, é o tempo tal como o percebemos e o negamos (já que retemos o que não existe mais, já que nos projetamos em direção ao que ainda não existe)” (COMTE-SPONVILLE, 2006, p.32). Com relação ao passado o autor acrescenta que “[...] é por que ele não existe mais que temos de nos lembrar dele; porque ele só nos tem a nós para ainda habitar, como passado, o presente” (COMTE-SPONVILLE, 2006, p.121). Se o futuro ainda é inexistente, não significa que as pessoas estejam impedidas de fazer projetos ou de ter perspectivas (COMTE-SPONVILLE, 2006, p. 122). Voltando à idéia da paralisação do tempo, ainda na opinião do filósofo, o

tempo não pára, porque caso contrário não existiria nada; sem dúvida, o tempo significa existir, durar, permanecer (COMTE-SPONVILLE, 2006, p.99).

Na perspectiva do tempo diário, os idosos estão bem sintonizados, sabem o momento em que se aproxima a hora das refeições, de tomar banho, de dormir, e alguns, até, quando o estagiário de Fisioterapia vai aparecer para realizar o atendimento. As atividades diárias na instituição são estabelecidas por horários impostos por um sistema de regras, sendo isso uma das características das instituições totais preconizadas por Goffman (2005). No asilo a noção de tempo cíclico¹⁷ está mais definida que a do tempo linear¹⁸, embora o isolamento, já discutido anteriormente, seja responsável pela tendência ao detrimento da percepção destes dois elementos do tempo (PEREIRA, 2004).

No entendimento de Tuan (1983), até mesmo o passado vai se apagando, as pessoas próximas já não estão perto deles ou não convivem no dia-a-dia, as habilidades e o conhecimento por não estarem em uso vão desaparecendo e os objetos de sua casa que lembram o passado já não estão ao seu alcance, pois agora moram em outro lugar: num asilo. Prossegue ainda o autor, “os objetos seguram o tempo”, referindo-se à forma de evitar a deterioração das “paisagens do passado”.

Pereira (2004) no mesmo sentido refere que “[...] a recordação e a imagem precisam ser confiadas, ditas, permutadas com alguém para que possam gerar a crença nessa mesma continuidade” (PEREIRA, 2004, p.76). O autor ainda acrescenta ao comentar os cortes drásticos com o passado, serem eles provocados pelas doenças, abandono e até mesmo pelos maus tratos, razões pelas quais, constituem as principais causas de internamento num asilo.

5.4.1.7 O aspecto do gênero na instituição

Uma característica do Asilo que se pode observar nas duas alas, o fator gênero divide o ambiente em setores, o masculino e o feminino. Cada gênero tem um refeitório, banheiros e quartos, onde qualquer pessoa pode transitar sem restrições, mesmo sendo do gênero oposto. Já houve casos da internação de

¹⁷ Tempo cíclico: “é constituído por períodos de extensão variável, de natureza diferente uns dos outros, renovando-se ou retornando ao fim de algum tempo” (Pereira, 2004).

¹⁸ Tempo linear: “é constituído pela maneira de medir o tempo em horas, minutos e segundos, dias, meses e anos” (idem).

casais, e nesse caso, os quartos foram adaptados, para que não ficassem separados.

No centro da Ala 1 situa-se um grande salão com cadeiras nos dois lados, num é o sentido do lado do setor feminino e no outro é o sentido do lado masculino. Verifica-se nesta dependência do Asilo, que os homens se sentam no lado correspondente ao setor deles e o mesmo se observa com as mulheres. Neste local dificilmente os dois gêneros se misturam e quando alguém se senta no lado oposto (mesmo que seja um visitante) existe uma sensação de desconforto ou estranheza por parte dos internos.

O contraste também é evidente quando se aborda o comportamento referente ao sofrimento e à dor. Nas mulheres as emoções são mais visíveis, procurando elas com mais frequência os profissionais da saúde, e por isso o diagnóstico pode ser precoce. Já no homem ocorre o inverso: as emoções aparecem menos, ignorando os sinais de doença e fazendo que o diagnóstico seja mais tardio (HELMAN, 2006).

Tuan (1980), afirma que as diferenças fisiológicas entre os gêneros são específicas afetando os modos de responder ao mundo. Na sociedade os papéis são diferentes e na infância aprendem a comportar-se de maneiras diferentes (TUAN, 1980). Este aspecto também vai influenciar a forma como os idosos se movimentam na instituição. São poucos os idosos que se arriscam a frequentar o setor oposto e mesmo no salão essa mistura não acontece pois cada um senta-se nas cadeiras correspondentes ao seu lado. Não existem barreiras físicas e sim fictícias que os impedem de se movimentar por vários locais do Asilo, seja por aspectos culturais seja por costumes.

Existe um momento durante a parte da manhã, que favorece a confraternização entre os idosos dos dois gêneros. É no momento em que é servido o café das 9 horas, no espaço onde se joga bilhar, cartas e dominó. Esse horário é “sagrado”; larga-se tudo para estar presente nesta ocasião de prazer, de tomar uma bebida apreciada por muitos, o que oportuniza o contato entre eles.

5.4.1.8 “Topofilia” e a instituição

O idoso pode desenvolver um elo afetivo pelo lugar, denominado por Tuan (1980) Topofilia. Pode-se compreender nas obras de Tuan, que o sentido de lugar,

as experiências íntimas, o tempo e a espaciosidade, desenvolvem esse elo afetivo. No Asilo, a Topofilia, pode ser representada pelo prazer visual momentâneo; o apego pelo lugar, o sentido de posse, a alegria pelo bem estar físico e por aí se representar o lar. À medida que o indivíduo aprende a viver nesse ambiente, seja ele agradável ou severo, surge a capacidade de adaptação (TUAN, 1980).

A adaptação ao ambiente institucional e a vontade de se movimentar para usufruir ao máximo de todos os momentos que a vida oferece, pode ter uma importância tal, que em pequenas ações ou em simples detalhes da natureza, o idoso busca o prazer de viver.

Como vou dizer, sou uma mulher adaptada ao ambiente, vou à missa, ajudo nas coisas da comida, ajudo, ajudo (...), tenho o jardim, me dedico à casa, às flores, ando muito com a bengala, buscando coisas, plantas, uma pedra me chama atenção (E5).

5.4.2 Aspecto físico e psicológico

Cott *et al.* (1995), afirma que, no primeiro aspecto, o movimento depende de elementos internos como estruturas anatômicas e fisiológicas. Desde a menor estrutura anátomo-fisiológica até a uma resposta muscular que vai acontecer de acordo com as necessidades e desejos do indivíduo, que a comanda para mover-se. Já no segundo, aspecto, a personalidade, atitudes, habilidades cognitivas, emoções e o bem estar geral, são fatores importantes para o aprendizado motor da pessoa e as habilidades para o movimento.

Existem dois modelos interessantes que mostram como o idoso tem propensão para apresentar um declínio funcional pelas alterações físicas e psíquicas, ocorrendo ou com lentidão ou mais acelerado, dependendo como decorre o processo de envelhecimento.

No primeiro, Vandervoort (1998, p.76) apresenta uma sucessão de alterações que podem incidir na fase da velhice após o decurso da vida do indivíduo (degeneração osteoarticular, fraqueza muscular, disfunção do sistema nervoso e insuficiência circulatória), favorecendo a diminuição da mobilidade, a perda de segurança – receio de cair – a recusa de caminhar e o aumento das suscetibilidades às quedas e fraturas, acarretando uma imobilidade ainda maior. Portanto, o idoso que se retira das atividades regulares inicia uma espiral que acarreta maior predisposição diante dos problemas com a mobilidade.

O segundo modelo elaborado por Schwartz e modificado por Mangione (2002, p.421), mostra o declínio teórico do vigor durante o processo de envelhecimento, em que a partir de um estilo de vida o indivíduo começa por ter modificações no ânimo, para um modo de vida funcional que tende a decrescer, instalando-se a situação de fragilidade e por último, a falência orgânica.

A seqüência de eventos representada pelos dois modelos ocorre numa velocidade determinada pelas circunstâncias atravessadas por cada pessoa, durante o seu ciclo de vida e também devido às diferenças individuais. De um ponto de vista semelhante, Lopes (2005, p.85) confirma, utilizando a seguinte frase: “Quando falamos do velho ou do envelhecimento devemos pensar em uma variedade de indivíduos cada qual com sua própria trajetória e, portanto, com características singulares: um ser único em constante processo de transformação”. Aqui, a palavra “transformação” é mais adequada que a palavra “declínio”. Logo, a primeira refere-se ao processo de envelhecimento, como uma época da vida de perdas e de ganhos; já na segunda, o envelhecimento é percebido como um processo onde somente acontecem perdas. Aproveitando ainda essa idéia, de acordo com Almeida (2005, p.105), “a velhice, assim como todas as fases da vida, abriga duas idéias complementares e opostas: a primeira é a de desgaste, de diminuição, de enfraquecimento; a segunda, é a de acréscimo e de maturação”. Mas se há perdas, o movimento pode influenciar atenuando e até mesmo revertendo esse estado, através de programas de exercícios bem planejados (MANGIONE, 2002, p.421).

As promessas de voltarem para casa ou de uma visita, são fatores que aumentam a ansiedade e muitas vezes transformam-se em frustração, porque ninguém aparece, nem para uma coisa nem para a outra. Berger (1995, p.387) alude à solidão quando observa a fotografia de uma idosa sentada numa cadeira de rodas a olhar para a janela: “O tempo da velhice é longo quando passado à espera de algo ou de alguém”.

A solidão é uma das sensações que assombram quem mora em instituições. Embora o idoso esteja rodeado de outras pessoas, o sentimento de estar sozinho está presente, visto que as pessoas marcantes na sua vida estão ausentes. Vargas (1997) define solidão “como um estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afetivos importantes e calorosos”. Tais relacionamentos podem ser a ausência de familiares ou de outras pessoas mais próximas, como relata Martin-du-Pan *et al.* (1989, p.443) nas suas pesquisas: “As

circunstâncias da vida jogam um papel decisivo na falta de contatos familiares. Entre os isolados, muitos perderam o cônjuge; os pais e os amigos envelheceram e também desapareceram”. Na opinião de Berger (1995, p.387), esta sensação é uma experiência demasiadamente árdua determinada por relações sociais consideradas como insuficientes ou não satisfatórias (ANEXO 16).

Como já foi abordado anteriormente, Mercadante (2002) discute sobre a passagem da solidão negativa, para a solidão positiva, onde o idoso tem novas possibilidades de sociabilizar-se e de refletir sobre si, como expõe Martin-du-Pan *et al.*(1989, p.440): “Realmente é necessário, às vezes, estar só para entrar em si próprio”. Balier (1973 apud MARTIN-DU-PAN *et al.*, 1989, p.440), complementa afirmando que “a solidão é a passagem obrigatória para a descoberta da sua existência, independente das dos outros e do mundo”.

Uma idosa internada no Asilo com diagnóstico de depressão que, diariamente, era atendida pela Fisioterapia, passava as suas horas numa cadeira de rodas no refeitório, com fâcies apática, braços cruzados e debruçada sobre si numa adinamia. Todos os dias era uma luta para tentar realizar a deambulação; fazia-se de tudo para motivá-la, mas foram poucas as vezes que deu alguns passos. O único procedimento de que ela gostava, era quando se massageava a região do músculo trapézio e, então, dizia: “*Aaah, isso sim é bom*”. Quando o filho a visitava, o tronco desenrolava, a postura melhorava, a apatia transformava-se em sorriso e alegria, os olhos se abriam e o azul da íris brilhava, os braços se apartavam e movimentavam, e por incrível que pareça acontecia o inesperado - ela começava a andar. Quando o filho marcava a ida ao Asilo, logo de manhãzinha começava a espera; apreensiva e ansiosa, penteada e perfumada, arrumada com o vestido mais novo e mais bonito que ela própria escolhera, sempre a olhar para a porta, esperava, esperava, e esperava. Almejava vê-lo a qualquer momento. Nesses dias não fazia Fisioterapia nem nenhuma atividade que a tirasse daquele lugar, com receio de que o filho chegasse, não a visse e se fosse embora. No final da tarde, aquela apreensão se transformava em tristeza e desvanecimento, até voltar à sua posição habitual.

Segundo Comte-Sponville (2006, p.125), o movimento é o ato propriamente dito, que depende da vontade ou potência de agir, mas, como se percebeu na história anterior, a decepção da ausência do filho, transformava-se em desânimo, que inevitavelmente se tornava num fator forte de resistência ao movimento, vencendo a potencia de agir.

A negligência das famílias não ocorre só nos lares, mas também nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. Conforme os relatos de Soares (2001, p.90), “os estagiários de Fisioterapia ficavam indignados com a ausência da família”.

Outra história foi aquela contada por Montagu, relatando sobre um bilhete encontrado num armário em um asilo inglês, dirigido às enfermeiras. Pertencia ele, a uma senhora idosa que tinha falecido e estava intitulado: ‘Velha Ranzinza’. Continha vários sentimentos de solidão, de fracasso da aceitação e do abandono, que são experienciados por muitos idosos, onde numa “atitude cruel e insensível”, muitos os consideram como que fazendo ‘hora extra’ (MONTAGU, 1988, p.376).

Muito interessante acrescentar aqui uma outra visão ao que tratar do assunto sobre os aspectos internos e externos, abordados por Mercadante (1998, p.61). O aspecto interno refere-se ao fator psicológico e o aspecto externo à aparência física, provocados pela passagem do tempo. Estes dois aspectos são representados pelos sinais do envelhecimento no indivíduo ou “máscara” e pela dificuldade que as pessoas têm de interiorizar essas marcas, respectivamente. Quando ocorre a discrepância entre estes dois fatores, o externo passa a ser dominado pelo interno, acrescenta a autora.

5.4.3 O Social

Outro aspecto externo que influencia o movimento é o social.

O fator de maior destaque é a institucionalização, que se pode considerar como uma modalidade de experiência, denominada por Martins (2007) de “evento”; nele ocorrem mudanças ou transformações na vida do idoso. Esta experiência, “caracteriza-se, não por dotar o sujeito de um maior saber, mas por abrir o sujeito à possibilidade como ‘obrigação’ de compreender-se a partir do que lhe sucede”. O autor apresenta a definição de evento, nas palavras do filósofo Claude Romano:

O evento consiste na reconfiguração impessoal das minhas possibilidades e do mundo, que sobrevém com um fato e que institui uma fratura na minha aventura. Uma transformação de mim mesmo e do mundo, indissociável da experiência que faço dela (ROMANO apud MARTINS, 2007, p.175).

Numa pesquisa realizada no asilo (BISPO *et al.*, 2004a), constatou-se que pouco mais de 52% dos idosos institucionalizados eram solteiros e, que 65% não

tiveram filhos. Muitas famílias não têm condições de fornecer uma assistência adequada e digna aos seus familiares idosos, por diversas razões, sendo esse o maior motivo de admissões na instituição, (perfazendo 30% dos casos). Neste estudo também foram detectadas outras causas, entre elas, os encaminhamentos pela Assistência Social devido aos maus tratos e negligência, a perda de contato com a família, a inexistência de qualquer familiar próximo, a procura por conta própria, a indigência ou abandono, o relacionamento incompatível com seus descendentes e, até, casos de pessoas que tendo trabalhado para famílias e sendo consideradas familiares, já não têm condições de produzir e conseqüentemente, se vêem encaminhadas para a instituição.

Numa análise crítica à realidade vivenciada pelos idosos no momento da institucionalização, Reis (1989, p.35) revela a atitude passiva revelada por alguns:

Um sentir-se impotente diante da própria condição. O fato de não ter havido uma participação significativa nas discussões e decisões relacionadas à sua realidade institucional, familiar e social, os impede de perceberem-se criticamente.

Um dos problemas neste âmbito, que pode influenciar o movimento, está relacionado com o Isolamento. Como já foi descrito anteriormente, este fator é uma das causas da solidão, devido à institucionalização. Conforme Vargas (1997), “o isolamento refere-se à falta de contatos com pessoas diferentes decorrente da ausência de atividades sociais”. Martin-du-Pan *et al.* (1989, p.440), também se refere ao isolamento como “o maior causador da solidão, noção mais difícil de definir, feita de uma carência dolorosa devido à falta de contatos profundos, ao sentimento de não contar para ninguém”.

No Asilo existem algumas atividades para os idosos, mas a dependência funcional e até mesmo a localização da enfermaria ou Ala 2, impede a participação na maioria destas iniciativas. Dificilmente os internos da enfermaria saem. Poucos vão até à Ala 1, freqüentam o jardim, a maior parte, que apresenta dependência parcial circula pela enfermaria, tanto na área externa, como na interna. São aqueles que utilizam o movimento para realizar o essencial, ou pouco mais, como as atividades da vida diária, fumar sentado, olhar algum acontecimento (alguém a passar, um carro a estacionar, etc.) e assim passam o dia.

Os cadeirantes com dependência mais grave permanecem no refeitório existente nos dois setores desta Ala. A interação nestes idosos está dificultada

devido à disposição das cadeiras de rodas ou poltronas, permanecendo aí o dia todo, a não ser quando têm que realizar suas necessidades fisiológicas ou quando alguém vem buscá-los para passear ou para fazer fisioterapia. As cadeiras de rodas e poltronas apresentam-se localizadas junto à parede, lado a lado ou de frente para aqueles que estão junto à outra parede. Além deste aspecto, as incapacidades dificultam a interação social, favorecendo um estado estacionário de poucos movimentos e olhares fixos que só se movem quando acontece algum evento neste ambiente. “Tudo se torna monótono, ou surpreendentemente vago e irregular, desencontrado” (PEREIRA, 2004, p.73). Martín e Gil (1994, p.371) descrevem esta situação com a seguinte frase: “os indivíduos calados eternamente numa sala à espera de um trem que nunca chega”.

Mergulhados no seu mundo, no seu solilóquio¹⁹, só se movimentam quando alguém inicia uma conversa; desatam a referir-se ao passado, neste momento aproveitando o contato para falar em tudo o que não falaram durante o dia. Às vezes são conversas onde se entende bem a pessoa, outras vezes não têm nexos, existindo uma dificuldade de se expressar, principalmente se apresentarem algum déficit sensorial ou cognitivo.

Uma pessoa isolada há muito tempo pode ou tornar-se apática e ter dificuldade em estabelecer relações inter-pessoais e responder a perguntas, ou manifestar uma grande volubilidade de tal forma que se torna difícil estabelecer com ela uma conversa lógica e seguida (BERGER, 1995, p.404).

Os idosos da Ala 1 são mais independentes e interagem mais, embora ainda tenham a sensação de estar sós. Algumas mulheres ajudam no Asilo, fazem seu crochê, estão em grupos ou sozinhas; já os homens, jogam bilhar, cartas e ajudam no asilo. Há uns idosos que têm interesse em sair da instituição, e vão a algum lugar no bairro ou até mesmo ao centro da cidade. No entanto, estas ações são percebidas em algumas das falas dos próprios idosos que participaram da entrevista da pesquisa:

*(...) crochê, caminhada com colegas internas e caminhada com os alunos
(...) (E1).*

Aqui no asilo eu faço desenho (E15).

¹⁹ É a denominação dada por Ricoeur (2000, p.26 e 27) ao “discurso solitário ou diálogo consigo mesmo”.

“Gosto de fazer o que precisa no asilo. Uma hora precisa de ginástica, outra hora precisa de descansar” (E17).

De varrer, cortar isso aí (arbusto), cuidar do jardim (...) sempre gostei de trabalhar (E20).

Na casa eu não gosto de fazer uma atividade direta o dia todo, não; gosto de um pouquinho de uma atividade, um pouquinho de outra, para depois poder pegar a minha atividade, que eu faço; crochê e tricô. Gosto de fazer fisioterapia e de estar presente quando vêm grupos de idosos e alunos (E8).

Várias coisas, jogar bilhar, dominó, (...) essa é a preferência (E11).

Jogar um snokinho. Agora tem o serviço da cozinha, descascar batata, mandioca (E6).

Numa outra entrevista, este último entrevistado relata a sua preferência:

(...) A coisa que mais gosto de fazer na vida é tocar sanfona, e toco até hoje (E6)²⁰.

Vejamos ainda a importância dada pelos profissionais que se propõem refletir sobre o envelhecer:

Através da interação social realizada pelos indivíduos, muitas transformações ocorrem e o significado de cada ação efetivada possibilitará a cada um construir novos laços de relação, novas formas de compartilhar o aprendizado com outros indivíduos (MONTEIRO, 2001, p.33).

As características das duas alas são diferentes, dando a impressão de existir dois asilos. Numa apesar da solidão existem momentos de alegria, mais participação e movimento, enquanto na outra impera a conformação, indignação e dificilmente se notará qualquer expressão de ânimo. Alguns, para esquecer, tentam participar de todas as atividades que a instituição oferece; outros, movimentando-se para realizar afazeres indispensáveis, e ainda há aqueles cujo desinteresse pela vida é tamanho, que chegam ao ponto de entregar-se à inação.

Calado (2004) refere-se aos idosos institucionalizados, como aqueles que vivem amargurados, onde a comunicação, a participação social e a afetividade são escassas.

As relações intergeracionais são muito estimuladas na instituição. Além da interação diária com os estagiários da Fisioterapia, da Nutrição e do Serviço Social,

²⁰ Depoimento de Orlando Herreria concedida à Folha de Londrina, 18 jun. 2007, p.5, na enquete sobre “Do que você tem mais saudades de sua juventude?”.

algumas escolas do primário e secundário de Londrina de vez em quando visitam os idosos e as crianças da creche quase todas as semanas vão brincar nos jardins do asilo.

À frente da bifurcação na entrada do Asilo, há outro jardim com algumas árvores, banquinhos e mesas de cimento, freqüentado pelos idosos. Sentam-se ali para fumar o seu cigarrinho, para conversar, jogar cartas ou dominó e até mesmo apreciar a vista panorâmica de Londrina. Às vezes, como se referiu, as crianças da creche também freqüentam esse jardim para realizar algumas atividades. Inevitavelmente as crianças e os idosos se encontram e interagem entre eles.

As relações intrageracionais também são estimuladas, quando a instituição recebe visitas de grupos da terceira idade e alguns voluntários que já se encontram nesta faixa etária.

É através dessa convivência que construímos e desconstruímos os conceitos que temos do mundo, dando feições diferenciadas aos nossos padrões de pensamento, criando desejos no âmbito da imaginação, reorganizando a dinâmica do aprendido e mantendo o ritmo de pulsação para continuarmos fluindo no rio da vida (MONTEIRO, 2001, p.33).

5.5 A EXISTÊNCIA DA CAPACIDADE MÁXIMA DE MOVIMENTO ALCANÇÁVEL (CMMA)

Segundo Cott *et al.* (1995) esta capacidade define o limite da habilidade do movimento, sendo que não é utilizada normalmente pela maioria dos indivíduos. Cada indivíduo terá o seu limite para cada nível do “movimento continuum” determinado por si ou por combinação particular dos fatores biológico, psicológico, social e ambiental. Contudo, também existe a influência da idade, do gênero, e a presença de patologia.

Como já vimos anteriormente, todos estes fatores estão interligados, atuando intensamente nos indivíduos institucionalizados, onde a influência é global e inevitável, seja ela positiva ou negativa. Nota-se no asilo que as pessoas procedentes de ambientes onde recebiam maus tratos e até mesmo vivendo em condições subumanas, utilizam mais seus limites de habilidade de movimento, pois vieram para um espaço novo onde são reconhecidas como seres humanos e a existência de liberdade e de realizar movimentos para desenvolver suas atividades da vida diária, procurar alguma tarefa e fruir algum lazer. Como também já foi descrito noutro tópico, este espaço será reconhecido pelo idoso como “o lugar”.

No entanto, aqueles que são abandonados e tinham uma percepção de uma condição de vida melhor, certamente serão influenciados negativamente. Os limites de habilidade de movimento são pouco usados ou nunca realizados, decorrendo de uma “economia” de movimentos, onde há o favorecimento do estado de inação devido à negação pela nova atitude.

5.6 A CAPACIDADE DE MOVIMENTO PREFERIDA (CMP) E A CAPACIDADE DE MOVIMENTO ATUAL (CMA)

Dentro dos limites da habilidade de movimento, cada existência humana tem a capacidade de movimento: a preferida e a atual.

Cott *et al.* (1995) explica que a primeira capacidade refere-se à escolha pelo indivíduo da habilidade de movimento e a segunda corresponde à habilidade de movimento presente no indivíduo. Cada indivíduo possui características físicas, psíquicas e sociais únicas, e ela determinará essas capacidades. Em circunstâncias normais estas duas capacidades de movimento são iguais.

Difícilmente os residentes do Asilo têm essas duas capacidades iguais. Quase todos eles apresentam alguma incapacidade devido a, pelo menos, uma doença, como se verá no item a seguir.

5.7 O Potencial dos Fatores Patológicos

As doenças têm potencial para mudar temporariamente ou permanentemente as capacidades de movimento e/ou criar um diferencial entre a Capacidade Movimento Preferida e a Capacidade Movimento Atual.

É interessante começar este tópico definindo “Saúde”, na forma preconizada pela Organização Mundial da Saúde, descrito por Guccione (2002, p.105): “É o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. O autor também definiu enfermidade referindo-se “à experiência subjetiva interna do indivíduo que está consciente de que o bem-estar pessoal foi ameaçado e como a pessoa responde a essa experiência”.

O sociólogo Nagi (1965 apud GUCCIONE, 2002, p.106) elaborou um modelo de estado de saúde dividido em quatro componentes distintos, que se compromete

em seqüência à medida que as pessoas perdem o bem estar: a doença²¹, a deficiência²², a limitação funcional²³ e a incapacidade²⁴. A presença de um ou mais destes quatro elementos, indica que existe uma diferença entre a Capacidade Motora atual e a Capacidade Motora Preferida.

Com relação a este aspecto do estado de saúde, existe uma grande diferença entre as pessoas que residem nas duas alas, no que diz respeito à necessidade de assistência, à realização das atividades quotidianas, à participação de atividades, ao lazer e, até mesmo, à capacidade de sair do asilo. Na Ala 2 o estado de saúde é mais precário, alguns passam o dia numa cadeira de rodas, dependendo da ajuda de terceiros, sendo que a existência entre as duas capacidades representa um “abismo”; ao contrário do que acontece na Ala 1, em que as pessoas têm mais independência e autonomia.

Atualmente a instituição conta com 102 idosos internados, sendo 39 pessoas do gênero feminino e 63 do masculino. A Ala 1 tem 43 indivíduos e a Ala 2 possui 59 (LOPES, Rita, 2006).

Várias pesquisas foram realizadas pelo Curso de Fisioterapia para verificar algumas características epidemiológicas da população residente no Asilo. O fator bastante preocupante é o evento das quedas: Mais de 90% dos idosos têm risco de queda, 60% já caíram (BISPO; CESAR; SANTOS, 2002) e, destes, mais de metade adquiriu a Síndrome do Pós-queda, ou seja, têm medo de cair (BISPO *et al.*, 2003b).

As úlceras de pressão são incomuns nesta instituição, conforme os resultados a seguir: 16% dos idosos relataram e alguns têm as cicatrizes, nos quais 30% foram desencadeadas pelas pneumonias em idosos incidindo em idosos já debilitados por outras doenças: Acidente Vascular Cerebral e Fraturas Proximais de Fêmur. Destes indivíduos que adquiriram as úlceras, só 10% foram contraídas na instituição (BISPO *et al.*, 2002a). Aproximadamente, 63% têm risco de apresentarem

²¹ “Refere-se a um estado patológico em desenvolvimento que é delineado por um conjunto especial de sinais e sintomas e reconhecido externamente tanto pelo paciente quanto pelo profissional como anormal” (Nagi apud Guccione).

²² “São as alterações da estrutura ou das funções – anatômicas, fisiológicas ou psicológicas – que resultando de mudanças subjacentes do estado normal do idoso, e também contribuem para a sua enfermidade” (Nagi apud Guccione).

²³ “Consiste em uma inabilidade pessoal para desempenhar as tarefas e as atividades que constituem atividades usuais para aquele indivíduo, como por exemplo, alcançar alguma coisa em uma prateleira acima da cabeça ou carregar um pacote” (Nagi apud Guccione).

²⁴ “Inclui déficits no desempenho de AVD e AIVD que são amplamente pertinentes a muitos papéis sociais” (Nagi apud Guccione).

esta moléstia e, destes, 75% têm risco baixo, sendo a imobilidade o elemento que está presente em 76% dos idosos com risco (BISPO *et al.*, 2002b).

O caso muito comum e em que a Fisioterapia é muito solicitada, é o da Pneumonia. O risco de adquirir esta infecção depende dos hábitos de vida e de outras doenças que incapacitam os idosos. Alguns são fatores predisponentes; entre eles, estão os indivíduos com história de infecção respiratória, abrangendo 31% dos idosos, o tabagismo em 43%, o etilismo em 18%, a diabetes 19%, a patologia neurológica em 29%, a patologia psiquiátrica em 33%, o uso de sedativos em 41%, a presença de algum grau de dependência em 47% e o risco de desnutrição e a própria desnutrição em 25%. Analisando-se este quadro, verificou-se que 25% dos residentes, apresentam 4 (quatro) fatores de risco (BISPO *et al.*, 2004b).

A depressão é muito comum entre os idosos residentes em instituições asilares, conseqüência de alguns fatores já discutidos anteriormente, entre os quais, a solidão e o isolamento. A incapacidade física pode ser considerada como fator etiológico ou conseqüência, e será discutida posteriormente neste tópico. Contudo, foram avaliados 30% dos idosos da instituição e constatou-se que 72% apresentavam algum grau de dependência funcional e, destes, 78% apresentavam sinais clínicos de depressão (ISHIBASHI *et al.*, 2005). Neste estudo também verificou-se a relação entre depressão e o grau de capacidade funcional neste mesmo grupo de indivíduos. Assim, averiguou-se maior grau de incapacidade naqueles com diagnóstico de depressão (BISPO *et al.*, 2006, p.241).

Procurou-se, também, relacionar a capacidade funcional e a cognição e, concluiu-se que 49% dos idosos da instituição indicavam apresentar alterações cognitivas, e destes, 80% tinham algum grau de dependência funcional, mas, na maioria o grau de dependência era leve, com 60% dos casos. Com grau moderado e severo, somente 05% e 15% respectivamente. Portanto não havia nenhum idoso com dependência total (BISPO *et al.*, 2006).

Recordando os resultados apresentados anteriormente, verificamos a importância da mobilidade nos idosos. Se ela estiver deficitária, com certeza acarretará prejuízos à saúde e o indivíduo terá dificuldades em realizar as suas Atividades da Vida Diária. Entretanto, no estudo notou-se que 75% dos idosos não precisam de ajuda para se alimentar, 64% têm controle intestinal, 55% têm continência urinária, aproximadamente 60% realizam as transferências sem ajuda, 58% deambulam mais de 50 metros, 45% sobem escadas sem ajuda, 48% não

precisam de auxílio para se vestir. Alguns dados são preocupantes, mas o que merece maior atenção é a atividade do banho, relativamente à qual pouco mais de 10% são independentes (BISPO *et al.*, 2003a).

O “fenômeno saúde/doença”, bastante debatido por Minayo (1999, p.194), é caracterizado socialmente na concepção dos indivíduos, da seguinte forma:

Doença é sinônimo de infelicidade individual e coletiva: representa o rompimento do homem com seus limites estabelecidos pelas normas e regras da sociedade. Saúde significa bem-estar e felicidade: ela própria, explicitamente ou no ‘silêncio do corpo’, é a linguagem preferida da harmonia e do equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e seu ecossistema.

Olivier (1990 apud HELMAN, 2006, p.38), numa perspectiva antropológica dá mais importância aos termos “comprometimento” e “desabilidade”. De acordo com o autor, “o maior interesse está na dimensão social de como as pessoas (desabilitadas ou não) interpretam ou reagem a essas categorias culturais”. Com a estimativa do número de desabilitados na década de 80, o autor distingue os dois termos: comprometimento e desabilidade. O primeiro, descreve um corpo com alguma alteração ou defeito e, o segundo, refere como as muitas desvantagens sociais e outras impostas pela sociedade às pessoas com comprometimentos físicos. A desabilidade é em grande parte “socialmente construída”, visto nem todas as pessoas com comprometimentos físicos necessariamente precisarem de ser “desabilitadas”: esse estado não é um aspecto herdado pelo indivíduo, mas determinado pelos significados que a sociedade dá a tal estado e à dependência que ele frequentemente impõe.

O autor também relata as repercussões na sociedade dos indivíduos com alterações físicas:

As pessoas com formas físicas, tamanhos e funções corporais diferentes dos demais são estigmatizadas, sujeitas a preconceitos e a discriminações. Embora um corpo desabilitado não seja um corpo doente, essas pessoas enfrentam uma série de desvantagens sociais (OLIVIER, 1990 apud HELMAN, 2006, p.38).

5.8 O FOCO DA FISIOTERAPIA

O Fisioterapeuta atua quando os pacientes apresentam as duas capacidades distintas uma da outra (diferencial CMP/CMA) ou quando há potencial

para desenvolver este diferencial (COTT *et al.*, 1995). O desejo de ter uma condição de saúde melhor que a atual, que de alguma forma apresenta uma capacidade de movimento limitada para um objetivo na vida.

O reinvestimento em um projeto de vida envolve momento de criação. Defino como momento criativo a perspectiva de mudança que contém a busca de algo significativo. A revisão do projeto de vida, adequando-o à realidade atual, inclusive do ponto de vista das condições pessoais, orgânicas e econômicas, indica soluções criativas e individuais (LOPES, Ruth, 2006, p.95).

O aluno precisa desenvolver sua criatividade, face à complexidade dos problemas que afetam os idosos institucionalizados, pois estimular estes indivíduos é uma tarefa difícil.

Ele precisa desenvolver sua capacidade para resolver os problemas de forma criativa, a fim de poder enfrentar os problemas complicados que são encontrados sobretudo nas pessoas debilitadas da terceira idade (COTT, 1998).

Os alunos do Curso de Fisioterapia atendem os idosos individualmente e em grupo, com diversas técnicas e modalidades fisioterápicas, utilizando essencialmente o conceito de movimento (COTT *et al.*, 1995), baseando-se nas necessidades e objetivos destes indivíduos (THOMAS, 1998). Deste modo, os alunos começam a perceber os idosos no sentido mais global, ou seja, compreendendo-os como indivíduos biopsicossociais, lidando com o lado humano através do aprimoramento do comportamento e das atitudes, desenvolvendo relações de afetividade, atendendo às necessidades e sensibilizando-se com as queixas dos idosos. As atividades realizadas pelos estagiários têm significados comuns ou diferenciados para os idosos, numa perspectiva biopsicossocial no seu ambiente.

Os problemas das pessoas da terceira idade costumam ser múltiplos em vez de isolados, consistindo muitas vezes em um padrão complicado de fatores interligados de origem biológica, psíquica, psicossocial, econômica e ambiental (PICKLES; COMPTON, 1998, p.8).

5.8.1 A Comunicação

Orange e Ryan (1998) mostram que a comunicação é muito importante para o Fisioterapeuta, durante o atendimento ao idoso. Na avaliação, que é o primeiro

contato com o paciente, o profissional tenta logo de início reconhecer as alterações e dificuldades na comunicação. Nesse sentido, os autores preconizam um “Modelo para Melhorar a Comunicação”, para haver uma “Comunicação Eficaz” entre o Fisioterapeuta e o idoso. No entanto, para que isso ocorra, existem alguns aspectos a serem levados em consideração:

Primeiro, são as modificações do idoso, pelo processo de envelhecimento e as doenças, comprometendo as estruturas orgânicas que participam na comunicação. Os autores também chamam a atenção para a heterogeneidade do indivíduo, apercebendo-se da individualidade de cada idoso. “A criação da comunicação apropriada e individualizada, no trato com as pessoas idosas, exige flexibilidade, capacidade de adaptação e raciocínio crítico” (ORANGE; RYAN, 1998, p.130).

No segundo aspecto, o Fisioterapeuta evita as expectativas estereotipadas com relação ao idoso, impedindo um comportamento dependente e percebendo a capacidade do paciente. Os autores acrescentam ainda, a importância de o profissional conversar durante a terapia, preocupando-se com o indivíduo como um todo.

O terceiro ponto relaciona-se com a importância do Fisioterapeuta “estar preparado para aplicar os seus conhecimentos e sua capacidade de solucionar problemas, a fim de escolher e desenvolver abordagens adequadas” (p.130).

Quando as estratégias de comunicação são eficientes, o paciente tem melhoras na sua evolução (PHILLIPS; PEATMAN, 2002). Vários resultados de pesquisas científicas indicam que a comunicação é um instrumento clínico muito importante para os profissionais da área da saúde, com a finalidade de elaborar estratégias de comunicação capazes de atender às necessidades dos idosos (ORANGE; RYAN, 1998, p.137).

Em se tratando de idosos institucionalizados, o ambiente pode ser desfavorável à comunicação e, isso, devido principalmente à condição da própria pessoa, observa Orange e Ryan (1998, p.121):

A comunicação serve para estabelecer os relacionamentos e para exercer o controle sobre a própria vida. Ela assume importância especial na pessoa da terceira idade que corre o risco de ficar isolada em consequência de patologias diversas ou de seu status social e mental.

5.8.2 O Tocar

A Fisioterapia tem ao seu alcance um instrumento muito importante: as mãos. De acordo com as palavras de Montagu (1988), nota-se o poder do toque pelas mãos:

O uso do toque e da proximidade física pode ser a maneira mais importante de entrar em comunicação com uma pessoa agudamente enferma, transmitindo-lhe a noção de que é importante como ser humano e que sua recuperação está diretamente relacionada à sua própria vontade de melhorar. (GRANA, 1977 apud MONTAGU, 1988, p.374).

“Com o tocar queremos dizer o contato satisfatório ou a sensação satisfatória da pele de outra pessoa ou a própria” (MONTAGU, 1988, p.378).

5.8.3 O Atendimento ao Idoso

5.8.3.1 Avaliação

Para isso, o estagiário inicia uma avaliação do paciente, onde o primeiro passo é descobrir o diagnóstico médico e os medicamentos usados e estudar os exames complementares. Estes dados podem estar indicados no encaminhamento médico ou se não, serão pesquisados no prontuário do paciente.

Tendo estes dados ocorre o primeiro contato com o paciente através da anamnese para saber a história médica pregressa, história da doença atual, antecedentes familiares e história social. De acordo com Cott (1998), na entrevista também é importante identificar os objetivos do idoso, ou seja, a Capacidade Motora Preferida. A princípio são definidos pelo próprio idoso, mas se este tiver dificuldade em comunicar-se devido à presença de alguma deficiência ou alteração na cognição, esses objetivos podem sê-lo pelos familiares ou cuidadores.

Há, ainda, dois aspectos importantes a serem abordados na entrevista: pesquisar sobre os gostos do paciente e sobre a profissão ou ocupação exercida antes e depois de aposentado. É de suma importância conhecer estes dados, para incluir no plano de tratamento, condutas criativas que abarquem esse sentido, para haver motivação e interesse por parte do paciente.

Para determinar a capacidade motora atual e a origem da diferença entre esta e a capacidade motora preferida, existe a necessidade de fazer uma bateria de exames, que muitas vezes pode durar várias sessões, até à obtenção de todos os dados relevantes (COTT, 1998). O autor acrescenta ainda, que o Fisioterapeuta pode alterar a forma de examinar, trocando o modo tradicional, por uma maneira mais funcional, através de atividades cotidianas realizadas pelo paciente.

Por isso, na avaliação do estágio, o idoso é observado através de diversos testes e escalas e nas suas atividades diárias, que incluem o seguinte: o exame físico, que abrange a inspeção, a palpação, a verificação dos sinais vitais e a avaliação respiratória, avaliação da mobilidade nas várias posições, altura e peso, avaliação postural em ortostatismo, na cadeira (caso o idoso seja cadeirante) ou, até mesmo, no leito²⁵, a avaliação específica²⁶, atividades da vida diária²⁷, avaliação das atividades Instrumentais da vida diária²⁸, avaliação da mobilidade orientada pelo desempenho²⁹, teste da mobilidade funcional para os idosos que deambulam³⁰, teste cognitivo³¹ e realização de um questionário para detectar alterações no estado de humor³².

Depois de avaliar o paciente, o passo seguinte é definir as metas mais apropriadas, que se referem a três finalidades: preventiva, terapêutica e adaptativa. A primeira consiste em evitar complicações secundárias devido à diminuição da mobilidade. A segunda cifra-se na melhora ou manutenção da capacidade motora atual e a terceira preocupa-se com adaptação do idoso relacionada com os dispositivos auxiliares e o ambiente físico (COTT, 1998).

²⁵ Avalia-se a postura do idoso de acordo com o estado de mobilidade.

²⁶ A avaliação específica consta de alguns testes e provas direcionadas à especialidade da doença que o indivíduo apresenta.

²⁷ Utiliza-se o Index de Barthel (Mahoney, F.I.; Barthel, D.W. Funcional evaluation: the barthel index. Maryland State Medical Journal, p.61-65, Feb.1965).

²⁸ Utiliza-se a Escala de Lawton (Lawton, M.P. *et al.* A research and service oriented multilevel assessment instrument. J Gerontol, v. 37, p.91-99, 1989).

²⁹ Escala que avalia a mobilidade através da observação do equilíbrio e da marcha (Tinetti, M. Performance-oriented assessment of mobility in elderly patients. JAGS, v. 34, p.119-126, 1986) e resultando no escore de risco de quedas (Pareja, F.B. *et al.* Neurogeriatria. Madri: Aula Medica, 2001. 372 p.

³⁰ Utiliza-se a Escala "The timed up & go" (Podsiadlo, D.; Richardson, S. The timed "up & go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. JAGS, v. 39, p.142-148, 1991).

³¹ Utiliza-se o teste do Mini-mental para verificar o alterações cognitivas (Folstein, M.F.; Folstein, S.; McHugh, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, v. 12, p.189-198, 1975).

³² Utiliza-se o questionário para identificar alterações do estado de humor e a tendência de depressão (Yasavage, H.A.; Brink, R.L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research, v. 17, p.37-49, 1983).

A capacidade de movimento dos idosos é influenciada pelos efeitos do processo de envelhecimento, pela doença e pelo ambiente. O conhecimento desta questão é indispensável para o Fisioterapeuta vencer um grande desafio: definir as metas para as pessoas idosas (COTT, 1998).

5.8.3.2 Os Objetivos

O objetivo do paciente, que é capacidade motora preferida, decompõe-se em pequenos objetivos, ou seja, em várias etapas. Cada etapa tem que ser alcançada progressivamente, para evitar tarefas muito fáceis ou difíceis de mais, desanimando-o e levando a perder o interesse pela terapia. Por isso, para verificar os resultados das metas, torna-se necessário realizar uma reavaliação, determinando a necessidade de mudar ou manter a sua conduta para redefinir as suas metas (COTT, 1998).

Thomas (1998), afirma que o Fisioterapeuta deve esforçar-se para identificar e programar exercícios e atividades que atendam às necessidades físicas, psíquicas e sociais dos pacientes idosos. Neste ponto de vista, o Fisioterapeuta tem de conseguir basear-se nas capacidades e nos objetivos do paciente, aumentando as chances de manter hábitos de vida mais ativos nesses idosos.

5.8.3.3 A Conduta

A Fisioterapia nesta instituição atua da mesma forma preconizada por Mangione (2002, p.425), por intervenção indireta e direta. A primeira consiste nas reuniões com a equipe de profissionais, onde se discute sobre os pacientes e também sobre os problemas do asilo. Este tipo de intervenção abrange, ainda, as instruções dadas aos outros componentes da equipe, principalmente à equipe de auxiliares de enfermagem. As instruções incluem o estimular das capacidades funcionais, os posicionamentos, as transferências e o alertar sobre fatores que favorecem os riscos de quedas. A segunda intervenção incide na atuação com o paciente. São aplicados exercícios terapêuticos, treinamento funcional nas atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária e na prescrição e treinamento com dispositivos auxiliares. As intervenções através de

exercícios são realizadas com atividades de resistência aeróbica, como a conscientização da postura, os fortalecimentos e os alongamentos.

Lewis e Bottomley (1993 apud O'BRIEN; TOPPING, 1998, p.451) enumeraram sete formas de atuação da Fisioterapia:

1. A prescrição de exercícios, além dos citados acima, podendo acrescentar-se os exercícios de coordenação e de relaxamento;
2. O treinamento da capacidade funcional;
3. O treinamento com dispositivos auxiliares;
4. A utilização da eletroterapia;
5. O tratamento da dor aguda ou crônica;
6. O treino do aparelho cardiorrespiratório;
7. A instrução aos cuidadores sobre transferências, posicionamentos, promoção de saúde e prevenção.

Com o objetivo de conscientizar os idosos sobre sua saúde, a turma de estagiários de Nuno procura estimular-los por meio de exercícios respiratórios, de fortalecimento muscular e de alongamentos, e também por intermédio da terapia de grupo, em que se utilizam jogos e música, para animá-los e melhorar a sua auto-imagem dos idosos (SETTI, 2002).

Segundo O'Brien e Topping (1998, p.451) "a prescrição de exercícios individuais ou em grupo é provavelmente a atividade de manutenção mais freqüente: suas vantagens são às vezes espetaculares, particularmente nas pessoas muito idosas" (ANEXO 17 e 18).

No momento da terapia de grupo, os pacientes do gênero masculino oferecem resistência em participar desta atividade, sempre as mulheres estão em maior número e quase sempre constituem dobro dos participantes. Helman (2006, p. 158) tem uma explicação para este fenômeno:

Diante do sofrimento e da dor, espera-se que os homens tenham uma postura desprovida de emoções. Espera-se que sejam estóicos, não se queixem e, assim, resistam a consultar um médico ou outro profissional da saúde (especialmente se esses forem homens). Em muitos casos, o estoicismo pode ser contraproducente à saúde, pois pode levar alguns homens a ignorar os sintomas iniciais de uma doença grave, ou o próprio médico a subestimar a gravidade de uma doença.

Desta maneira, a utilização do movimento é muito importante para o Fisioterapeuta lançar mão de estratégias de prevenção ou proporcionar tratamento

direto individual ou para grupos de idosos (THOMAS, 1998). Até mesmo, pensando em mudar este conceito de saúde no gênero masculino, para alterar as estatísticas, com relação à longevidade masculina.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho constituirá numa pesquisa qualitativa e um estudo descritivo. Pensando neste sentido, Bogdan (1982 apud TRIVIÑOS, 1987, p.128) relata o seguinte:

A pesquisa qualitativa com apoio teórico na fenomenologia é essencialmente descritiva. E como as descrições estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga, e como aquelas, são produto de uma visão subjetiva, rejeita toda a expressão quantitativa, numérica, toda a medida. Desta maneira, a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto.

O foco principal deste tipo de pesquisa “está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno” (RICHARDSON, 1999, p.102).

6.2 UNIVERSO E SELEÇÃO

Esta pesquisa realizou-se no Asilo São Vicente de Paulo em Londrina onde se desenvolve o estágio curricular de Fisioterapia pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Durante 5 (cinco) ou 6 (seis) semanas, um grupo de alunos atende os residentes desta instituição. Após esse período, outro grupo retoma as atividades, favorecendo uma troca contínua no processo aprendizado/assistência, interrompido somente no período de férias.

Foram selecionadas pessoas com 65 anos ou mais, lúcidas (cognição preservada), que residem na instituição e são usuários dos serviços fornecidos pela Fisioterapia ou não. Para não identificar os participantes do estudo, o nome dos mesmos foi substituído e codificado pela letra “E” (de entrevistado) e, por um número, pela ordem da entrevista. Deste modo, os participantes serão identificados, como explica o exemplo a seguir: E1, E2, E3, até E21. As pessoas citadas na fala dos entrevistados foram trocados por pseudônimos.

Em poucas palavras Martinelli (1999, p.23) resume as características da população e a justificação da escolha da mesma:

Não se trata, portanto de uma pesquisa com um grande número de sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o qual estamos dialogando. Podemos conceder instrumentos que nos aproximem de grupos maiores, mas essa não é a nossa busca nessa tal metodologia de pesquisa. Como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências, não trabalhamos com amostras aleatórias; temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa.

As entrevistas foram realizadas na instituição no espaço que permitisse, no momento, maior privacidade e qualidade da gravação.

6.3 COLETA DE DADOS

O investigador tem um caminho a percorrer diante do objeto a ser pesquisado, utilizando-se de recursos metodológicos e pressupostos teóricos, procurando compreender a realidade, que ele torna próxima a partir dos procedimentos adotados (DINIZ, 2003, p.50). A pesquisa realizada numa Instituição de Longa Permanência para Idosos, onde ocorre o trabalho de campo, é a possibilidade de se conseguir não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também desenvolver conhecimento, partindo da realidade presente no local investigado (MINAYO, 2000).

A maneira do pesquisador colher informações intencionalmente num trabalho de campo, é através da entrevista (MINAYO, 1999, p.107), que foi a técnica utilizada neste estudo. Kahn e Cannell (1962 apud MINAYO, 1999, p.108) definem a entrevista realizada na pesquisa, da seguinte forma:

Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e centrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objeto.

Isso, através do tipo de entrevista aberta ou não-estruturada, segundo a classificação de Honningmann (1954 apud MINAYO, 2000, p.108), onde o indivíduo expõe livremente sobre o assunto referido. Parga Nina (1983 apud MINAYO, 1999, p.121-122) caracteriza este modo de entrevistar como uma “conversa com finalidade” onde o roteiro serve de orientação, e não de cerceamento da fala dos

entrevistados Desenvolvendo a sua opinião, Minayo (1999, p.122), ainda com relação a este método, descreve o seguinte: “O entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões”.

A comunicação é simbolizada pelas palavras (MINAYO, 1999, p.109), que podem apresentar vários significados, caracterizando a polissemia. No entanto, o contexto do diálogo tem a função de “filtrar a polissemia das palavras e reduzir a pluralidade das interpretações possíveis”, evitando o entendimento impróprio da fala dos indivíduos (RICOUER, 2000, p.28). O significado de um enunciado pode estar subentendido, ou seja, não “coincide com o conteúdo puramente verbal” (VOLOSHINOV-BALAKHTIN, 1926 apud PONZIO, 2007, p.163). “Significar é o que o falante quer dizer, isto é, o que intenta dizer e o que a frase denota” (RICOUER, 2000, p.24).

Ricoeur (2000, p. 27, 28), refere-se ao diálogo como um modo de comunicar e expressar a experiência e possibilitar uma troca intersubjetiva. Isto permite ao ser humano superar a “solidão”, não aquela causada pelo isolamento, mas o fato de poder transferir a significação da experiência, que é única de cada indivíduo. Este fenômeno extraordinário é classificado pelo autor como “um milagre”, explicando o seu pensamento pelo seguinte modo:

Por solidão não quero indicar o fato de, muitas vezes, nos sentirmos isolados como numa multidão, ou de vivermos e morreremos sós, mas, num sentido mais radical, de que o que é experienciado por uma pessoa não se pode transferir totalmente como tal e tal experiência para mais ninguém. A minha experiência não pode tornar-se diretamente a vossa experiência. Um acontecimento que pertence a uma corrente de consciência não pode transferir-se como tal para outra corrente de consciência. E, no entanto, algo se passa de mim para vocês, algo se transfere de uma esfera de vida para a outra. Este algo não é a experiência enquanto experienciada, mas a sua significação. Eis o milagre. A experiência experienciada, como vivida, permanece privada, mas o seu sentido, a sua significação torna-se pública. (RICOUER, 2000, p.27, 28)

Na “experiência social”, Martinelli (1999, p.23) destaca a “fonte oral” como uma forma de o pesquisador explorar os significados das vivências dos sujeitos, numa pesquisa qualitativa.

Para Tuan (1983, p.10), “experienciar é aprender; significa atuar sobre o dado e criar a partir dele. O dado não pode ser conhecido em sua essência. O que

pode ser conhecido é uma realidade que é um constructo da experiência, uma criação do sentimento e pensamento”. O autor completa o seu raciocínio destacando que a ‘Experiência implica a capacidade de aprender a partir da própria vivência’.

As experiências providas de significação são denominadas de percepções, ou seja, “o percebido é dotado de sentido e tem sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências” (CHAUI, 1999, p.122). “O mundo do sentido é o mundo real interpretado pelas abstrações imediatamente fornecidas pelos órgãos dos sentidos” (LANGER, 1958 apud TUAN, 1983, p.10). Por sua vez, as experiências perceptivas complementam o sentido das palavras, das frases e dos enunciados (PONZIO, 2007, p.149).

A sensação é o que nos dá as qualidades exteriores e interiores, isto é, as qualidades dos objetos e os efeitos internos dessas qualidades sobre nós. Na sensação vemos, tocamos, sentimos, ouvimos, qualidades puras e diretas: cores, odores, sabores e texturas (CHAUI, 1999, p.120).

O ser humano tem a capacidade de sentir as qualidades de um conjunto de sensações, e não as sensações isoladas, sendo que, as sínteses desta forma são as percepções (CHAUI, 1999, p.120).

Para Monteiro (2001, p.38):

A percepção é uma imagem do todo que é caracterizada por aspectos do passado associado à configuração da sensação presente. No entanto, passado e presente se complementam em um só movimento que propicia ao indivíduo reconstruir sua história perceptiva.

Não podemos deixar de abordar o assunto da memória, pois, Gose e Levi (1985 apud BAINBRIDGE, 1998, p.97), descrevem a maneira pelo qual a memória define a nossa individualidade e, entre alguns pontos de vista, destacam:

Ela guarda as nossas experiências sensoriais, de modo a sermos capazes de reconhecer imediatamente algo que vimos antes ou que conseguimos ver em nossa mente; algo que ouvimos antes ou conseguimos ouvir em nossa mente; ou de reconhecer um cheiro, um gosto, um toque.

O passado, ao ocupar o espaço mental individual, pode ser conservado ou elaborado, como explica Stern (1959 apud BOSI, 2004, p.68):

A função da lembrança é conservar o passado do indivíduo na forma que é mais apropriada a ele. O material indiferente é descartado, o desagradável, alterado, o pouco claro ou confuso simplifica-se por uma delimitação nítida, o trivial é elevado à hierarquia do insólito; e no fim formou-se um quadro total, novo, sem o menor desejo consciente de falsificá-lo.

Debert (2004, p.99), inicia um dos capítulos do seu livro intitulado “A reinvenção da velhice”, com uma observação interessante: “Pesquisar a velhice em asilos é frequentemente uma tentativa de aproximação de uma experiência que compreende, pelo menos, duas facetas distintas”. Aqui a autora refere-se às imagens negativas representadas pelo aspecto comovente da solidão e, às positivas, onde o idoso é visto como sábio, como o indivíduo com experiência acumulada, entre outras qualidades.

O atendimento dos estagiários está sob o “olhar” dos idosos, ou seja, o somatório das sensações será a percepção desta vivência que resultará em variados significados comuns e, também, distintos para os idosos.

As significações que descobrimos vêm do ser humano e de seu projeto e se inscrevem por toda a parte, na ordem das coisas e nas relações mediadas pelas estruturas enquanto ação humana objetivada (SARTRE, 1978 apud MINAYO, 1999, p.237).

Para esclarecer alguns aspectos importantes da pesquisa, utilizou-se as seis categorias da classificação de Lofland (1971 apud TRIVIÑOS, 1987, p.127), enumerados abaixo:

1. Os atos: São as ações ou procedimentos aprendidos durante o curso, realizados pelos estagiários no atendimento aos idosos.

2. As atividades: Estes procedimentos estão baseados na “Teoria do Movimento Continuum”, elaborada por Cott *et al.* (1995).

3. Os significados: São as produções verbais dos idosos que experienciam a presença dos estagiários de Fisioterapia. Uns recebem o atendimento, outros simplesmente observam esse atendimento.

4. A participação: É o envolvimento dos idosos que participam do estudo.

5. As relações: São as conexões entre aluno-idoso, ou seja, as ligações intergeracionais.

6. As situações: Segundo o autor são o “foco do estudo” que neste caso é o significado do atendimento realizado pelos estagiários.

A obtenção de dados subjetivos, definidos como as opiniões dos sujeitos, por Cruz Neto (2003, p. 58), foram registrados em gravação. Myers (2004, p.275), quando se refere ao registro, recomenda a utilização de material de boa qualidade,

quanto a microfones e gravadores; quanto ao ambiente, os ruídos não devem atrapalhar a gravação. É importante que o pesquisador esteja sempre atento às possíveis interferências que podem influenciar negativamente as opiniões do entrevistado e escolher um ambiente mais adequado permitindo maior facilidade de comunicação (RICHARDSON, 1999, p.95).

No primeiro caso, o do registro, foi realizado por um aparelho MP4, onde o microfone é embutido permitindo que a gravação seja clara suficientemente e, posteriormente transferida para um arquivo no computador. No outro caso, sobre o ambiente, seguiu-se as recomendações o melhor possível, mas evitou-se fugir do ambiente onde são realizadas as atividades, para facilitar a lembrança dos fatos.

Entretanto, o passo seguinte foi a transcrição, com a descrição exata da fala dos indivíduos como ela foi transmitida e até retratar ruídos e gestos, como sugere Myers (2004, p.275). Quando o diálogo é passado para a forma escrita, são inseridos “as marcas lingüísticas da enunciação oral” e, também, os fatos não lingüísticos, como expressões fisionômicas e gestuais simbolizadas por citações, pontos de exclamação e de interrogação (RICOEUR, 2000, p.29). O autor indica a importância da escrita, que referencia o homem no mundo:

Para nós, o mundo é o conjunto das referências abertas pelos textos ou, pelo menos agora, por textos descritivos. É nesse sentido que podemos falar do “mundo grego”; já não é imaginar o que eram as situações para os que lá viviam, mas designar as referências não situacionais exibidas pelos relatos descritos da realidade (RICOEUR, 2000, p.47).

Todo este procedimento será submetido à autorização da instituição e ao termo de consentimento livre e esclarecido para cada entrevistado.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa, utilizou-se a Hermenêutico-dialética, proposta por Minayo (1992 apud GOMES, 2003, p.77), que não necessita de técnicas de tratamento de dados e sim da sua autocompreensão (HABERMAS, 1980 apud MINAYO, 1999, p.219). Mora (1984 apud MINAYO, 1999, p.219), define hermenêutica como “a explicação ou interpretação de um pensamento”, numa forma literal ou simbólica.

O conjunto da hermenêutica e dialética determina o entendimento de uma fala ou de um depoimento (MINAYO, 1999, p.227). O atendimento dos alunos é

percebido como uma “ação humana” na atenção aos idosos institucionalizados, onde as práticas desenvolvidas no estágio centram-se numa visão biopsicossocial do indivíduo inserido no seu ambiente: a instituição asilar. Neste aspecto, a técnica referida é a mais indicada e com maior capacidade para dar uma “interpretação aproximada da realidade” (MINAYO, 1999, p.231).

Na pesquisa adotaram-se os seguintes passos preconizados por Minayo (1999) na execução dos dados, ou seja, no instante hermenêutico:

A) Ordenação dos dados: Esta fase compreendeu o mapeamento de todos os dados obtidos pela entrevista, que incluiu a transcrição das gravações, a releitura dos textos e a organização dos relatos numa determinada ordem;

B) Classificação dos dados: Neste momento os dados foram embasados com a fundamentação teórica. Esta fase pode ser dividida em duas etapas: A primeira consistiu numa ‘leitura flutuante’, constituída por leitura extenuante, minuciosa e redobrada das transcrições, para compreender as idéias centrais que transmitem os pontos-chave do tema do trabalho. Na segunda etapa, foi feita uma ‘leitura transversal’ de cada texto transcrito e realizado o “recorte de cada entrevista” em uma ‘unidade de registro’ e, em seguida, referenciada por assunto. Depois disto, operou-se uma seleção dos temas mais relevantes que evidenciaram as hipóteses do trabalho;

C) Análise final: Nesta fase, respondeu-se às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Pode-se destacar a resposta do tema central do trabalho, sobre o “Significado do Estágio de Fisioterapia numa Instituição de Longa Permanência para Idosos”.

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

7.1 O MOVIMENTO É VIDA

No corpo humano, as estruturas, desde as microscópicas até às macroscópicas, umas influenciando outras, apresentam-se sempre em movimento, ou seja, num estado de “Movimento *Continuum*” (COTT *et al.*, 1995). Na aceção de Monteiro (2001, p.87), “viver é ter movimento, enquanto morrer é a rigidez total”; neste sentido, pode afirmar-se, portanto, que, viver é estar em movimento. Seguindo este raciocínio, o movimento gera movimento, visto a imobilidade propiciar uma ação letárgica das estruturas orgânicas e, entre elas, levando à interrupção desta ação ou ao fim da vida. Aqui, refiro-me à imobilidade como síndrome ou causada por uma doença e não ao fato de estar imóvel por instantes (como, por exemplo, devido a um período de sono) pois, neste caso, como relata Ramos (2001, p.78), “ficar totalmente imóvel é movimento” dado que, internamente ocorrem movimentos como a respiração, os batimentos cardíacos, a digestão, entre outros.

A Fisioterapia utiliza-se principalmente do movimento nos seus procedimentos, visando compreender o idoso como um todo, um ser biopsicossocial no seu ambiente.

Na fala dos entrevistados, nota-se que a Fisioterapia substitui outras atividades que o idoso está impedido de realizar e que, no passado, praticava. É uma continuidade do movimento feita de outra forma:

É necessário. Não é que eu goste, é uma obrigação, necessidade, meu corpo exige e se beneficia. É essencial, é uma coisa muito boa. Para o organismo, recuperar muitas coisas que, como te posso dizer? Necessárias. O movimento necessário. Para viver bem, para estar bem, para o sangue circular, é necessário o movimento, eu sempre me movi, fui uma grande nadadora, uma grande amazona. Nunca melhorei, sempre estou bem, sempre me cuidei, sempre caminhei (E5).

Pra todo o mundo é bom, porque todos precisam movimentar o corpo. O movimento é bom pra tudo (E10).

Eu gosto porque eu reconheço que a terapia está em primeiro lugar, o próprio médico fala que a terapia inteira ajuda porque é essencial para o corpo humano (E15).

7.2 O MOVIMENTO VISANDO OS OBJETIVOS DO IDOSO

A Fisioterapia visa atender os objetivos do idoso, percebendo-os como “um ser único em constante processo de transformação” (LOPES, 2005, p.85). O movimento é executado com um propósito, ou seja, há intencionalidade de realizar uma ação (MIRALLES, 2006). Esta ação é efetuada conforme a capacidade motora preferida de cada indivíduo, definida pelos desejos de cada idoso (COTT *et al.*, 1995).

À parte da terapia, atendem de acordo com o que a pessoa sente, à parte da terapia, o exercício é outro, aí vai tocando de acordo com o cliente. Às vezes um cliente necessita de um exercício, eu necessito de outro, então quer dizer que o importante que cada um tenha saúde, porque eu tenho visto bastantes que saem da fisioterapia com saúde, agente ama e enfrenta com amor. Então é muito importante que agente (...), como se diz? Corresponde usar a terapia porque é uma coisa muito importante (...) eles curam de acordo, então; agente sente bem, sentindo bem, agente gosta, tem amor e prazer na vida (E15).

Eu vejo o trabalho aí. Caminhando, massageando as articulações (faz movimento articular dos braços); é o trabalho do fisioterapeuta, né? Acho muito bom isso aí viu porque está cuidando de uma pessoa que necessita de um tratamento desses (E12).

7.3 ENSINAR O MOVIMENTO

Segundo Fry (1992 *apud* BAINBRIDGE, 1998, p.102) a “adoção de estratégias educacionais apropriadas e de intervenções terapêuticas que estejam de acordo com o potencial do indivíduo para o aprendizado”, é de suma importância para o idoso.

Através da interação social realizada pelos indivíduos, muitas transformações ocorrem e o significado de cada ação efetivada possibilitará a cada um construir novos laços de relação, novas formas de compartilhar o aprendizado com outros indivíduos (MONTEIRO, 2001, p.35).

Os idosos aprendem através das orientações, dando prosseguimento ao tratamento em outros horários, durante o dia e não somente no horário da Fisioterapia, na presença dos alunos. Aprender a fazer o movimento, é algo importante para alcançar os objetivos do idoso. As orientações são importantes:

É importante porque agente aprende, tira as dores que agente tem no corpo, nas pernas. Por isso que eu acho que é bom. Agente melhora muito, a fisioterapia é boa. Antes tinha muita câimbra nas pernas, melhorei, melhorei bastante (E9).

Então eu gosto, eu uso com amor, eu faço aqui na cama aquilo que eu aprendi. Os exercícios, eu faço, às duas pernas, com as mãos, viro a cara para trás, viro pra lá, pra cima, pra baixo, por quê? Porque eu sei que trabalhar, sei que é uma coisa importante para o corpo humano (E15).

Bom eles fazem o que agente precisa, ensina a gente a fazer movimentos, né? (E14).

A conversa é importante porque “distrai, uma troca de fala assim, né? Agente aprende mais um pouquinho (E16).

7.4 SENSAÇÃO DE LIBERDADE

Os entrevistados mencionam as sensações de “desenrolar”, “desamarrar” e “desprender” para se libertarem do seu “casulo”, na perspectiva de viverem uma nova fase na sua existência. “Querer viver é sempre e indissociavelmente querer fruir e se regozijar, querer desenvolver seu ser, sua potência, sua liberdade, sua virtude – é querer viver bem” (COMTE-SPONVILLE, 2007, p.79).

É importante porque agente ganha saúde. Porque do jeito que eu entrei aqui, eu entrei aqui enrolado. Eu sentava em cima dos pés, sentava encima das pernas, os pés ficavam para trás, infelizmente. Aí quando eu comecei, já foi desenrolando tudo, foi soltando. Aí quando começou esses exercícios, levar o pé para cima, eu já comecei a sentir que os nervos iam desamarrando e os músculos foram chegando ao lugar. Então eu não balançava a perna, nenhuma das duas, agora até essa aqui, ó (...) ³³, eu balanço ela. Quando eu cheguei aqui nada podia fazer, porque me carregavam pra lá, pra cá, pra lá e pra cá, pro banheiro, pra cama, me tiravam da cama me colocavam na cadeira, levavam pro banho, tomava banho sentado na cadeira, não tinha condição de fazer coisa nenhuma. Eu era cheio de dor, dava câimbras, me amarrava tudo, eu não tinha condição de ficar sentado assim ³⁴. Da cadeira de rodas passei para este cavalete ³⁵ (E15).

Fico aliviado. Às vezes o corpo está pesado, amarrado, então eu sinto assim..., como é que chama? Aliviado (E16).

Sentia depois da terapia o corpo mais aliviado. Assim... como se diz? Mais solto o corpo, com mais disposição para andar (E19).

³³ Para explicar que melhorou o movimento do membro inferior, o entrevistado começou a balançá-lo.

³⁴ O entrevistado estava sentado com os membros inferiores para baixo. Neste momento o entrevistado mostra que já consegue deixa-los nessa posição, coisa que antes não fazia.

³⁵ Cavalete refere-se ao andador.

Porque eu estou tendo um alívio mais bom, viu? Sinto bem aliviado. Tá bom graças a Deus. Estou aliviado, o andar do corpo, andar é mió, melhora bastante (E13).

Que agente fica com o físico mais leve, esquece os problemas, esquece as atividades que agente não gosta, agente esquece tudo na aula da fisioterapia, agente se desprende, parece que fica mais desenvolto, mais maleável (E8).

7.5 O TOQUE QUE ROMPE A SOLIDÃO

O toque massageia suavemente os sentimentos de angústia do idoso, confortando e aliviando o sofrimento. Nas falas dos entrevistados entende-se o toque como um sinal de afeto, transmitido de várias maneiras: pelo contato físico, pelo olhar, pelo diálogo - onde se fala e se escuta.

O “envolvimento emocional do tato” é um meio de se aproximar do “isolado ancião e comunicar-lhe amor, confiança, afeto e calor humano”; uma vez que se apresenta desamparado e vulnerável devido às suas deficiências (MONTAGU, 1988, p.372).

A fala é a forma do indivíduo transmitir a significação de suas experiências e sentimentos (RICOUER, 2000) e a escuta, um modo de compartilhar (BARTHES, 1982 apud PONZIO, 2007, p.275), “[...] é estar aberto existencialmente da presença, enquanto ser-com os outros”, “[...] o ouvir possui o modo de ser de uma escuta compreensiva” (HEIDEGGER, 2006, p.226).

Afora a fala e a escuta, o silêncio é outro elemento que constitui o diálogo. É a forma de compreender “aquele que não perde a palavra” (HEIDEGGER, 2006, p.228) e transformar o que se ouve, numa escuta lógica e não passiva (FOUCAULT, 2006, p.410). Nisto o autor também afirma a importância de não interromper quem fala, ficando calado.

Foucault quando se refere à escuta lógica, revela a importância do silêncio e de outros componentes, tais como as atitudes físicas e a atenção. No primeiro caso, pode haver uma interferência na escuta se houver agitação, mas, se a tranquilidade imperar, ocorrerá com certeza uma escuta lógica. No outro caso, a atenção é indispensável, para “apreender o que é dito” (FOUCAULT, 2006, p.419). “Quando se ouvir alguém dizer alguma coisa de importante, [...] procurar recolher-se, guardar silêncio para melhor gravar o que se ouviu [...]” (FOUCAULT, 2006, p.421).

Na área da saúde o diálogo não pertence apenas ao início do tratamento, quando o fisioterapeuta realiza a anamnese, e sim faz parte do próprio tratamento, direcionando à cura (GADAMER, 2006, p.133). Para ter este efeito, o de participar da cura, tanto a fala como a escuta, são de forma útil, ou seja, a fala com destreza ou “arte” e, a escuta, com experiência, competência, prática, atenção, entre outras (FOUCAULT, 2006, p.408).

Referindo-se ao olhar, Claude Gandelman (1991 apud PONZIO, 2007, p.267), coloca que, ‘o olho é uma criatura tátil, um agente de contato humano. Em virtude do seu simples toque o olho dá vida’.

Todas as sensações descritas têm grande importância para estimular os relacionamentos do idoso, reforçando Zimmerman (2000, p.136), em suas palavras, esta idéia, de que “o contato com outras pessoas, ver, falar, comunicar-se, trocar afeto, [...] cria novas condições de vida. É o calor humano, aquele abraço, aquele papo, fazendo a pessoa viver mais e em melhores condições”.

“Juntos”, é a palavra que Comte-Sponville (2007), indica que ninguém pode viver só. Cada pessoa depende de outras vidas humanas; afinal vive-se em comunidade. E é o que alguns idosos sentem no asilo: estão rodeados de pessoas, mas sentem-se sós, e essa sensação é rompida com a atuação dos estagiários, segundo os relatos dos entrevistados:

Me sentia bem, caminhava, conversava. Vivo muito na solidão, fico sem falar com ninguém, (...). Conversava da casa, do namorado dela, também falava do cachorrinho dela. Uma vez colocou uma luz aqui atrás, onde me doía. Acho bom, porque eu acho que agente se distrai, tira as coisas da cabeça, a tristeza, porque agente vive na solidão. Eu também sofro de solidão, dá vontade de chorar muitas vezes (E9).

Caminhada eu gosto de fazer, mas não tenho companhia. Agente vive muito sozinha (...), e ter uma pessoa para ajudar agente, agente gosta. Agente precisa muito de terapia, porque agente vive muito sozinha e agente gosta de estar com o pessoal (E3).

É importante porque a pessoa pra começar tem um amigo ou uma amiga, pra andar, pra dar umas caminhadas e fazer ginástica (...). Eu gosto é de ter amizade com todo o mundo (E17).

É ruim quando termina, fico parada sentada, sozinha lá no meu canto. Tenho amigas, mas elas conversam pouco, os alunos de fisioterapia conversam mais (E1).

Eu acho bom, agente se distrai um pouco, faz caminhada (...) Às vezes agente não está a fim de andar, aí ele vem, dá aquela força, daí agente sai para caminhar, se distrai, conversa (...), vê outras pessoas. Penso numa coisa sentimental da minha vida, eu choro e desabafo. Agente vai

conversando, lembro daquela mágoa, vai ver estou chorando (...), é uma pessoa que entende, aí costuma dar uma força para agente. Assim, desabafo e me sinto bem (E2).

Eu gosto de estar no meio do pessoal, dos meus colegas, das minhas amigas e de vocês. Fico meio triste porque eu gosto de ficar no meio do pessoal igual eu tava. Como agente está aqui, conversando, agente identifica muita coisa (E21)

7.6 Os ESTÍMULOS DA NATUREZA

Como já foi descrito anteriormente, os cadeirantes passam o dia num refeitório, e só muito raramente saem desse ambiente. Quando os estagiários vêm buscá-los para o atendimento, muitas vezes antes de começar a terapia, dá-se um passeio nos jardins e são atendidos aí mesmo. Essa mudança de ambiente proporciona o contato com a natureza estimulando os cinco sentidos: táteis, visuais, auditivos, gustativos e olfativos. Consequentemente, o movimento ocorrerá.

A natureza proporciona uma grande quantidade de estímulos, percebidos pelo idoso, de uma forma integrada, trazendo satisfação, bem estar e a redescoberta da vida. Nos jardins do Asilo o tato é estimulado através do vento, do calor do sol, das flores e outros vegetais que muitas vezes são tocados e manuseados. Visualmente, há ainda a quantidade de cores representadas pelas árvores, arbustos, grama, flores, pedras e pelo céu; essas cores se contrastam estáticas ou em movimento, dependendo da presença do vento ou não. Acresce o movimento dos pássaros e insetos que também apresentam suas cores. A gustação vem pelo sabor de frutas como a tangerina e a jabuticaba, das próprias árvores situadas nos jardins ou perto da casa. O olfato surge pelo perfume das flores. A audição, pelos ruídos das árvores se movimentando ao vento e pelo piar dos pássaros. O silêncio e a calma trazem paz, relaxam e, “no campo do pensamento, o silêncio é indispensável. Permite a concentração, o recolhimento próprio à reflexão” (GUITTON; ANTIER, 2003, p.193). Todas essas sensações podem ser desfrutadas “poliformicamente”, como menciona Tuan (1980, p.111).

De acordo com tal pensamento, Damásio (1995, p.233) descreve as alterações fisiológicas do organismo humano, com a visão da paisagem predileta, uma vez que, a percepção desta imagem não é recebida como uma imagem fotográfica, mas como um conjunto de sinais que vão alterar o organismo. Uma

grande quantidade de estruturas é ativada em seqüência e/ou ao mesmo tempo, possibilitando respostas adequadas ao que foi sentido.

Segundo Tuan (1980, p.159) o desenho do jardim tem uma função muito maior que fornecer uma visão privilegiada, mas a de envolver e rodear as pessoas para descobrir constantemente cenas diferentes. Os fenômenos naturais podem ser interpretados de forma diferente de indivíduo para indivíduo, tudo depende das experiências e da cultura de cada um. “O meio ambiente pode não ser a causa direta da topofilia, mas fornece o estímulo sensorial que, ao agir como imagem percebida, dá forma às nossas alegrias e ideais” (TUAN, 1980, p.129). Eventos simples da natureza, nos jardins, podem despertar a atenção desses idosos que se apresentam numa nova condição da sua vida. Quando a Fisioterapia é realizada nos jardins ou nos pátios, o movimento é feito com mais prazer:

Acho que faz bem, é bom para nós que estamos precisando. Porque faz movimento, agente olha para a natureza (...) é a agente olha para as árvores. Ir com a fisioterapeuta lá fora é melhor, porque acho mais estímulo, a pessoa que é fisioterapeuta, explica pra gente e vai afirmando cada vez mais, melhorando, melhorando (E14).

É, por causa do nervo e da cabeça também o miolo da pessoa, o sentido do juízo, vai andando assim, fica olhando tudo, ele trancado lá dentro ele não vê nada, ele saindo assim acho que ajuda um pouquinho porque a visão, o céu (...). Só, é difícil, a turma que está aí são eles que você ta vendo todo o dia aqui, o resto ta lá dentro, lá dentro não sai, porque são tudo aqueles sentados e daquele jeito. É importante para esticar o nervo, os nervos ficam assim e para eles não ficarem assim amarrados. E ficam agitando o corpo. Isso pra eles é muito bom, esse negócio da terapia. Enquanto eles estiverem lá com uma bola, um pau, fazendo qualquer coisa ali o nervo está agitando o sangue, eles ficam contentes, tenho certeza que eles ficam bons (E20).

(...) a fisioterapia incentiva o idoso, (...) são bons os exercícios, não só trabalha o físico, mas pra mente também, pra toda a fase geriátrica é bom a fisioterapia” (E8).

7.7 SEMPRE É TEMPO DE MOVIMENTAR

Na opinião dos entrevistados, qualquer indivíduo deve-se movimentar, mas para o idoso é muito importante realizar exercícios, para evitar os efeitos deletérios da imobilidade e, também, no intuito de viver com qualidade de vida. “[...] nossa parte como ser humano, de fazer com que o futuro esteja sempre mantido novamente aberto e de abrir novas possibilidades” (GADAMER, 2006, p.88). O

movimento modifica a forma dos idosos observarem o tempo. Estimula as pessoas a aproveitar melhor o tempo, porque segundo Virgílio “o tempo foge, o irreparável tempo” (FOUCAULT, 2006, p.420).

Nesta fase se agente ficar sem se exercitar, agente fica parece que o corpo fica tenso, o físico tenso parece que é mais difícil de fazer as outras atividades, até as atividades manuais (E8).

Caminho, não sou uma pessoa de poucos anos, me custa. Faço o que me mandam, tudo o que me dizem, assim, assim, assim³⁶. Faço movimento ao corpo, senão o corpo fica duro. Ginástica às mãos, com a cabeça de um lado para o outro, vejo jogar a bola um para o outro, caminhada; os velinhos sempre estão caminhando aí (E4).

É porque alonga a vida da gente, agente tem mais resistência no corpo, não fica parado como os outros, caminhando pra lá, pra cá, tem mais disposição. (...) andar, passear, dar uma volta aqui por dentro, fazer ginástica também. Eu me sinto muito bem com os exercícios (...) fazem caminhada, deitam no tablado, fazem ginástica com o corpo deles e fazem caminhar eles para poderem andar. Ativa agente ficar mais esperto, mais fortinho, ter mais resistência, conversar, andar, também alguns magrinhos bem travadinhos começam a andar, pá (...) estão caminhando por aí, andando. No andar, no conversar, ficam mais ligados (E16).

É importante porque prolonga mais a vida, para todos nós, né? Tanto faz na velhice como na juventude, parar não pode, né? Se ficar parado, aí vai parando, pára as pernas, pára os músculos, o físico. Tudo pára, né? Vai enferrujando, né? Ó, pra eles é bom porque ajuda a desenvolver o físico deles, prolonga mais um pouco a vida, e é por aí (E12).

Acho que é válido, é muito bom, porque aqui tem muita gente que coitados estão bastante já de idade avançada e então é bom praticar a terapia para desenvolver um pouco mais (E11).

Estou parado fica frio, aí faço a terapia e só esquento as juntas depois de fazer ginástica. É bom pra mexer com as juntas do corpo, pra mexer com a circulação, pra circulação sempre estar normal, não pode sair do normal, se não a pessoa vai mal (E17).

Porque fazem um pouquinho de física, andam, caminham, se não ficam sentados e alguns não têm condições de caminhar sozinho, também nem pode deixar, um problema de visão, outro de audiência³⁷, então estão bem acompanhados, cuidando. A casa não tem condições de ter funcionários para dar a volta com todo o mundo (E7).

7.8 EQUILIBRA AS FUNÇÕES ORGÂNICAS

A inatividade é prejudicial ao corpo humano, levando à diminuição da capacidade funcional de um ou vários sistemas, o que por sua vez diminui o

³⁶ A entrevistada começa a demonstrar os exercícios que costuma realizar na Fisioterapia.

³⁷ O entrevistado refere-se ao sentido da audição.

condicionamento físico e, conseqüentemente, conduz a uma incapacidade adicional (HALAR; BELL, 1994). Segundo os autores, a incapacidade pode ser temporária ou permanente; tudo depende de o estado de inatividade ser ou não substituída por atividade. Daí a importância da utilização do movimento, pela Fisioterapia, como pode-se notar nas palavras do entrevistado:

Eu acho que para mim tem dado certo, o corpo fica mais firme, melhorou para comer, para dormir. Ficar com o corpo parado demora a fazer obra. Tenho vontade de ir ao banheiro. (...) firma o corpo, dá mais saúde; saúde para o corpo. É para movimentar melhor o corpo (E10).

7.9 ESPERANÇA PARA VOLTAR

Segundo Guitton e Antier (2003, p. 88), *sperare*, do latim, “a esperança é uma disposição do espírito que o leva a crer na realização daquilo que ele deseja”. Perder a esperança pode estar presente em muitas mentes idosas, uma vez que, a vida, trouxe para o indivíduo desenganos e pessimismo. O autor acrescenta que a esperança se aprende cultivando-a.

Eu penso em ficar bom, que o movimento vai me fazer andar. Porque eu estou doente, e no meu caso, eu preciso de fisioterapia pra andar, pra passear, ir à cidade, trabalhar (...), agente vê os outros trabalhar, também trabalhava, dá vontade de trabalhar, infelizmente não é possível (E14).

Até agora acho que não está dando resultado. Todo o mundo fala que é bom, e então vou fazendo, quem sabe pode dar certo é um tratamento que pode levar tempo, para melhorar, né? Conforme as pessoas falam é problema nos ossos, dos nervos, vai reforçar. Eu não sei, eu me sinto mal dos nervos, mas eu não sei o que é, sinto dor nos nervos, nos músculos, nas juntas, dói tudo o meu corpo, tem dias que dói todo o meu corpo. Na hora desaparece a dor, o meu corpo fica mais apumado, mas depois, de repente parece que vai desmoronando todo (...) (E2).

7.10 A HUMANIZAÇÃO

A humanização é demonstrada durante o tratamento através de pequenas atitudes. “As nossas atitudes como Fisioterapeuta determinam o nosso relacionamento com os pacientes, a escolha do tratamento e, em última análise, a nossa prática diária ao trabalharmos com pessoas da terceira idade” (SHILTON, 1998). O autor acredita que “a formação da atitude do profissional de saúde está sob

a influência do seu ambiente acadêmico ou de sua formação profissional” (SHILTON, 1998).

As técnicas de Fisioterapia são necessárias para se obter um resultado satisfatório; todavia, as atitudes que evidenciam solidariedade para com as pessoas idosas que se sentem fragilizadas e vulneráveis, também são importantes durante o processo terapêutico (MONTEIRO, 2001).

(...) gostei da terapia de vocês, fui bem atendido pelas meninas (...) depois que fazem a terapia, tomam água, colocam óleo, então quer dizer, aquilo é produção para eles (E19).

(...) estou muito contente, porque as meninas são muito atenciosas, é um trabalho organizado e que agente vê os resultados (...), todos trabalham com muita disposição, e não fazem discriminação de nenhum idoso (E8).

Fazem muito bem, fazem fisioterapia às pessoas que necessitam fazer caminhada, às vezes não têm condições de fazer sozinho o exercício (E5).

Vejo ajudando os outros (E3).

7.11 COMO ALGUÉM DA FAMÍLIA

Existem casos em que o idoso, ao entrar numa instituição, pode começar a desenvolver laços familiares com as pessoas mais próximas na vida cotidiana e conhecendo os gostos e necessidades dele (ZIMERMANN, 2000). Este fenômeno acontece devido ao verdadeiro afeto que os alunos transmitem em suas atitudes e ações exprimindo um profundo calor humano (BIZE; VALLIER, 1985, p.218), dando a sensação de conforto e proteção (PARK, 2004, p.11).

Precisamos apenas observar as respostas de pessoas idosas a um carinho, a um abraço, a um tapinha de leve em sua mão, a um apertão afetoso, para sentir quão vitalmente necessárias essas experiências são para seu bem-estar (MONTAGU, 1988, p.371).

Eu estou vendo a Dna Gina que sempre sai de mão dada, sai dá aquelas voltinhas, conversam com ela, são um amor de pessoa, ela se sente bem, como gente. Eles pegarem e fazerem exercício, fazer movimento com o braço, pessoas que não movimentavam o braço e já estão movimentando. Os alunos são pessoas dedicadas, maravilhosas, sabem conversar, não são assim, estúpidos, são pessoas que dá gosto de conversar como se fosse irmão ou pai da gente, então isso que agente está enxergando, (...) eles sentem bem. Têm um carinho especial pela gente (E7).

7.12 A SEGURANÇA

O receio de cair está quase sempre presente nos idosos que já passaram por essa experiência. De acordo com Vellas (1997 apud CHANDLER, 2002, p.265) “[...] uma única queda resulta no medo de cair, o que leva, desde à perda da confiança na capacidade de a pessoa realizar as tarefas rotineiras, até à restrição nas atividades, ao isolamento social e à dependência aumentada dos outros”. Para evitar a imobilidade, um dos objetivos da Fisioterapia é restabelecer a confiança do idoso, quanto à sua capacidade de se movimentar da maneira mais segura e eficaz possível em seu ambiente (SIMPSON, 1998). Neste caso, o papel dos estagiários durante o atendimento, consiste em oferecer segurança:

Se precisa de ajuda tem uma companhia pra ajudar. Eu caí aí uma vez, não consegui levantar, se quiser sair aqui pra fora, se eu cair tem que ter alguém para levantar, pra caminhar eu tenho perna boa (E17).

Há aqueles que acham que estão sozinhos, para eles andar um pouquinho, podem sofrer de alguma zonzurinha talvez então eu acho que eles gostam de ter uma pessoa junto com eles. Eu creio que é isso daí. Porque a situação deles, o tipo de doença. Eu acho que eles gostam, de estar com uma pessoa junto com eles, no pensamento deles: sozinho posso cair, com uma pessoa já não (E20).

(...) esforçam um pouquinho, andam, saem um pouquinho porque sentem seguros, estão acompanhados (E7).

7.13 MOMENTOS DE ALEGRIA E SATISFAÇÃO

O movimento realizado num programa de exercícios é especialmente importante para a saúde e para melhoria da capacidade funcional, ou simplesmente pode proporcionar prazer (THOMAS, 1998). “A única verdadeira alegria é a alegria verdadeira, quero dizer: a que sentimos, quando somos capazes, diante de uma verdade” (COMTE-SPONVILLE, 2006, p.112).

Eu me sinto bem, alegre e satisfeito (E14).

Sinto-me animada, porque vocês estão fazendo pro bem de nós (E10).

É bom porque anima o povo. Quando vocês vêm aí, um vai jogar à bola, outro vai fazer movimento dos braços, à cabeça, a tudo (E6).

Vejo no rosto das pessoas, no jeito das pessoas, que estão gostando (...), ficam mais alegres (E9).

(...) me levavam no gramado, eu caminhei na linha aqui, chutava a bola, ela jogava a bola, eu pegava com a mão, mil e uma maravilhas (E15).

7.14 A PRESENÇA

Os idosos todos os dias se sentem envolvidos com a presença dos estagiários, tanto diretamente num atendimento como, indiretamente, pelo simples fato de o aluno estar na instituição e, de vez em quando, aparecer e interagir com um sorriso, com um cumprimento, ou até mesmo, com uma pequena atenção. Este envolvimento só ocorrerá se o idoso for notado, como um indivíduo presente. “A presença significa algo que, com seu comparecimento, preenche um espaço” (GADAMER, 2006, p.81) proporcionando bem-estar ao indivíduo.

(...) a amizade com todos, com vocês aí, qualquer coisa vocês estão passando, agente fica alegre. Graças a Deus vocês estando aí, agente está animoso, agente fica mais alegre. Quando vocês saem, agente fica triste. (E21).

7.15 A AUSÊNCIA

(...) se vocês pará de dar as voltinhas com eles aí se não vim mais, é capaz que vai morrendo, morrendo amanhã, porque não tem ninguém que averte eles, não tem quem dá a voltinha com eles, não tem quem fique conversando com eles, eles gostam de estar conversando com outra pessoal (E20).

Muito ruim, é pior coisa, sem movimento, acarreta travamento nas pernas, em tudo, a mente fica carregada, sem poder andar, sem poder ver a natureza (E7).

Fazendo a terapia desenvolve os músculos, nervos, e alonga a vida, porque se parar logo fica entrevado (...) as pessoas que não praticam nada, então às vezes com 60 anos, parece que tem 75, 80 anos (E11).

(...) sair é bom, ficar sempre sentado é ruim (E1).

E nos finais de semana, feriados e férias:

Fica todo o mundo encolhido, as mulheres ficam tudo num cantinho encolhidas, os homens não funcionam direito, ficam todos parados (E6).

7.16 A RECUPERAÇÃO É VISÍVEL

A possibilidade para os idosos de voltarem a fazer as coisas que faziam, ou de melhorarem a condição de vida na instituição, deve-se não só ao “bem-estar”, mas à “plena recuperação” (GADAMER, 2006, p.134). “A saúde depende de muitos fatores e, no final, encontra-se não somente a saúde, mas a reintrodução do paciente na sua antiga posição na vida cotidiana”. Quando o Fisioterapeuta compreende que um corpo faz parte do ser humano como um todo, o termo “saúde” tem um sentido bem mais amplo, o do “equilíbrio” (GADAMER, 2006, p.50). Nestas circunstâncias, o autor acrescenta que a doença é a perturbação do equilíbrio e, com a intervenção do Fisioterapeuta, ocorrerá a construção de uma nova situação de equilíbrio (GADAMER, 2006, p.46). “Doença, perda de equilíbrio, não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social” (GADAMER, 2006, p.50).

A “recuperação” pode ser traduzida na frase “prazer de viver”, como explica Comte-Sponville (2007) na seguinte citação: “Cada um de nós se esforça para fruir o máximo possível, para sofrer o mínimo possível. Mas esse esforço, que é a própria vida, já é um prazer” (COMTE-SPONVILLE, 2007, p.78). Isso pode-se notar na apreciação dos próprios entrevistados:

Tem alguns que estão movimentando mais. Aquela mulher espanhola melhorou (...), é ela anda sozinha, antes andava de bengala. A Isadora, também estava de cadeira de rodas, agora está aí andando. O Huguinho está forte, sempre foi gordo, ele está ficando melhor ainda, está melhor, mais brincalhão, alegre, ele era meio encolhidinho, dormia muito, agora está mais envolvido (E6).

A Eunice não estava andando muito bem e já está andando, fazendo terapia, e outros que estão recuperando (E7).

Eu também sou idoso, eu acho que eles devem se sentir bem, que é um ato praticado que, trás boas desenvolvuras para a saúde, e músculos, nervos, essas coisas, né? (...) acho que deve de fazer muito bem, quanto a eles eu acredito que deve ter alguma vantagem sim, porque se não fosse isso não estariam andando, muitos deles, né? Não teria certa disposição. Estão mais dispostos, tão andando melhor. Às vezes a pessoa está se arrastando aí, e derrepente, derrepente, não! Aí a um tempo vejo andando bem, com certeza só pode ser esta prática da terapia que faz muito bem, (...) vejo umas pessoas que estão numas condições, e daí uns tempos eles estão melhores, né? Tenho visto sim (E11).

Já tem a prova de um par deles, né? O caso da Isadora mesmo, estava ali e foi feito, né? O Túlio que estava passando mal e agora está melhorando. O

Túlio estava travado, agora está engatinhando³⁸. A Isadora estava na cadeira de rodas, agora está andando. Agora, a idade que eles estão, não é coisa para voltar 100%, isso aí é uma continuação de vida, né? Dá uma sustentação (E12).

Eu vejo mais disposição para andar, se vê o homem estava com a perna quebrada, tirou os grampos da perna dele, ta fazendo a terapia, tá sentindo muito bem. Se não fosse a terapia de que jeito eu estava dançando baile hoje em dia (E19).

Porque eu estou doente, fazer exercício de fisioterapia melhora. Melhorou o movimento das pernas, (...) o movimento melhorou, estavam ficando duras (E14).

Antes usava bengala, agora não uso mais (E1).

Essa perna aqui estava amarrada e quando entrei para fazer a terapia, logicamente eu saí da cadeira de rodas (E15).

Esta na cadeira de rodas, depois que comecei a fazer, passei para o andador (E9).

(...) melhora bem alguns sintomas ósseos, físicos, com a fisioterapia agente vê a melhora, se exercita bem, e agente vê que é uma coisa conveniente (E8).

A única coisa que eu estou gostando é de fazer a terapia, porque dá uma melhora na gente. Então, os pulmão, já ta bem melhor do que estava, (...)ó pescoço³⁹! Estava muito ruim. Ruim do derrame. Então tenho continuado direto, sem parar. O que eu sinto, é que quando eu acabo de fazer, parece que melhora o ar, e a respiração do ar é bom. Quando elas fazem aquela (...) ⁴⁰ e bate⁴¹, né? Aí dá um ar melhor. Aquela dor que eu tinha aqui⁴², nunca mais doeu. Fez massagem (E13).

7.17 MELHORA O RELACIONAMENTO

De acordo com Thomas (1998, p.159), “[...] a prática de exercícios contribui para aumentar a auto-estima do indivíduo da terceira idade, sua segurança, sua rede de relações sociais e sua sensação de bem-estar”. Além desses efeitos, o autor acrescenta outros efeitos do exercício, tais como: a melhora do humor e o aumento do vigor. Oportunizar nas sessões de Fisioterapia encontros sociais e atividades divertidas, são fatores que também influenciam na disposição do idoso.

³⁸ Com a palavra “engatinhando”, o entrevistado quis dizer que a pessoa a quem se referia estava começando a andar outra vez. Esta frase foi motivo de descontração durante a entrevista; tanto o entrevistado como o entrevistador riram muito.

³⁹ O entrevistado movimentou a cabeça e os ombros para demonstrar que melhorou do pescoço.

⁴⁰ O entrevistado tenta demonstrar o movimento das mãos das técnicas de vibração e da respiração localizada, realizado pelos estagiários.

⁴¹ Bater para o entrevistado, é a técnica da tapotagem.

⁴² Aqui o entrevistado aponta para os membros inferiores.

O pessoal não se sente só, caminha, vão caminhando, têm com quem dialogar, se deixar só entre eles, o senhor sabe o que acontece, um empurra dali, outro empurra de lá, isso acontece, são pior que crianças, mas caminhando com os alunos, eles sentem bem, muito bem. As brigas diminuíram, agente não vê ninguém discutir com ninguém, principalmente durante a semana. No sábado e no domingo acontece uma coisa ou outra (E7).

Dando volta com os velhinhos aí, com aqueles que têm dor na perna, ou os fracos, isso é bom. É porque esses velhinhos que ficam aqui só parados, aí ficam estorvando. Têm que fazer ginástica, caminhar a modo de cooperar com a vida (E17).

7.18 ENFIM... UM SIGNIFICADO PLURÍVOCO

[...] o Fisioterapeuta que trabalha com pessoas da terceira idade enfrenta o desafio gratificante de poder ser criativo e inovador e encontrar satisfação pessoal na contribuição que traz para melhorar a qualidade de vida de seus clientes idosos, ajudando a alcançar os seus objetivos (COTT, 1998, p.195).

Numa instituição asilar onde os recursos são mais escassos e onde regularmente o estado de saúde oscila bastante, o aluno tem que estar preparado para modificar o seu plano de atendimento com criatividade. Por isso uma frase de Comte-Sponville (2006, p.113) ilustra bem essa situação: “Faço o que posso com o que tenho”.

“[...] não por uma virtude terapêutica qualquer que eles teriam, mas porque a terapêutica não é tudo e é preciso aprender a viver [...]” (COMTE-SPONVILLE, 2006, p.115). Por todas estas ações realizadas, os alunos também têm a meta de trazer o idoso institucionalizado para a vida e mostrar que ainda há coisas importantes a fazer. E - porque não? Elaborar um projeto de vida, como já foi mencionado anteriormente.

A vida do homem é o seu próprio movimento, e este tem que possuir um caráter de significação e de intencionalidade, de forma a conferir à ação o aspecto de um todo organizado em si, portador de significado e dirigido globalmente para um fim (RAMOS, 2001, p.78).

Imemorável, como me brinda. Isso me brinda, esse movimento, essa criatividade, é bom para todos, com os alunos, isso é uma vantagem, é favorável, para viver, para quem vive aqui desta forma, não tenho dor na fisioterapia, estou jovem⁴³ (E5).

⁴³ Apesar da entrevistada ter quase 100 anos, sempre estava com boa disposição e sorridente. Ao final desta frase a entrevistada e o entrevistador ficaram gracejando, bem-humorados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início do século XX quando o Norte do Paraná foi desbravado pelas empresas estrangeiras, talvez a idéia fosse formar comunidades rurais, nos moldes de Tönnies (1887 apud DRUCKER, 2001). Entretanto, nasceram as cidades que se desenvolveram rapidamente, dando origem às comunidades urbanas, sendo um exemplo a cidade de Londrina, que aparece como uma das maiores do sul do Brasil. Nela, existem inúmeras outras comunidades, destacando-se, o Asilo São Vicente de Paulo, que segundo as definições de comunidade (BARUS-MICHEL, 2004; DURHAN, 2004) pode ser considerado como tal.

Seguindo os princípios do santo que deu o nome à instituição, São Vicente de Paulo, vem ela, desde o início do seu funcionamento, sofrendo alterações, tanto na estrutura humana, quanto na física, para atender com mais eficiência as necessidades dos idosos carentes. Apesar das dificuldades, por ser uma instituição filantrópica, tenta seguir os padrões e normas instituídas pelos órgãos oficiais e, também, acompanhar a evolução da sociedade, pensando numa comunidade do futuro, como preconiza Drucker (2001).

Apesar de ter algumas normas e regras, a instituição sempre manteve a característica de ter os “portões abertos”, respeitando a liberdade dos idosos, segundo o seu grau de autonomia e evitando os padrões das instituições totais de Goffman (2005).

As instituições de longa permanência para idosos, sem fins lucrativos, raramente têm condições de admitir uma equipe profissional completa e em número suficiente para oferecer uma atenção mais adequada aos internos. Por isso, a inserção de estágios curriculares e voluntários, de projetos de extensão e de pesquisa, é essencial para a melhoria no atendimento aos idosos internados. Nesse trabalho conjunto entre a universidade e as instituições asilares, verifica-se uma troca que beneficia ambos os lados.

Os idosos têm a assistência e a atenção dispensada pelos alunos e, estes últimos, por sua vez, beneficiam-se de um ambiente riquíssimo para desenvolverem na prática o que aprenderam na teoria. Covey quando se refere a uma comunidade idealizada, firma a importância de combinar a teoria com a prática: “É claro, toda a aplicação é baseada na teoria, e assim a capacidade de aplicar o que se aprende é realmente um nível superior de inteligência” (COVEY, 2001, p.61). Não só têm um

aprendizado em termos acadêmicos, mas também, ao longo da sua vida, no relacionamento com os idosos, evitando atitudes negativas, idéias estereotipadas e preconceitos.

De acordo com Drucker *et al.* (2001), a construção e a renovação de uma comunidade são um sonho que se coloca à nossa frente e, neste caso, os líderes religiosos e da universidade, uniram seus esforços para atender as necessidades das pessoas, tanto dos idosos carentes, como dos alunos.

Neste estudo, ouvir o idoso foi essencial para se ter conhecimento dos resultados das ações de um dos lados, a universidade e, mais especificamente, do curso de Fisioterapia. A possibilidade de ter respostas como as que foram apresentadas nos resultados, foi devida à metodologia escolhida. A pesquisa do tipo qualitativa permitiu aos entrevistados, discorrer sobre o assunto numa forma mais aberta e franca e, algumas vezes, inevitavelmente, fugiu-se do roteiro, transformando-se numa conversa ora mais descontraída, ora mais ponderada; em algumas vezes, a emoção também invadiu esse momento, proporcionando o aparecimento de alguns detalhes nas respostas, tornando os resultados do estudo mais interessantes.

Freqüentemente, os alunos relatam o desânimo dos idosos para realizar o atendimento planejado, pois, nem sempre eles estão com a mesma aptidão todos os dias. Entretanto, os alunos já foram surpreendidos muitas vezes com as mudanças ocorridas nesses entrevistados. Simplesmente, com algumas palavras, um olhar, o escutar, o toque e o movimento, podem provocar efeitos benéficos no estado de saúde das pessoas. O Fisioterapeuta pode lançar mão destes recursos, sejam eles isolados, ou associados, para conseguir resultados satisfatórios. Às vezes nem se imagina, que um simples ato assuma significados espantosos, como pudemos conferir na pesquisa.

Quando se olha para alguns idosos institucionalizados, tem-se a impressão que “gritam em silêncio”; são gritos interiores de sofrimento que não se ouvem, mas transbordam na sua aparência e fisionomia. Essa angústia passada pelos idosos, é a barreira da solidão, que diariamente vem sendo rompida pela Fisioterapia.

Outros relatos interessantes demonstram, também, o sofrimento causado pelas deficiências, abordadas de várias formas: estar amarrado, preso e enrolado. Fazem lembrar uma lagarta que, dentro do casulo, se transforma em borboleta e sai voando. Assim, ocorre o mesmo no indivíduo, quando se desprende das

incapacidades físicas, e transforma-se noutra pessoa, com o fim de realizar os seus desejos, ora impedidos, dando outro sentido à sua vida. O relato da Irmã Tereza Brasi, mostra bem que alguns idosos voltaram a viver: “[...] idosos depressivos, que não andavam mais, já caminham com o andador e podem ser flagrados cantando e até pintando” (MATURIDADE precoce, 2003, p.29).

O Fisioterapeuta baseado na Teoria do “Movimento *Continuum*” (COTT 1995) pode determinar a Capacidade de Movimento Preferida, que consiste nos desejos e objetivos dos idosos. Dentro destes princípios, no estágio supervisionado, os alunos têm a liberdade de criar e de oportunizar a descoberta de um sistema de relacionamento: “À medida que esses sistemas passam a existir, novas capacidades e talentos emergem do processo de interação” (WHEATLEY; KELLNER-ROGERS, 2001).

Segundo Biddle (1972) as atitudes de uma pessoa podem influenciar nas respostas ou mudanças de outra. Se o aluno acredita na potencialidade do idoso, com certeza será mais encorajado, a realizar as atividades para além da Capacidade de Movimento Atual.

Quando termina o estágio, a certeza de que este relacionamento aluno-idoso teve bons frutos, é demonstrada por ambos nas palavras de Setti (2002): “Os alunos saem chorando do asilo porque se apegaram aos velhinhos, mas deixam um sorriso no rosto de cada um deles, o que representa uma grata vitória”.

As últimas palavras de um entrevistado e desta pesquisa soam como um troféu, demonstrando a importância dos profissionais observarem o significado das suas ações numa comunidade:

Agradeço a você, pelo o conhecimento, curiosidade, querer entender e conhecer a vida de cada um que atende; isso é uma vantagem para todos nós (E5).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vera Lúcia Valsecchi. Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. In.: CÔRTE, Beltrina (Org.); MERCADANTE, Elisabeth Frohlich (Org.); ARCURI, Irene Gaeta (Org.). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 93-110.

ALVES, Jolinda de Moraes. **História da assistência social aos pobres em Londrina: 1940–1980**. 2002. 544 p. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, 2002.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Velhice, família e instituições geriátricas: um estudo das representações sociais. In: CÔRTE, Beltrina (Org.); MERCADANTE, Elisabeth Frohlich (Org.); ARCURI, Irene Gaeta (Org.). **Envelhecimento e velhice: um guia para a vida**. São Paulo: Vetor, 2006. p. 223-241.

ARIAS NETO, José Miguel. **O eldorado: representações da política em Londrina-1930/1975**. Londrina: Ed. UEL, 1998. 308 p.

ARQUIDIOCESE DE LONDRINA. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1955**. Londrina, 1955.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1956**. Londrina, 1956.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1958**. Londrina, 1958.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1963**. Londrina, 1963.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1965**. Londrina, 1965.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1966**. Londrina, 1966.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1967**. Londrina, 1967.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1968**. Londrina, 1968.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1969**. Londrina, 1969.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1971.**
Londrina, 1971.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1972.**
Londrina, 1972.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1973.**
Londrina, 1973.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1974.**
Londrina, 1974.

_____. **Relatório das atividades vicentinas da diocese de Londrina, 1975.**
Londrina, 1975.

BAINBRIDGE, A. Lesley. *Cognição e aprendizagem*. In: PICKLES, Barrie *et al.*

Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Santos, 1998. p. 95-116.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. **O sujeito social**. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2004.
310 p.

BERGER, Louise. *Evitar os perigos*. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER,
Danielle. **Pessoas idosas**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. p. 379-438.

BIDDLE, William W. **Desenvolvimento da comunidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir,
1972. 316 p.

BISPO, Nuno de Noronha da Costa; CESAR, Aline de Oliveira; SANTOS, Gisele
Garcia. *Quedas em idosos institucionalizados*. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES
CIENTÍFICAS DA UNOPAR, 5., 2002, Londrina. **Anais...** Londrina: Unopar, 2002.
1 Cd-rom.

BISPO, Nuno de Noronha da Costa *et al.* *Análise da capacidade funcional em
idosos com depressão*. **Kairós**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 233-273, jun. 2006.

_____. *Análise da mobilidade em idosos institucionalizados pela escala de
Barthel*. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES CIENTÍFICAS DA UNOPAR, 6., 2003,
Londrina. **Anais...** Londrina: Unopar, 2003a. 1 Cd-rom.

_____. *Incidência de úlceras de pressão em residentes de uma instituição de
longa permanência*. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p.
45-48, out. 2002a.

_____. *Institucionalização do idoso*. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES
CIENTÍFICAS DA UNOPAR, 7., 2004, Londrina. **Anais...** Londrina: Unopar, 2004a.
1 Cd-rom.

_____. *Pneumonia: estudo dos fatores predisponentes em idosos
institucionalizados*. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES CIENTÍFICAS DA UNOPAR,
7., 2004, Londrina. **Anais...** Londrina: Unopar, 2004b. 1 Cd-rom.

_____. Risco de úlceras de pressão em residentes de uma instituição de longa permanência. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES CIENTÍFICAS DA UNOPAR, 5., 2002, Londrina. **Anais...** Londrina: Unopar, 2002b. 1 Cd-rom.

_____. Síndrome do pós-queda em idosos. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES CIENTÍFICAS DA UNOPAR, 6., 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: Unopar, 2003b. 1 Cd-rom.

BISPO, N. N. C.; LOPES, R. G. C.; GROSSI, M. T. Projeto “Vivenciar o envelhecimento”. **Kairós**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 249-276, jun. 2005.

BIZE, P. R.; VALLIER, C. **Uma vida nova: a terceira idade**. Lisboa: Verbo, 1985. 235 p.

BOLETIM BRASILEIRO DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULA, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1/3, p. 66-67, jan./mar. 1971.

BORN, Tomiko. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 403-414.

BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-1151.

BOSI, Ecléia. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 12. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 484 p.

BRANCO, G.; MIONI, F. **Documentário histórico: jubileu de prata**. Londrina: Revista Realizações Brasileiras, 1959.

BRANDÃO, Izabel Drulla. O norte resgata a história. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, maio 1998. p. 6.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. **V Caravana nacional de direitos humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos: Brasil 2006**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>. Acesso em: 12 nov. 2007.

O CAFÉ: mola propulsora da civilização no Paraná. **Revista do Café e Açúcar**, ano 3, n. 19, p. 23-25, nov-dez. 1951.

CALADO, Dinah Ferreira. Velhice: solidão ou vida com sentido? In: QUARESMA, Maria de Lourdes (Coord.) *et al.* **O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência**. Lisboa: CESDET, 2004. p. 37-50.

CANCIAN, Nadir Aparecida. **Cafeicultura paranaense: 1900/1970**. Curitiba: Graficar, 1981. 154 p.

CAPEZUTI, Elizabeth. Detecção precoce de abuso, negligência e exploração de idosos. In: FORCIEA, Mary Ann.; LAVIZZO-MOUREY, Risa. **Segredos em geriatria**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.148-152.

CAPUCHO, Nelson. A quarta estação. **Folha de Londrina**, Londrina, 24 jul. 1987. Reportagem, p. 22.

_____. E agora, José? **Folha de Londrina**, Londrina, 28 out. 1988. Reportagem, p. 26.

CERNEV, Jorge. (Org). **Memória e cotidiano**. Londrina: UEL/MEC-SESU, 1995. 262 p.

CHANDLER, Julie M. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, Andrew A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 265-277.

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia**. 11. ed. São Paulo: Ática, 1999. 440 p.

COMTE-SPONVILLE, André. **O amor a solidão**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 133 p.

_____. **O ser-tempo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 145 p.

_____. **A vida humana**. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 104 p.

COTT, Cheryl A. Definição das metas. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998. p. 189-196.

COTT, Cheryl A. *et al.* The movement continuum theory of physical therapy. **Physiotherapy**, London, v. 47, n. 2, p. 87-95, Spring 1995.

COVEY, Stephen R. A comunidade ideal. In: In: DRUCKER, Peter S. *et al.* **A comunidade do futuro**. São Paulo: Futura, 2001. p. 57-66.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 51-66.

DAMÁSIO, António R. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. 4. ed. Mem Martins, Portugal: Europa-América, 1995. 309 p.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 2004. 266 p.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.).

- Pesquisa qualitativa:** um instigante desafio. 2. ed. São Paulo: Veras, 2003. p. 41-58.
- DRUCKER, Peter S. Introdução. In: DRUCKER, Peter S. et al. **A comunidade do futuro**. São Paulo: Ed. Futura, 2001. p. 13-18.
- DURHAM, Eunice Ribeiro. **A dinâmica da cultura:** ensaios de antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2004. 477 p.
- É o fim do café? **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005. Trinta anos de geadas, p. 4.
- ESBÉRARD, Charles A. **Neurofisiologia**. Rio de Janeiro: Campus, 1980. 730 p.
- FISIOTERAPIA: 10 anos de serviços prestados à comunidade. **UNOPAR em Revista**, Londrina, n. 8, p. 20-21, jul. 2007.
- FOUCAULT, Michael. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 680 p.
- FURLANETO, Audrey. Aviões desciam com sacos de dinheiro. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005a. Trinta anos de geadas, p. 7.
- _____. A geadas foi responsável pela mecanização da agricultura. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005b. Trinta anos de geadas, p. 5.
- _____. Sociólogo diz que a geadas “caiu do céu” para a cidade. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005c. Trinta anos de geadas, p. 8.
- _____. Wilson Moreira perdeu dinheiro com o café. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, jul. 2005d. Trinta anos de geadas, p. 5.
- GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006. 176 p.
- GARDINER, M. Dena. **Manual de ejercicios de rehabilitacion**. Barcelona: Jims, 1980. 326 p.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- GOLDFARD, Delia Catullo; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. Avidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, Elizabete Viana *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1374-1382.
- GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 67-80.

GUCCIONE, Andrew A. O estado de saúde: estrutura conceitual e terminologia para o exame, avaliação e diagnóstico. In: _____. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 114-124.

GUITTON, Jean; ANTIER, Jean-Jacques. **O livro da sabedoria e das virtudes redescobertas**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. 236 p.

HALAR, Eugen M.; BELL, Kathleen R. Relação da reabilitação com a inatividade. In: KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994. v. 2, p. 1105-1124.

HÁ vinte anos, geada mudava o Paraná. **O Estado do Paraná**, Curitiba, 18 jul. 1995. p. 11.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes: Edusf, 2006. 598 p.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2006. 408 p.

HESSELBEIN, Frances. O sonho que se coloca à nossa frente. In: DRUCKER, Peter S. et al. **A comunidade do futuro**. São Paulo: Ed. Futura, 2001p. 179-183.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. Núcleo de Pesquisa. **O idoso em perigo**. Disponível em: <http://www.ibccrim.com.br/pesquisa>. Acesso em: 8 fev. 2004.

ISHIBASHI, R. A. S. *et al.* Relação entre capacidade funcional e a depressão em idosos institucionalizados. In: CONGRESSO LONDRINENSE DE FISIOTERAPIA, 5., 2005, Londrina. **Anais...** Londrina: CAFIT UEL, 2005. 1 Cd-rom.

KANDEL, Eric R.; SCHWARTZ, James H.; JESSEL, Thomas M. **Neurociencia y conducta**. Madrid: Prentice Hall, 1997. 812 p.

KLEIN, Herbert S. Migração internacional na história das Américas. In: FAUSTO, B. **Fazer a América**. São Paulo: Ed. Edusp, 1999. p. 13-32.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Viver até dizer adeus**. São Paulo: Pensamento, 2005. 151 p.

LAHR, C. **Manual de filosofia**. 4. ed. Porto: Livr. Apostolado da Imprensa, 1948. 847 p.

LO CONDE, Madre Eucarística. **Madre Eucarística Lo Conde**: depoimento [7 mar.; 26 abr. 2007]. Entrevistador: Nuno de Noronha Costa Bispo. Londrina: Asilo São Vicente de Paulo, 2007.

LOPES, Antônio. **História da fundação do Asilo São Vicente de Paulo de Londrina**. Londrina, 2006. 2 p.

LOPES, Rita de Cássia. **Relatório de atividades de 2006 do Asilo São Vicente de Paulo: vida, dignidade e esperança.** Londrina: Asilo São Vicente de Paulo, 2006.

_____. **Rita de Cássia Lopes:** depoimento [17 out. 2007]. Entrevistador: Nuno de Noronha Costa Bispo. Londrina: Asilo São Vicente de Paulo, 2007.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. Diversidades na velhice: reflexões. In: VELHICES: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC/PUCSP, 2006. p. 87-100.

_____. Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”? In: CÔRTE, Beltrina (Org.); MERCADANTE, Elisabeth Frohlich (Org.); ARCURI, Irene Gaeta (Org.). **Velhice envelhecimento complex(idade).** São Paulo: Vetor, 2005. p. 83-92.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa; CALDERONI, Sila Zugman. O idoso e a família no alvorecer do novo milênio. In: CONGRESSO NACIONAL DA ESCOLA DE PAIS DO BRASIL, 8., 15 Jun. 2002, São Paulo. **Anais.** São Paulo: Escola de Pais do Brasil, 2002. p. 97-103.

MANGIONE, Kathleen Kline. O idoso frágil e institucionalizado. In: GUCCIONE, Andrew A. **Fisioterapia geriátrica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 421-430.

MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz; BASTOS, Yara Gerber Lima. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude,** Brasília, v.14, n.3, p.85-90, set. 2005.

MARTIN-DU-PAN, R. *et al.* Les caractéristiques des personnes très isolées. **Schweiz. Rundschau Med.,** v. 8, n. 15, p. 440-444, 1989.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: _____. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999. p. 21-29.

MARTINS, João Gomes. Experiência e subjetividade em Claude Romano. In: CANTISTA, Maria José (Org.). **Desenvolvimento da fenomenologia na contemporaneidade.** Porto: Campo das Letras, 2007. p. 167-214.

MATURIDADE precoce. **UNOPAR em Revista,** Londrina, n. 4, p. 28-29, dez. 2003.

MERCADANTE, Elisabeth Frohlich. Comunidade como um novo arranjo social. **Kairós,** São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 2002.

_____. A identidade e a subjetividade do idoso. **Kairós,** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 59-67, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hubitec/Abrasco, 2000. 269 p.

_____. _____. 6. ed. São Paulo: Hubitec/Abrasco, 1999. 269 p.

_____. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 46 p.

MOLARI, Mário. O perfil do estilo de vida do cuidador de idosos de uma unidade asilar do Município de Londrina. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 49-53, out. 2002

MOLINO, J. Pérez; GIL, E. Ayuso. Cuidados del paciente com demência. In: LLERA, F. Guillén; MARTIN, Jesús Pérez del Molino. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.** Barcelona: Masson, 1994. p. 357-380.

MIRALLES, Pedro Moruno. Significado de lãs actividades de la vida diária. In: MIRALLES, Pedro Moruno; AYUSO, Dulce Maria Romero. **Actividades de la vida diária.** Barcelona: Masson, 2006. p. 35-52.

MONTAGU, Ashley. **Tocar: o significado humano da pele.** 9. ed. São Paulo: Summus, 1988. 427 p.

MONTEIRO, Pedro Paulo. **Corpo: imagem e transformação. Kairós**, São Paulo: v. 4, n. 1, p. 83-93, jun. 2001a.

_____. **Envelhecer: histórias, encontros e transformações.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001b. 269 p.

_____. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. esp. 75, p. 143-152, 2003.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F. **Anatomia orientada para a clínica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 1021 p.

MULS, Leonardo Marco; SOARES, Ana Paula Fleury de Macedo. Desenvolvimento local e responsabilidade social. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 52-85, maio-ago. 2007.

MYERS, Greg. Análise da conversação e da fala. In.: Bauer, M. W. e GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 271-292.

NOGUEIRA, Amélia Tozzetti. **De norte a norte.** Londrina: Midiograf, 2004. 148 p.

O'BRIEN, Kelli; TOPPING, Ângela. Serviços de saúde institucionais. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade.** São Paulo: Santos, 1998. p. 446-454.

OGAMA, Walter. A capital mundial do café. **Folha de Londrina**, Londrina, 29 jul. 1998. p. 32.

ORANGE, B. J.; RYAN, E. B. Comunicação eficaz. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade.** São Paulo: Santos, 1998. p. 119-137.

ORICOLLI, Silvio. Edifício América: cobiçado espaço de negócios do café. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005a. p. 7.

_____. Geada acelerou o fim da monocultura do café. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005b. p. 6.

_____. Sai ouro verde, entra o ouro amarelo. **Folha Norte de Londrina**, Londrina, 16-22 jul. 2005c. p. 9.

PADIS, Pedro Calil. **Formação de uma economia periférica: o caso do Paraná**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1981.

PARK, Margareth Brandini. Prefácio. In: ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea, 2004. p. 9-13.

PEREIRA, Micael. O tempo de vida e a vivência do tempo. In: QUARESMA, Maria de Lourdes (Coord.) *et al.* **O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência**. Lisboa: CESDET, 2004. p. 73-81.

PESQUISADORES analisam violência contra idosos no Brasil. O Estado de São Paulo, São Paulo, 4 jul. 2006. Cidades: Geral. Disponível em: <http://www.estadao.com.br>. Acesso em: 15 jul. 2006.

PHILLIPS, Marilyn D.; PEATMAN, Nancy L. A comunicação, os valores e a qualidade de vida. In: GUCCIONE, Andrew A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 18-26.

PICKLES, Barrie; COMPTON, Ann. Fisioterapia na terceira idade: um sistema conceitual. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998. p. 1-18.

O PLANO rodoviário e a diretriz do governo. **Revista do Café e Açúcar**, ano 3, n. 19, p.12-14, nov.-dez. 1951.

PONZIO, Augusto; CALEFATO, Patrizia; PETRILLI, Susan. **Fundamentos de filosofia da linguagem**. Petrópolis: Vozes, 2007. 391 p.

POZZOBON, Irineu. **A epopéia do café no Paraná**. Londrina: Ed. Grafmark, 2006. 224 p.

PUPO, B. Café, demografia e problemas... **A Pioneira: O Retrato do Norte do Paraná**, Londrina, n. 9, set.-out. 1951.

RAMOS, Vânia. Corpo e movimento no envelhecimento: reflexões de idosos sobre as transformações do seu corpo. **Kairós**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 67-81, jun. 2001.

REIS, Luzia Aparecida. **Proposta de implementação do serviço social no Asilo São Vicente de Paulo**. Londrina: UEL, 1989. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1989.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

RICOEUR, Paul. **Teoria da interpretação**. Lisboa: Edições 70, 2000. 109 p.

ROCHA, José Oliveira. A imensa vastidão dos cafezais. **A Pioneira: O Retrato do Norte do Paraná**, ano 1, n. 2, maio 1948.

SÁ, Irmã Lindalva Bezerra de. **Irmã Lindalva Bezerra de Menezes**: depoimento [26 abr. 2007]. Entrevistador: Nuno de Noronha Costa Bispo. Londrina: Asilo São Vicente de Paulo, 2007.

SCHWARTZ, Widson. Café sustentou até seleção bicampeã. **Jornal de Londrina**, Londrina, 2 ago. 1997a. p. 8.

_____. Café teve que vencer ganância de Ribas. **Jornal de Londrina**, Londrina, 18 jun. 1997b. p. 8.

_____. Fechando o ciclo na “capital do café”. **Jornal de Londrina**, Londrina, 23 set. 2002. p. 10.

_____. “Picaretas” baixavam na meca do café. **Jornal de Londrina**, Londrina, 4 dez. 2000. p. 8ª.

SEBEN, H. O setentrião paranaense. In: BRANCO, G.; MIONI, F. **Documentário histórico: jubileu de prata**. Londrina: Revista Realizações Brasileiras, 1959. p. 204-207.

SETTI, Ana. A solidariedade faz a escola. **Folha de Londrina**, Londrina, 26 dez. 2002. Especial, p. 5.

SHILTON, M. Atitudes diante da velhice e das pessoas idosas. In: PICKLES, Barrie (Org.) *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. cap. 3, p. 21-42.

SHUMWAY-COOK, Anne; WOOLLACOTT, Marjorie H. **Controle motor: teoria e aplicações práticas**. 2. ed. Barueri: Manole, 2003. 592 p.

SIMPSON, Janet M. Instabilidade postural e tendência às quedas. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998. p. 197-214.

SOARES, Regina de Fátima Neves. **O estagiário de fisioterapia no tratamento ao idoso institucionalizado**. 2001. 98 f. Dissertação de (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

THOMAS, Scott G. Programa de exercícios e atividades. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998. p. 148-170.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-175.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar**. São Paulo: Difel, 1983. 250 p.

_____. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. São Paulo: Difel, 1980. 288 p.

VANDERVOORT, Anthony A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, Barrie *et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998. p. 67-88.

VARGAS, Heber Soares. A sociologia do envelhecimento. In: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Universidade Aberta da Terceira Idade: 2º Curso de Formação de Cuidadores de Idosos Dependentes**. Rio de Janeiro, UERJ, 1997. p. 6-12.

WHEATLEY, Margareth J.; KELLNER-ROGERS, Myron. O paradoxo e a promessa de comunidade. In: DRUCKER, Peter S. *et al.* **A comunidade do futuro**. São Paulo: Futura, 2001. p. 21-30.

YTARTE, R. M. Acción, actividad, movilidad, etc.: pedagogía y terapias. In: MIRALLES, Pedro Moruno; AYUSO, Dulce María Romero. **Actividades de la vida diaria**. Barcelona: Masson, 2006. p. 383-398.

ZIMERMAN, Guite I. As instituições para velhos. In: _____. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 229 p.

ZÓRTEA, A. J. **Londrina-atraves dos tempos e crônicas da vida**. São Paulo: Ed. Juriscredi, 1975. 303 p.

ANEXOS

ANEXO 1 – VISTA PARCIAL DA ZONA SUL DE LONDRINA.

Figura 1 - Vista parcial da Zona Sul do Município de Londrina e em destaque a localização do Asilo São Vicente de Paulo.

ANEXO 2 – VISTA PARCIAL DO COMPLEXO ONDE SE INSERE O ASILO SÃO VICENTE DE PAULO



Figura 2 - Complexo no qual está inserido o Asilo São Vicente de Paulo.

ANEXO 3 – VISTA PARCIAL DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO

Figura 3 - Vista aérea do Asilo São Vicente de Paulo.

ANEXO 4 – VISTA DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO



Figura 4 - Vista do Asilo São Vicente de Paulo.

ANEXO 5 – VISTA DA ALA 1, A ENTRADA E O JARDIM DA FRENTE

Figura 5 - Vista da Ala 1.



Figura 6 - Entrada da Ala 1.



Figura 7 - Arbustos do jardim da frente.



Figura 8 - Entrada da Ala 1 e as flores do jardim da frente.

ANEXO 6 – BAZAR, CASA DOS MANTIMENTOS, BARBEARIA E LAVANDERIA**Figura 9 - Bazar do Asilo.****Figura 10 - Casa dos mantimentos.****Figura 11 - Barbearia e lavanderia da Ala 1.****Figura 12 – Barbearia.**

ANEXO 7 – ASILO SÃO VICENTE DE PAULO E O ARVOREDO

Figura 13 - Arvoredo junto à Ala 1.



Figura 14 - Arbustos e arvoredo rodeando a Ala 1.

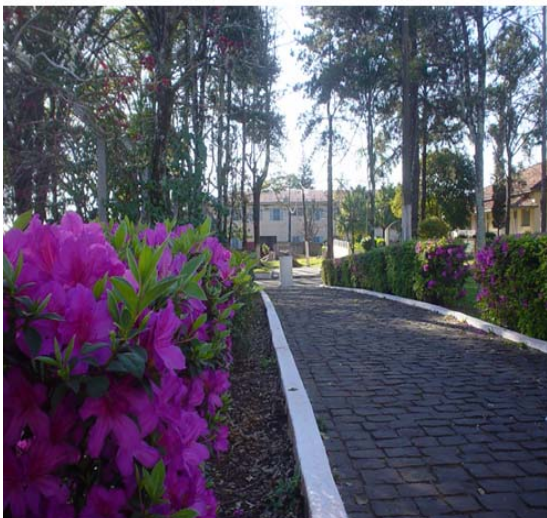


Figura 15 - Caminho no meio do arvoredo.



Figura 16 – Arvoredo.

ANEXO 8 – ALA1: PÁTIOS INTERNOS E SALÕES

Figura 17 - Pátio interno do setor feminino. Figura 18 - Pátio interno do setor masculino.



Figura 19 - Salão central.



Figura 20 - Sala de reuniões.

ANEXO 9 – ALA 1: REFEITÓRIOS E DORMITÓRIOS**Figura 21 - Refeitório feminino.****Figura 22 - Refeitório masculino.****Figura 23 - Dormitório feminino.****Figura 24 - Dormitório masculino.**

ANEXO 10 – ALA 1: CORREDORES, SALÃO DE JOGOS E A COZINHA CENTRAL



Figura 25 - Corredor do setor masculino.



Figura 26 - Corredor do setor feminino.



Figura 27 - Salão de jogos.



Figura 28 - Cozinha central do asilo.

ANEXO 11 – ALA 2: ÁREA EXTERNA

Figura 29 - Vista da Ala 2 (enfermaria).



Figura 30 - Entrada da Ala 2.

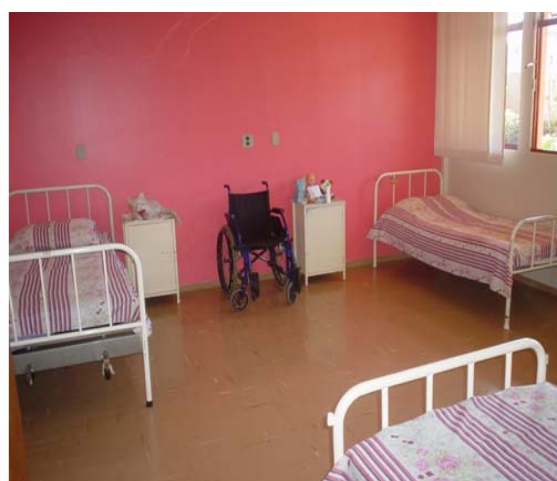


Figura 31 - Setor feminino (área externa).



Figura 32 - Setor masculino (área externa).

ANEXO 12 – ALA 2: PÁTIO INTERNO, ENTRADA, CORREDOR E LAVANDERIA**Figura 33 - Pátio interno da entrada da Ala.****Figura 34 - Entrada da Ala 2.****Figura 35 - Corredor de um dos setores.****Figura 36 - Lavanderia.**

ANEXO 13 – ALA 2: REFEITÓRIOS E DORMITÓRIOS**Figura 37 - Refeitório masculino.****Figura 38 - Refeitório feminino.****Figura 39 - Dormitório masculino.****Figura 40 - Dormitório Feminino.**

ANEXO 14 – ALA2: SALAS DA FISIOTERAPIA

Figura 41 - Sala 1 da Fisioterapia.



Figura 42 - Sala 2 da Fisioterapia.



Figura 43 - Sala 2 da Fisioterapia.

ANEXO 15 – JARDIM CENTRAL



Figura 44 - Vista do jardim central do Asilo. Figura 45 - Jardim central e Ala 2



Figura 46 - Jardim central e os bancos de cimento. Figura 47 - Jardim central e a latada.



Figura 48 - Jardim central e os arbustos.

Figura 49 - Jardim central e a Ala 2.

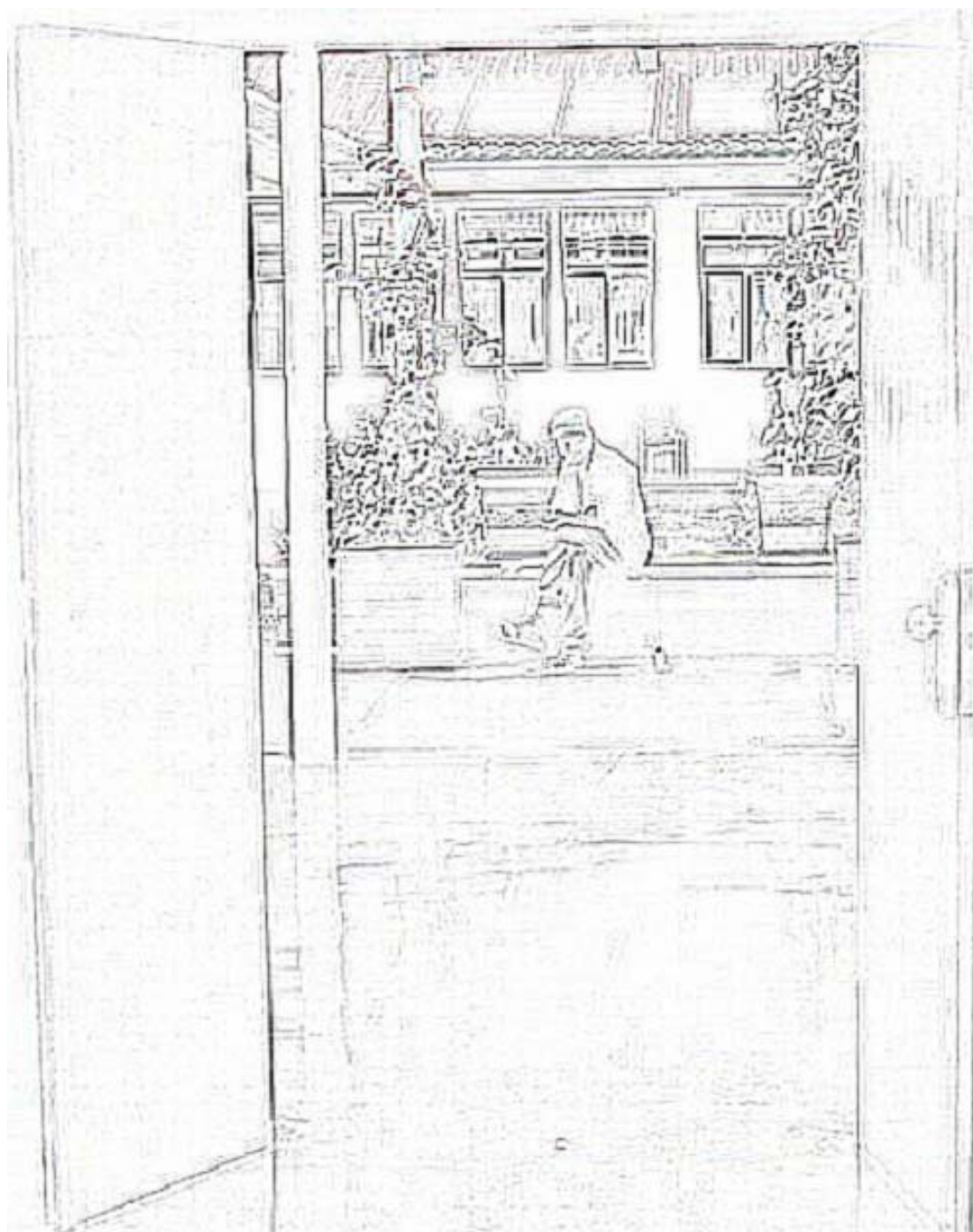
ANEXO 16 – A SOLIDÃO

Figura 50 - A solidão ainda assombra muitos idosos.

ANEXO 17 – TERAPIAS DE GRUPO

Figura 51 - Exercícios com bastão.



Figura 52 - Caminhada pelo arvoredo.

ANEXO 18 – TERAPIA INDIVIDUALIZADA**Figura 53 - Exercícios com bola.****Figura 54 - Treino de marcha com andador.**