*CENTRO DIA PARA IDOSOS FRÁGEIS:
RECURSOS PARA A PROMOÇÃO
DE QUALIDADE DE VIDA¹*

Antonio Fabbrizi ²

resumo

O progressivo envelhecimento da população comporta um aumento no número de pessoas idosas que apresentam problemas de natureza biológica, psicológica, sociológica e de relações sociais e interpessoais. Estima-se que em 2030, os velhos com mais de 65 anos constituirão um quarto da população que compreende os atuais países da União Europeia. Nem sempre são difundidos os serviços que podem responder adequadamente às múltiplas exigências dos velhos. Entre os problemas mais emergentes, aparecem a solidão, a ausência de espaços de relação, os temores crescentes de marginalização, as agressões (especialmente nas grandes cidades) e o medo da doença e da invalidez. Outro problema são as perdas decorrentes do declínio cognitivo e afetivo. A partir desse

1 O artigo é uma síntese do estudo "Il Centro diurno per anziani fragili - Una risorsa per la qualità della vita", apresentado como tese de láurea no curso de ciências da educação e de formação do percurso formativo de educação profissional em Roma. A tradução foi realizada por Vania Herédia, coordenadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade de Caxias do Sul.

2 Educador Social. Faculdade de Ciência da Formação, Libera Università Maria Santissima Assunta – Roma. E-mail: antoniofabrizi@hotmail.com

estudo, percebe-se que a família e o grupo de assistência raramente são preparados de modo apropriado para enfrentar as novas demandas e as dificuldades que se manifestam ainda sob o plano clínico. A família com frequência esforça-se para apoiar e ajudar os idosos, mas mesmo assim tem-se consciência da importância de novas estruturas e serviços locais em condições de satisfazer as exigências da população idosa. Nesse contexto, o Centro Dia de Idosos Frágeis representa uma resposta qualificada às necessidades que emergem; de fato, permite ao idoso permanecer no próprio domicílio, às suas famílias continuarem próximas aos seus idosos e à comunidade reduzir custos.

palavras-chave

Centro Dia. Idosos Frágeis. Rede Social.

1 Introdução

O progressivo envelhecimento da população comporta um aumento no número de pessoas idosas que apresentam problemas de natureza biológica, psicológica, sociológica e de relações sociais e interpessoais. Estima-se que em 2030, os velhos com mais de 65 anos constituirão um quarto da população que compreende os atuais países da União Européia (U.S. BUREAU, 2012). Nem sempre, é verdade, são difundidos os serviços que podem responder adequadamente às múltiplas exigências dos velhos.

Entre os problemas mais emergentes aparecem a solidão, a ausência de espaços de relação, os temores crescentes de marginalização, as agressões (especialmente nas grandes cidades) e o medo da doença e da invalidez. Outro risco particularmente temido e em constante aumento é aquele do declínio cognitivo e afetivo. Segundo dados da população idosa inscrita na cidade de Roma na data de 01 de janeiro de 2007, constata-se que entre os valores absolutos nos departamentos que constituem aquele território, o IV departamento é aquele com maior presença de pessoas idosas, seguido do X e do XIX departamento (ver tabela 1). Em valor percentual em respeito à população total residente, o departamento que tem uma presença maior é o XVII, com mais de um terço da população pertencente à faixa de mais de 60 anos (ver tabela 2). A média total de idosos residentes na cidade de Roma é

de 27%, aproximadamente. A comparação entre a tabela 3 e a tabela 4, relativa aos idosos residentes em Roma no período respectivo de 01 de janeiro de 2008 e de 01 de janeiro de 2007, mostra que o percentual de idosos não foi alterado substancialmente, apenas com um leve aumento da população feminina em relação à masculina. Os dois gráficos estão quase sobrepostos, com diferenças mínimas entre eles.

Tabela 1 – População idosa inscrita no Cartório Civil de Roma em 01/01/2007

Seções-Departamentos	60-64 Anos	65-69 Anos	70-74 Anos	75-79 Anos	80-84 Anos	85 Anos ou mais	Total Idosos
I	8.321	7.677	6.082	5.213	4.092	4.652	36.037
II	7.723	7.759	6.253	5.832	4.968	5.814	38.349
III	3.546	3.338	2.852	2.532	2.167	2.443	16.878
IV	12.886	12.875	10.573	8.887	6.547	4.977	56.745
V	11.105	10.663	8.733	6.599	4.177	2.813	44.090
VI	6.987	8.087	7.659	6.603	4.658	3.409	37.403
VII	6.015	6.696	6.227	5.402	3.573	2.628	30.541
VIII	9.705	9.721	8.302	6.380	3.842	2.433	40.383
IX	7.894	8.287	7.159	6.627	5.274	5.070	40.311
X	10.276	10.860	9.500	7.746	5.208	3.751	47.341
XI	8.864	8.939	7.326	6.597	5.136	4.341	41.203
XII	9.448	9.321	7.259	5.634	3.749	2.603	38.014
XIII	11.740	11.695	8.800	6.417	4.104	3.131	45.887
XIV	9.710	10.236	8.386	6.222	3.917	2.774	41.245
XV	8.656	9.565	8.262	6.902	5.198	4.292	42.875
XVI	4.880	4.957	4.102	3.663	3.051	3.197	23.850
XVII	7.707	8.146	7.192	6.105	4.298	3.489	36.937
XVIII	9.952	10.458	9.217	7.457	5.402	4.391	46.877
XIX	8.295	8.347	6.920	5.420	3.763	2.956	35.701
Total	163.710	167.627	140.804	116.238	83.124	69.164	740.667

Fonte: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW121808&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

Gráfico 1 – População idosa residente em Roma (V.A.) em 01/01/2007

Tabela 2 – Idosos residentes em Roma em relação à população total em 01/01/2007

Seções	Total População Residente	Idosos Residentes	Idosos Residentes %
I	122.611	36.037	29,39
II	122.912	38.349	31,20
III	54.241	16.878	31,12
IV	197.256	56.745	28,77
V	178.660	44.090	24,68
VI	124.846	37.403	29,96
VII	120.958	30.541	25,25
VIII	205.532	40.383	19,65
IX	127.155	40.311	31,70
X	179.298	47.341	26,40
XI	134.796	41.203	30,57
XII	164.761	38.014	23,07

XIII	200.114	45.887	22,93
XIV	148.473	41.245	27,78
XV	140.460	42.875	30,52
XVI	71.751	23.850	33,24
XVII	133.831	36.937	27,60
XVIII	177.418	46.877	26,42
XIX	142.616	35.701	25,03
Total	2.747.689	740.667	26,96

Fonte: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW121808&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

Gráfico 2 – Idosos residentes em Roma (%) em 01/01/2007

Tabela 3 – População idosa residente em Roma em janeiro de 2008

Idade	Total Masculino	Total Feminino	Total	% Masculino	% Feminino	Total
60-64	77.515	91.119	168.634	10,22	12,01	22,23
65-69	75.649	92.193	167.842	9,97	12,15	22,12
70-74	63.003	81.321	144.324	8,30	10,72	19,02
75-79	48.786	69.704	118.490	6,43	9,19	15,62
80-84	31.327	53.948	85.275	4,13	7,11	11,24
85 ou mais	22.725	51.327	74.052	3,00	6,77	9,76
TOTAL	319.005	439.612	758.617	42,05	57,95	100,00

Fonte: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW121807&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

Gráfico 3 – População idosa da Cidade de Roma distribuída por idade e sexo em janeiro de 2008

Tabela 4 – População idosa residente em Roma em janeiro de 2007

Idade	Total Masculino	Total Feminino	Total	% Masculino	% Feminino	Total
60-64	75.280	88.430	163.710	10,16	11,94	22,10
65-69	75.602	92.025	167.627	10,21	12,42	22,63
70-74	61.397	79.407	140.804	8,29	10,72	19,01
75-79	47.564	68.674	116.238	6,42	9,27	15,69
80-84	30.140	52.984	83.124	4,07	7,15	11,22
85 ou mais	21.112	48.052	69.164	2,85	6,49	9,34
TOTAL	311.095	429.572	740.667	42,00	58,00	100,00

Fonte: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW121808&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

Gráfico 4 – População idosa da Cidade de Roma distribuída por idade e sexo em janeiro de 2007

A partir desses dados, percebe-se que a família e o grupo de assistência raramente são preparados de modo apropriado para enfrentar as novas demandas e as dificuldades que se manifestam ainda sob o plano clínico. A família, com frequência, esforça-se para apoiar e ajudar os idosos: daí a importância de estabelecer novas estruturas e serviços locais em condições de satisfazer as exigências da população idosa e de sua família.

Nesse contexto, o *Centro Dia de Idosos Frágeis* representa uma resposta qualificada às necessidades que emergem; de fato, permite ao idoso permanecer no próprio domicílio, às suas famílias continuarem próximas aos seus idosos e à comunidade reduzir custos.

As diversas atividades que podem ser desenvolvidas no *Centro de Idosos Frágeis* não apenas podem diminuir um processo de doença, mas também desenvolver novas estratégias comportamentais nos novos percursos de saúde. A esta proposta se acrescenta a qualidade profissional de natureza humanística, presente no serviço do Centro Dia, cuja oferta pode devolver ao idoso a sua dignidade, o seu potencial de bem estar, a esperança e a sua força criativa.

1.1 Quem são os velhos frágeis?

Os velhos frágeis são aqueles sujeitos de idade avançada – ou muito avançada –, cronicamente afetos de patologias múltiplas, com estado de saúde instável, frequentemente com dificuldades, cujos efeitos do envelhecimento e das doenças são, com frequência, agravados pela problemática do tipo socio-econômico. Sob a base desta definição, a fragilidade compreende um risco elevado de rápido deterioramento da saúde e do estado funcional e um elevado consumo de recursos (BROCKLEHURST, 2001).³

O uso do primeiro termo “velho frágil” se deve a Brocklehurst, do departamento de Medicina Geriátrica de Manchester, mesmo que a primeira tentativa de padronizar a definição de “velho frágil” se deva a dois pesquisadores canadenses, Stooles e Rockwood, geriatras universitários que, no ano de 1981, definiram indicadores de fragilidade: o comprometimento de uma ou mais atividades da vida cotidiana (ADL) e/ou das funções cognitivas e/ou, ainda, da percepção da perda da saúde, estimando que os velhos frágeis representassem 27% da população acima dos 65 anos de idade.

Brocklehurst (2001) afirmava na IV edição de seu Tratado de Medicina Geriátrica e Gerontológica:

O velho frágil, mesmo tendo uma reduzida reserva funcional, pode viver bem e independentemente na comunidade. Quando afetado por uma doença, por um trauma ou um fator ambiental desfavorável, a sua capacidade de responder às atividades basilares da vida cotidiana começa a se perder. A inatividade e a imobilidade podem, além disso, comprometer a força muscular e as restaurações musculares, assim como a flexibilidade articular, o equilíbrio e a velocidade das reações. Nesta circunstância, mesmo um evento banal pode desencadear consequências funcionais desastrosas e, quando isso ocorre, o idoso frágil possui um elevado risco de ser institucionalizado ou mesmo de necessitar de assistência intensa e contínua (p. 184).⁴

Exemplo típico de idoso frágil é aquele afeto de demência: uma patologia, em geral, de caráter degenerativo crônico progressivo. O idoso afeto a essa patologia é um paciente complexo pela pluralidade de necessidades

3 A linha de orientação de valorização multidimensional dos idosos frágeis segundo “Giornale di Gerontologia 2001; 49 (suppl. 11)”. Disponível em: <<http://www.sigg.it/public/doc/GIORNALEART/916.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2013.

4 BROCKLEHURST, J.C. The geriatric service and the day hospital in the United Kingdom. In: BROCKLEHURST, J.C.; TALLIS, R.C.; FILLIT, H.M. (eds.). Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 4. ed. London: Churchill-Livingstone, 1992, p. 1007. Apud RUGGIERO, C. et al., 2007.

sociais e sanitárias em decorrência das diversas exigências de recursos econômicos, psicológicos, físicos e de tempo necessário para assisti-lo. Os elementos mencionados, efeitos do envelhecimento da população, têm levado a sociedade ocidental a considerar esta patologia uma verdadeira e própria emergência socio sanitária.

1.2 Heterogeneidade dos serviços socio sanitários

Os serviços socio sanitários voltados à população idosa são setores complexos e em continua transformação. É necessário ter em consideração que as necessidades da população idosa são muito mais que homogêneas. As demandas que chegam aos serviços sanitários são cada vez mais heterogêneas, porém o usuário quase nunca é constituído de sujeitos isolados, mas sim associado a realidades familiares que, por sua vez, interagem com os serviços.

Outro aspecto a considerar é que os serviços existentes voltados para a população idosa estão distribuídos e são gestados pelas mais diversas entidades: entidades públicas, como o Município e o sistema de Assistência à Saúde ASL, e entidades privadas, ou mesmo o Terceiro Setor. Estamos numa ótica de rede que reflete, na sua dinâmica interna, uma pluralidade de formas inovativas de assistência e cuidados à terceira idade, no qual ao idoso e a sua família é dada maior liberdade de escolha, com uma oferta de serviços sempre mais personalizados e não limitados a situações de dificuldades econômicas ou de não autossuficiência.

A fim de que tudo isso seja possível e realizável, a integração entre o social e o sanitário é de absoluta necessidade. A integração e a rede posta por diversos atores são, portanto, um dos princípios cardinais da reforma de serviços sociais, ocorrida com a Lei do Quadro 328 de 2004⁵.

Se a comunidade envolvida como um todo orgânico não existe mais, inclusive as áreas rurais, relacionadas na lógica da modernidade, o paradigma assistencial pressuposto do conceito de community-care se transforma significativamente nos percursos do trabalho em rede, substituindo o conceito de solidariedade primária, com a ligação e as conexões que garantem o novo bem-estar da pessoa (DONATI, 1988).

5 Lei quadro pela realização do sistema integrado de intervenções e serviços sociais (Texto aprovado em via definitiva no Senado da República Italiana em 18 de outubro de 2000).

A rejeição do modelo patriarcal familiar, especialmente nos países ricos, favoreceu o crescente fenômeno de confiar os idosos às estruturas públicas ou privadas, as quais, não obstante o entendimento em geral, não estão em grau de ajudá-los totalmente a superar as barreiras do isolamento psicológico e, sobretudo, da marginalização familiar, privando-os do afeto da família, do interesse da sociedade e do amor à vida. Giovanni Paolo II dizia:

Não basta assegurar as satisfações das necessidades primeiras atreladas à longevidade: ocorre também ter em conta as exigências postas pela dignidade pessoal do idoso, colocando a sua disposição algumas providências que lhe permitam conduzir uma existência acompanhada de atividades idôneas respectivas à idade. Somente um adequado empenho das energias física e psíquica, de fato, poderiam salvaguardar nele uma sólida consciência de si e uma construtiva vontade de viver. Dependerá portanto da qualidade de vida que se conseguirá assegurar ao idoso, menor será a distinção entre as diversas idades e se poderá configurar definitivamente a prospectiva de uma vida de qualquer modo sem a questão da idade. Ocorre, portanto, criar uma estrutura de atendimento que tenha sempre em consideração estas exigências psicológicas e espirituais do ser humano, das quais depende de forma determinante a qualidade de vida⁶ (GIOVANNI PAOLO II, 1988).

2 História do Centro Dia

O primeiro Centro Dia para Idosos Frágeis da cidade de Roma foi inaugurado em 1997 na quinta circunscrição (V Departamento). A administração local, tendo entre os objetivos prioritários a criação de serviços de suporte às famílias nas quais viviam idosos com necessidade de assistência sanitária e social, aprovou um projeto reservando-o aos cidadãos residentes no território e financiando-o diretamente com os fundos da Circunscrição.

O projeto se propunha a atingir os seguintes objetivos:

- a) aumentar a permanência do idoso em seu núcleo familiar sem se sentir negligenciado (problema da solidão e/ou institucionalização);
- b) desenvolvimento da capacidade de colaboração do idoso para gerir seus próprios problemas com ajuda de diversos profissionais sem delegar passivamente o cuidado das suas necessidades a outros, evitando cair numa condição de autoabandono, que conduz à hospitalização frequente ou à internação em residências protegidas (Residências Sanitárias Assistenciais).

6 Giovanni Paolo II, 1988, III Conferenza internazionale degli operatori sanitari.

Quatro anos mais tarde, sob decisão do Departamento de Políticas Sociais da Comunidade de Roma, o projeto experimental realizado na V Circunscrição foi estendido a toda cidade. Atualmente, os Centros Dia para idosos frágeis na cidade de Roma são 26 e foram precursores de outros tipos de Centros Diurnos, como aqueles que atendem pessoas com a doença do Alzheimer, criados em 2004, hoje com o número de 10 centros.

3 A realidade atual do primeiro Centro Dia

Após doze anos de experiência, o primeiro Centro Dia, da capital do país, é hoje um ponto de referência para os idosos do território italiano que, graças aos interventos sócio assistenciais dos profissionais empregados no sistema, conseguiu manter um nível adequado de assistência.

O acesso ao Centro Dia ocorre por meio de uma solicitação ao Serviço Social Municipal. Fazem parte: um geriatra, um psicólogo, um enfermeiro, um educador e diversos operadores com qualificação profissional no setor social. O Centro funciona de segunda-feira a sexta-feira das 8:00 horas às 17:00 horas e pode acolher, a cada dia, 25 idosos. Os usuários são deslocados de seus domicílios por meio de um transporte idôneo, que os acompanha até os locais do Centro dia, e podem usufruir tanto do café da manhã quanto do almoço.

As atividades desenvolvidas no interno do Centro Dia durante a semana são as seguintes:

a) atividades de estimulação cognitiva: jogos de memória, palestras com especialistas, realização de um jornal do centro;

b) atividades de estimulação sensorial: trabalhos manuais e criativos (coser e tecer, construções e manipulações com material e técnicas diversas, cozinha);

c) atividades centrais com o corpo: ginástica leve e psicomotricidade;

d) atividades gráfico-pictóricas: podem ser oferecidas paralelamente às atividades de estimulação sensorial e compreendem o uso de vários tipos de cores e suportes (laboratórios de decoupage, patchwork, pintura em vidro e tecido, trabalho artesanal);

e) atividades musicais: escutar música (conforme solicitação dos usuários), canto, jogos musicais;

f) atividades ligadas a imagens; cinema, uso da fotografia, visões de slides;

g) atividades de leitura: compreendem a leitura coletiva de jornais ou de livros, espaços de leituras autogeridos pelos idosos;

h) laboratórios intergeracionais: teatro da memória, encontros e trabalhos desenvolvidos em colaboração com crianças e escolas do território;

i) atividades lúdicas: jogos de quadra, quiz, tombola, jogos de palavras, palavras cruzadas, etc;

j) atividades de festa: promovidas em diversos momentos do ano por meio de encontros agradáveis, tais como festas de Natal, Páscoa, Carnaval, Festa da Primavera e Festas de Aniversário;

k) atividades desenvolvidas no externo da estrutura: saídas programadas na cidade em lugares artísticos, participação em eventos culturais e recreativos, cinema, teatro, organização de excursões fora da cidade de um dia inteiro.

4 Qual modelo?

Após a exposição do Centro Dia de Roma, torna-se importante pensar sobre um modelo ideal de Centro Diurno, que possa absorver, de forma mais completa, o papel pelo qual foi concebido. A sugestão do modelo que será apresentado nesse estudo nasce dos estímulos que emergiram do quanto observado na visita à estrutura.

Das observações, julga-se não suficientemente cuidada a relação com a família dos idosos. O Centro dia é, de fato, com frequência utilizado como mero estacionamento dos próprios idosos, não dando a devida importância que os mesmos adquiriram na vida familiar, considerada na sua totalidade. A tarefa dos responsáveis pelo Centro deveria ser, pois, aquela de criar situações de convivência, ao invés de situações que intensifiquem o comprometimento familiar nestas estruturas. A tal propósito se poderia prever a presença de um comitê de família, composto de um certo número de membros escolhidos entre aqueles que demonstram ser mais próximos às exigências dos hóspedes no interior da estrutura e na colaboração com o coordenador do centro, a fim de evidenciar eventuais problemáticas emergentes aos entes institucionais.

No estudo do modelo ideal, são evidenciadas dez áreas de passível intervenção que serão descritas a seguir:

4.1 Valorizar a autossuficiência

Todos os idosos no momento da chegada junto ao Centro Diurno deverão ser submetidos, segundo avaliação do geriatra e de um psicólogo, a algumas atividades com a finalidade de avaliar o grau de autossuficiência psicofísica. Especificamente, pode-se utilizar dois tipos de avaliação:

1) “Exame mínimo do Estado Mental”: uma avaliação que ocorre pela aplicação de um exame de 5 a 10 minutos, constituído de 11 itens, que exploram a memória breve e a médio termo, a linguagem, a orientação do tempo-espaço, a atenção, o cálculo e a prática.

A pontuação total, em decorrência da soma de pontos que os idosos obtêm em cada item, compreende de um mínimo de 0 (máximo de déficit cognitivo) a um máximo de 30 (nenhum déficit cognitivo). A pontuação limite é considerada de 23-24; de fato, a maior parte das pessoas idosas não dementes raramente atinge pontuação abaixo de 24.

Todavia, os valores da pontuação podem ainda variar de forma notável, dependendo de alguns fatores como a idade e a escolaridade, que contribuem significativamente nas mudanças nos escores esperados.

2) “IADL” (Instrumento de atividades de vida diária): avaliação da capacidade de desempenho de atividades que são desenvolvidas normalmente para a manutenção da própria independência. A realização dessas atividades, embora de maneira esporádica, é necessária para considerar um sujeito autônomo. Por exemplo, se um sujeito não é capaz de lavar suas roupas ou fazer suas compras, não é capaz de viver sozinho, exceto por curtos períodos.

O instrumento de referência para a medida de autossuficiência na IADL é a escala da qual o termo IADL toma o nome e compreende as seguintes atividades: usar o telefone, fazer as compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar, utilizar os meios de transporte, tomar medicamentos e administrar as finanças domésticas.

Todavia, algumas dessas atividades são específicas das mulheres (por exemplo, lavar roupas), por isso é prevista uma codificação adicional para os sujeitos que seriam capazes de executar as atividades de habilidades físicas e cognitivas, mas não as desenvolvem devido às tradições, às oportunidades ou à cultura.

4.2 A TV serve somente para dividir

Entre os meios de comunicação muito usados nos dias de hoje, especialmente pelos idosos, a televisão assume um papel primordial.

A televisão vem sendo utilizada como um meio de entretenimento, de informação básica, de distração e de envolvimento emocional; atualmente, faz parte do “dia típico”, dos hábitos cotidianos e, em alguns casos, adquire uma “função necessária”.

Há alguns anos tem sido observada uma característica peculiar no que diz respeito aos idosos e seu envolvimento emocional com os programas de recreação e, sobretudo, as chamadas “novelas”.

A visão sistemática e contínua da televisão, algumas vezes obsessiva, nasce da exigência de provar emoções livres refletidas, que são, com frequência, extraídas da realidade cotidiana. Deve-se, ao invés, canalizar tais emoções em outros contextos, permitindo ao idoso uma variedade de experiências emotivas. Desta aptidão emocional, o idoso tem o necessário para não se sentir estranho e isolado da realidade que o circunda, ou mesmo não mais integrado à dinâmica geral existencial do contexto em que vive.

Naturalmente, a utilização livre do lado emotivo constitui o aspecto de risco desse envolvimento. De fato, porque vivendo intimamente e livremente, essa pode estimular no idoso a eventual tendência de sentir-se estranho e então conduzir ou facilitar o auto-isolamento.

Considerando que a televisão é ainda um meio familiar aceito e útil, o seu uso será previsto para a atividade como meio de acompanhar e apoiar a capacidade emocional do idoso, ligada, porém, às dimensões racionais e de relação com os outros. Alternando-a com outras atividades, pode-se propor – por meio de gravações, segundo as circunstâncias e as situações – programas televisivos, sejam costumeiros, sejam de interesse não comum.

Quanto aos programas costumeiros, a atividade será animada por pessoal treinado, a fim de estimular a fruição do grupo através de comentários, discussões e jogos. Da mesma forma, no que tange aos outros (programas especializados, documentários, informações, notícias da economia, arte, etc., escolhas tendo em vista o grupo de interesse dos idosos), ela será mediada por um guia, para estimular o interesse e aprendizagem.

4.3 As histórias de hoje aconteceram ontem

Por meio dos jornais, será oferecida a oportunidade não só de atualizar as informações, mas também de observar fatos da vida diária, seja socialmente, politicamente ou religiosamente. Uma leitura atenta de alguns jornais, liderada por grupo de idosos juntamente com os educadores sociais, inspirará para recuperar ou descobrir verdadeiras e próprias histórias, por meio das quais será possível ligar os fios da memória e da experiência.

Notícias de cultura e também de política e de economia poderão lembrar fatos semelhantes correspondentes às experiências passadas dos idosos e isso, sem dúvida, se tornará um pretexto para relembra e representar novamente aquela experiência. Representações que não terminarão necessariamente com a memória, mas que colocarão em confronto o que aconteceu no passado e o que acontece agora, estimulando, assim, a discussão, o interesse e a criatividade. Os educadores sociais tentarão destacar os temas àquelas questões susceptíveis de serem seguidas em sua evolução e acompanhá-las, bem como em uma peça teatral, interpretada pelo grupo de idosos a fim de recordar seus dias passados. Também não devem subestimar as possibilidades inerentes a este “jogo”, para analisar tanto os próprios jornais quanto o modo utilizado para tratar as notícias e os comentários, até constituir uma verdadeira análise crítica dos jornais lidos e das diferenças entre um jornal e outro.

Esta atividade, se efetuada ainda sob o controle de um psicoterapeuta qualificado, poderá assumir a configuração de uma verdadeira e própria “terapia do passado”, na qual se deverá evitar que as lembranças se tornem nostálgicas, pois que a nostalgia e o arrependimento de algo perdido – de qualquer situação que não poderá voltar – poderá abrir a porta para uma atitude depressiva. Se, ao contrário, for bem conduzida, a atividade ajudará a manter um papel social, a favorecer a auto-estima e a reconhecer e a apreciar os próprios recursos internos.

4.4 É verdade que os mais velhos estão fechados para o novo? Os novos co-inquilinos: os estrangeiros

Na Europa, é muito comum a convivência com os estrangeiros. A presença sempre mais evidente de imigrantes estrangeiros não coloca somente o problema da aceitação e de convivência em pauta, mas também uma ocasião histórica de entrar em contato diretamente com pessoas e culturas muitos

diversas da sua, as quais, até o momento, só eram próximas exclusivamente por meio do cinema e da televisão.

Aproveitar essa ocasião significa dar a possibilidade de estimular e manter viva a curiosidade de nossos idosos, de ampliar a sua esfera de conhecimento e, sobretudo, a possibilidade de interagir pessoalmente com a realidade da maior parte, apenas imaginada. Além disso, os idosos poderão sentir-se atores de uma similar comunicação direcionada aos imigrantes, os quais poderão esclarecer, através da própria experiência e conhecimento das coisas, o modo de viver do nosso contexto social.

Estes encontros e estes argumentos poderão ser uma ocasião positiva de estímulo para reencontrar e reviver as próprias tradições culturais e regionais, confrontando com as de hoje e com as dos outros.

Com a presença de profissionais adequados, o programa prevê o desenvolvimento de uma multiplicidade de iniciativas:

- visitas guiadas a países distantes, utilizando-se de materiais audiovisuais e de documentários comentados de mediadores culturais do lugar;
- encontros com representantes de comunidades de imigrantes estrangeiros, solteiros, famílias, adultos e idosos, como um teatro que oriente através de narrativas de experiências reais;
- encontros com representantes de comunidades de imigrantes estrangeiros, com preferência para aqueles presentes no território onde vivem os idosos;
- participação na construção de histórias de vida de imigrantes, solteiros, com família, crianças, adultos e velhos, como um teatro que guie através das lembranças de experiências reais;
- momentos de lazer comunitário e de intercâmbio mútuo de costumes e tradições, que irão selar a abertura de novos conhecimentos para relações futuras. Para essas atividades, se poderá valer da colaboração do Ofício de Imigração da Cidade de Roma.

4.5 A exploração do tempo: a relação entre gerações

Contemporaneamente ao desenvolvimento das quatro áreas de atividades precedentes, propõe-se uma quinta, de forma transversal, que terá como lógica a relação intergeracional.

A metodologia desenvolvida tem como objetivo incentivar o relacionamento com a geração mais jovem, não tanto como uma atividade ou tópico

de discussão em si, mas como uma interação concreta. Os mais velhos, com a cooperação dos operadores, receberão os mais jovens, escolhendo, no desenrolar de atividades precedentes, algumas oportunidades por meio das quais possam construir um encontro interessante para uns e outros. Assim, criam uma rede de relações envolvidas com grupos de adultos, jovens e crianças; referindo-se aos territórios já estruturados (associações, escolas, etc.) com projetos ad hoc, organizarão ações de interação:

- no plano cultural: assistir e participar, em momentos especialmente organizados, na recuperação de memórias e na comparação com o presente;
- no plano de inovação social: integração de diferentes gerações por meio de experiência intercultural, através de iniciativas conjuntas;
- no plano da ginástica intelectual e da diversão: trabalhar em conjunto para a preparação de torneios de jogos de mesa, de sociedade, de cartas, de damas, de xadrez, etc. criando uma situação espontânea entre as gerações, livre de resultados pré-fixados e que constituirá a base de iniciativas sucessivas e contínuas.

4.6 A reabilitação

Sabendo-se que com o aumento da idade os pés “cada vez mais se afastam da cabeça”, tornando-se quase inatingíveis, tentar-se-á, como parte do tratamento de fisioterapia e reabilitação, explorar os conceitos e técnicas do método “Riflessoterapia dos pés” (RTP), de Hanne Marquardt (MARQUARDT, 1995).

Tal método é uma forma de terapia que se desenvolve no curso de muitos anos, alcançando como objetivo - que vai bem além do simples benefício de uma usual massagem de pés - a cura ou melhora das funções do corpo inteiro e dos tecidos do paciente. Segundo esta teoria, o homem reflete nos pés sua totalidade, todos os órgãos e sistemas, bem como a alma do paciente pode ser vista e tocada terapeuticamente. A partir desta massagem, flui um amplo espectro de indicações para a RTP, de distúrbios do sistema músculo-esquelético, de desordens funcionais dos órgãos e de alergias a distúrbios psicossomáticos.

Nos pés se vê projetado todo o corpo e dos pés se poderá, então, agir de maneira reflexa sobre qualquer parte para resolver os distúrbios e restabelecer a ordem perdida. Olhando para o perfil do pé, se poderá observar a mesma forma de uma pessoa sentada, onde a cabeça corresponde ao dedão do pé. O comprimento ideal do corpo humano deve ser de sete vezes e meia daquele da cabeça; multiplicando a falange do dedão do pé por sete vezes e meia, se encontrará exatamente o comprimento do pé.

Todas as partes do homem, portanto, têm, nos seus pés, as áreas precisas de projeção, as chamadas “zonas reflexas”. Nestas áreas podem ser detectadas com precisão e localizadas as condições de todo o organismo e, assim, pode-se intervir, sem auxílio de equipamentos ou medicamentos, para reorganizar e harmonizar a energia dos processos enérgicos em desarmonia.

Não há praticamente qualquer doença que não apresente um efeito positivo desta terapia, porque não apenas combate diretamente a dor, mas também estimula a força vital e a regeneração presente no homem. Ela também ajudará as pessoas mais velhas a pensar, com reconhecimento, que nenhum outro órgão humano nos ajuda com paciência e determinação em prosseguir o caminho de nossas vidas, como o fazem nossos pés.

4.7 Atividade motora

A atividade motora e esportiva terá centralidade nas atividades dos idosos por duas importantes razões: a primeira reside nos benefícios que trazem à forma física; a segunda, ao contrário, vem acompanhada da possibilidade de oferecer, por meio desse tipo de “passatempo”, o desenvolvimento em conjunto das atividades e consolidar relacionamentos sociais positivos. Assim, a atividade motora não só será tratada como momento voltado para aumentar o bem-estar físico, mas também como um momento de socialização. Quando o esporte deixa de ser visto pelo espírito competitivo, adquire o papel de agregador. No entanto, não se deve subestimar a importância que as atividades desportivas assumem do ponto de vista estritamente físico: na chamada “terceira idade”, o corpo começa a mostrar sinais de disfuncionalidade que poderão ser abrandados (retardados) de forma eficaz.

Aceitar a prática de esportes e submeter o corpo a exercícios físicos que ajudem a manter a forma podem induzir o idoso a ter uma atitude diversa em relação ao próprio corpo, a aceitá-lo e a aprender os melhores caminhos para o envelhecimento, de forma equilibrada e mais duradoura possível.

Precisa-se, entretanto, ser cuidadoso, porque os movimentos devem ser “adaptados” para os idosos: cada idade tem seu próprio ritmo, seus exercícios e suas próprias fadigas.

É bem conhecido que o movimento físico é saudável para as pessoas de uma certa idade. De fato, se praticado com moderação, reduz o risco de diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia; também pode ser considerado como um dos mais importantes tonificantes, não só para o corpo, mas também para o espírito.

Estudos recentes revelaram que o exercício físico regular melhora o fluxo sanguíneo para o coração, mesmo no caso de pacientes com restrições coronárias, reduzindo o risco de ataque cardíaco (Fig. 1). Alguns estudiosos alemães da Universidade de Leipzig têm mostrado que o exercício físico melhora a funcionalidade do endotélio, um tecido de onde vem a capacidade das artérias coronárias para dilatar, tornando-o mais flexível, dependendo do volume de sangue exigido pelos músculos.

Figura 1– Nível de risco de doença nos estilos de vida ativo e inativo

Fonte: At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report of the Chief Medical Officer, Department of Health, UK, 2004.

Em Turim, em 1978, fora desenvolvido por três professores de educação física, Josephine Giorgi, Cesarina Minasso Pequenas e Ada, o termo “geromotricità” (gero = velho, motor = movimento), atividade motora que é projetada

para os idosos, mas também adequada para quem pretende movimentar-se corretamente, casualmente e sem muito esforço para retardar o processo fisiológico de decadência devido ao passar dos anos.

Este método é uma resposta desenvolvida e estruturada de forma sistemática através de anos de experiência e estudo, capaz de satisfazer uma simples e pura demanda da multiplicidade da população idosa de mover-se bem para estar melhor. Em resumo, a geromotricidade é uma proposta motora abrangente, de cunho preventivo, que visa manter e/ou melhorar todo o potencial da pessoa que envelhece a fim de promover um estilo de vida de alta qualidade.

4.7.1 Setores de intervenção

Reafirmando que o método é direcionado para a pessoa como um todo, evidenciam-se os setores de intervenção, entendendo as funções e as competências para buscar o movimento (Fig. 2):

Figura 2 – Círculo bidirecional com a interação recíproca das diversas áreas: equilíbrio, mobilidade articular, respiração, coordenação, reação, tonificação, relaxamento e socialização.

Fonte: <<http://www.edusport.it/web/guest/terza-eta-la-geromotricita-elisir-di-lunga-vita>>.
Acesso em: 3 maio 2013.

Os objetivos pretendidos deverão promover a melhora da eficiência cardiocirculatória, da mobilidade articular, da função muscular e, portanto, da segurança dos movimentos que caracterizam a vida diária.

O programa deve incluir exercícios de mobilização lenta, associado a exercícios de alongamento estático e exercícios para reativar proprioceptivas, regularmente repetidos pelo menos duas vezes por semana. Esses sistemas permitem reprogramar os padrões normais do movimento motor, a fim de obter um ótimo controle articular através de um perfeito movimento muscular. Uma atividade muscular constante associada a um trabalho cardiovascular completará o programa que deverá agir de acordo com o tempo de recuperação adequado.

Úteis para avaliar o grau de capacidade de deambulação e da função física geral dos mais velhos são, sem dúvida, a “Escala de Tinetti” e o “Índice de Bartel”.

O primeiro é uma ferramenta fácil de usar, amplamente validada, que tem demonstrado um bom índice preditor de queda. A escala poderá ser usada para definir os assuntos a serem sujeitos de uma observação particular e de programas de reabilitação e também para determinar a eficácia ou os efeitos colaterais adversos da terapia e dos programas de tratamento de reabilitação. Serão avaliados, utilizando esta escala:

1) Equilíbrio, no qual o sujeito deve ser observado sentado em uma cadeira sem braço e deve ser convidado a desenvolver os movimentos indicados. É melhor levar em conta a qualidade da resposta, ao invés da velocidade de execução;

2) Marcha, o sujeito deve ficar em pé na frente do examinador e caminhar pelo corredor ou do outro lado da sala, começando com o seu ritmo normal, depois com um passo um pouco mais rápido. Pode ser usado qualquer auxílio no percurso.

O Índice de Bartel, ao contrário, dá uma pontuação indicativa da capacidade do sujeito para se alimentar, vestir, gerenciar higiene pessoal, tomar banho, usar o banheiro, passar da cama para a cadeira e vice-versa, deambulação em terreno plano, subir e descer as escadas e controlar a defecação e micção. A pontuação máxima é 100, indicando a independência em todas as atividades básicas da vida diária. O uso de instrumentos de avaliação padronizados tem a vantagem de comparabilidade dos dados ao longo do tempo (follow up) e, em seguida, uma objetividade científica e de rastreabilidade, que irá experimentar os verdadeiros benefícios das atividades que as pessoas mais velhas fazem dentro do Centro de Dia.

4.8 O serviço de transporte

Os usuários do Centro de Dia serão beneficiados no serviço de transporte de casa para o centro e vice-versa. O transporte será equipado com estruturas utilizadas para o transporte de pessoas com cadeiras de rodas. Será previsto na ocorrência, também, o transporte e o acompanhamento dos usuários às unidades de saúde locais para eventuais visitas e/ou terapias específicas.

4.9 A alimentação

A alimentação dos usuários será organizada baseada em programas de dieta estabelecidos por um nutricionista de acordo com o clínico geral de cada usuário.

O cardápio será alterado diariamente e será repetido a cada 4 semanas. Haverá um cardápio sazonal. Os usuários poderão consultar o cardápio diário e semanal, exposto em uma placa especial. Além do cardápio pré-estabelecido, serão previstas dietas personalizadas que podem ser adequadas às doenças mais comuns e aos problemas típicos da velhice.

A fim de adquirir bons hábitos alimentares, os usuários poderão também seguir os cardápios em suas casas e, a propósito, serão organizados cursos ministrados por especialistas sobre o tema da nutrição adequada.

4.10 Características estruturais dos ambientes

O Centro de Dia disponibilizará, para os usuários, instalações adequadas e funcionais que devem incluir: sala para entretenimento, lazer e socialização; refeitório; lugar para repousar; ginásio de atividade física; gabinete médico; banhos assistidos; sanitários e espaços ao ar livre. Todos os locais previstos devem estar livres de barreiras arquitetônicas.

5 Local de atendimento socio sanitário

Como parte do aperfeiçoamento e otimização dos recursos, o V setor do município desenvolveu recentemente um novo projeto que prevê as unidades

socio sanitárias junto ao Centro de Idosos, presente atualmente na sede do município. Nos onze centros de idosos atualmente em funcionamento serão transferidas essas unidades chamadas de *Agência de atendimento socio sanitário*, a fim de permitir um melhoramento em conjunto da qualidade de vida dos idosos, para evitar o isolamento e a auto-insuficiência e combater o uso de institucionalização, garantindo, de tal modo, a salvaguarda da dignidade e do direito de autodeterminação dos idosos.

Este projeto terá um local em cada bairro, de modo a permitir que os idosos evitem longos trajetos que, de outra forma, teriam que fazer para chegar à sede do município a que pertencem.

As ações do atendimento são:

1) Acolher e ouvir a demanda e a necessidade do idoso, a fim de dar respostas específicas;

2) Informações sobre a localização e o modo de acesso aos serviços sociais, sanitários e a setores sociais privados e voluntários, presentes no território do V setor do município;

3) Início do processo de solicitação de assistência domiciliar, acesso ao Centro Dia, carteira de transporte público, etc.;

4) Formas de entrega;

5) Conhecimento e direcionamento aos serviços sociais de casos de múltiplos problemas.

6 Consultório da terceira idade

Sob os mesmos pressupostos do último modelo de serviço, se imaginou, no Centro Dia, a realização de uma espécie de “Consultório da terceira idade”: uma estrutura territorial, com características da aproximação socio sanitária, utilizando os mesmos espaços dos Centros Dia, voltado para o atendimento dos idosos, de suas famílias e de cuidadores em geral. O serviço pode garantir uma abordagem multidisciplinar às necessidades de saúde e assistência social dos idosos. A parte social se daria através do envolvimento da UOSEC (Unidade de Análise Sócio-Educativo-Cultural-Sport) dos Municípios; já para a parte de saúde, da U.O.C. (Complexo Unidade Organizacional), que lida com a Proteção de Saúde do Idoso da ASL. A finalidade será aquela de atuar de forma global no cuidado das pessoas, graças ao trabalho em rede que se desenvolve com os outros serviços do território.

Os objetivos de consultório poderiam ser aqueles de:

- garantir a integração entre os serviços sociais e sanitários que se ocupam da assistência do idoso em seu território;
- apoiar, aconselhar e formar as famílias e cuidadores na atividade de assistência ao idoso junto ao próprio domicílio, a fim de garantir a gestão autônoma do mesmo (auto-ajuda);
- reduzir os custos na internação hospitalar e na institucionalização do idoso;
- oferecer um suporte técnico-especializado multidisciplinar nas atividades dos médicos que fazem clínica geral, voltados aos idosos do território;
- elaborar e experimentar um modelo de organização que possa ser reproduzido e exportado para todo o espaço do município.

7 Custos-benefícios

A presença significativa de pessoas que vivem sozinhas na terceira e quarta idade aumentou o fenômeno de cuidados de longa duração ou parcial, aumentando, consequentemente, a necessidade de um nível assistencial de cuidados mais adequados.

Um dos principais riscos de institucionalização de idosos está ligado ao estresse do cuidador. A hospitalização na Residência Sanitária Assistencial é a resposta/solução que tradicionalmente tem sido dada de forma individual para os idosos com distúrbio de comportamento. Nos últimos anos, a abordagem geriátrica multidimensional tem se orientado em direção à utilização de serviços semirresidenciais como o Centro Dia, cuja modalidade assistencial torna-se mais apropriada para este tipo de usuário.

Evitar a institucionalização do idoso, ou ao menos retardá-la, traz um melhoramento da qualidade de vida do idoso, com o aumento da expectativa de vida, a melhoria da qualidade de vida de seus cuidadores formais e informais e uma redução nos custos que a coletividade encontraria meios de sustentar em caso de hospitalização imprópria em estruturas sanitárias ou de longa permanência.

A utilidade do Centro Dia, além de promover a contínua presença de idosos no lar e fornecer assistência valiosa às famílias, permitindo a sua participação ativa, permite uma economia à comunidade no que tange ao custo de sustentação da frequência diária de um idoso no Centro Dia, se comparado ao custo do serviço regional de saúde para a hospitalização daquele mesmo idoso no hospital e/ou casa de repouso privada convencionada. Como exemplo, a

tabela mostra o custo per capita por dia para um cuidado com idoso em diferentes situações assistenciais:

Tabela 5 – Custo médio por dia. Ano de 2008.

Custo diário*	Centro Dia	Casa de Repouso	R.S.A.
€	27,95	43,51	117,89

Fonte: Comune di Roma - Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute.
Disponível em: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?jp_pagecode=dipartimento_prom_serv_soc_sal.wp&ahew=jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

Importante sublinhar que para ter acesso às casas de repouso do município e/ou convenionadas, entre os requisitos exigidos está o da total autonomia da pessoa; na R.S.A., ao invés, a pessoa deve ter como característica a falta de autonomia.

Os Centros Dia para idosos frágeis têm a capacidade de responder às necessidades de pessoas que têm características que encontramos na realidade, altamente estruturadas, como as que acabamos de mencionar. Assim, não há impedimento para a entrada de idosos não autossuficientes, parcialmente não autossuficientes ou autossuficientes, sinônimo claro para uma verdadeira integração entre assistência social e saúde.

8 Qual futuro?

O número da população residente na cidade de Roma permite concluir que atualmente, a quantidade de Centros Dia para Idosos Frágeis ativos é insuficiente para cobrir as demandas solicitadas de pessoas que poderiam ter os requisitos de acesso. Não há, porém, possibilidade econômica de ter um alto número de estruturas com vistas a atender o território - com um Centro Dia a cada quarteirão, por exemplo, se poderia verificar a possível utilização, assim como já foi feito com a criação dos distritos pela Seção Única Sociossanitária, de um Centro Dia para idosos.

O objetivo, no entanto, não deve ser limitado à mera transferência de atividades do Centro Dia para Idosos para o interior das estruturas mencionadas, mas deve perseguir o objetivo de tornar o idoso um participante de um trabalho que o envolva 360 graus, oferecendo-lhe a possibilidade de produzir uma espécie de autogestão, garantida por um comitê de gestão, apoiado e supervisionado por pessoal treinado adequadamente para preencher os papéis que as atividades profissionais de um centro desse tipo exigiria.

9 O papel do educador no Centro Dia para Idosos Frágeis

O educador profissional, conforme especificado no artigo 1 do D.m. 520/98 (ITÁLIA, 1998), é um operador socio sanitário. A referência a estas duas dimensões imediatamente traz à mente a velha questão da integração de cuidados sociais e de saúde.

Até os dias atuais, não foi adequadamente projetada e desenvolvida uma forte integração dos serviços de saúde com os sociais; até a data, as habilidades de apoio para os idosos estão espalhadas em diferentes instituições, nem sempre em harmonia entre elas (ASL, Municípios, autarquias, voluntários). Isto resulta na incapacidade do sistema de oferecer respostas eficazes aos problemas associados à fragilidade.

É evidente que a integração entre estas instituições é, portanto, elemento crucial para qualquer intervento eficaz, orientado a apoiar a fragilidade. O papel do educador em um Centro Dia para idosos frágeis, portanto, será aquele de saber como colocar corretamente o processo de atendimento, expandindo os limites do profissionalismo (por exemplo, saber a evolução de doenças degenerativas), sem, é claro, sacrificar a identidade.

A tarefa dos educadores, no entanto, não deve ser apenas a de proporcionar o cuidado, deve, antes, ser a de apoiar as pessoas a encontrar maneiras de cuidar de si mesmas e dos locais onde se desenvolve a vida de cada um. O educador profissional deve estar disponível para os idosos e a comunidade, fornecer informações e orientação para facilitar o acesso aos serviços, fazer entender quais são as reais necessidades do idoso e tornar-se um promotor de mensagens culturais e éticas que se movam na direção oposta à exclusão e ao isolamento, incentivando, ao invés, a inclusão e a integração. O educador também não deverá limitar-se ao contato direto com o idoso, mas deverá pôr muita atenção ao seu “universo”, deverá aprender a aprimorar a avaliação das competências das necessidades, tornando-se um ponto de referência não só para os idosos mas também para os cuidadores e estabelecendo uma relação de cumplicidade com eles que transforme a bagagem de sentimentos e afetos em um recurso para todos. Ou seja, também deve aprender a “cuidar de quem cuida.” (*Dovrà cioè imparare anche a “prendersi cura di chi si prende cura”*).

Os assistentes sociais deverão ser capazes de modificar o seu papel, abandonado uma ótica puramente assistencialista em favor de deveres de acompanhamento e orientação dos sujeitos considerados em risco de exclusão social. Seu trabalho, portanto, deve ser reestruturado em uma perspectiva de “rede”, com intervenções orientadas mais sobre aspectos positivos do que pelos desconfortos, nas quais pode cuidar das famílias, o que significa dar uma nova atenção aos canais da normalidade.

O objetivo para o futuro será, portanto, de incentivar cada vez mais uma sinergia de rede social e de saúde, a fim de monitorar e resolver a grande variedade de doenças relacionadas à “fragilidade”.

O idoso, se colocado em condições de envelhecimento ativo, torna-se um recurso para a sociedade em condições que a sociedade mesma invista sobre aspectos que são relativos a sua saúde, sua participação e sua segurança. A valorização se realizará criando também conexões entre idosos, ou entre idosos e outras gerações, favorecendo o intercâmbio e a solidariedade intergeracional. Será necessário investir nos idosos criando as condições para que possam levar uma vida o mais ativa e produtiva possível.

Os usuários do Centro Dia para o idoso frágil deverão se tornar os protagonistas de uma grande experiência para a promoção de uma assistência ativa, realizada com as mais avançadas técnicas de valorização das capacidades residuais, desde que invistam nas estruturas, adequando-as às efetivas exigências dos usuários, pela aquisição de uma tecnologia moderna que permita a integração da ação dos assistentes sociais, oferecendo-lhes a oportunidade de adquirir as competências necessárias para dar apoio adequado aos usuários.

Observa-se que dentro das estruturas existem também aqueles que são dependentes. Não se trata de devolvê-los às respectivas famílias ou descontar neles os custos de ajustamento dos ambientes domésticos, nem mesmo de institucionalizá-los. Oportuno seria identificar os percursos compartilhados, com plena responsabilidade comunitária, sobre como adaptar os espaços e as atividades a contextos de exigências de um usuário destinado inevitavelmente a crescer com o envelhecimento progressivo da população.

Os Centros Dia para os idosos frágeis, uma vez distribuídos em distritos nas várias áreas da cidade, terão uma função de sentinela, ativando uma espécie de sistema de vigilância que irá coletar informações detalhadas sobre os idosos em risco de fragilidade do território: pessoas às quais alguns fatores de risco, se identificados, poderão reduzir a qualidade de vida, ao mesmo

tempo desencadeando uma espiral de deterioração rápida que, ao contrário, deverá ser adiada e/ou parcialmente evitada.

Um aspecto forte da fase de qualificação para uma real integração do sistema social e de saúde diz respeito a um sistema de informações de natureza socio sanitária, atualmente inexistente a nível nacional. É evidente que a disponibilidade de informações contínuas confiáveis sobre o sistema de governar seja elemento altamente estratégico para executar a programação, a gestão e a avaliação dos serviços de saúde e sociais.

DAY CENTER FOR THE FRAIL ELDERLY: RESOURCES FOR THE PROMOTION OF QUALITY OF LIFE

abstract

The progressive ageing of the population carries an increase in the number of elderly people who have problems of biological, psychological, and sociological nature, and also of social and interpersonal relationships. It is estimated that in 2030, the old over 65 years constitute one quarter of the population that comprises the current European Union countries. The services that can respond adequately to the varied needs of the aged are not often distributed. Among the most emergent problems, appears loneliness, lack of opportunities for relationship, the growing fears of marginalization, the aggressions (especially in big cities) and the fear of disease and disability. Another problem is the loss from cognitive and affective decline. From this study, we find out that the family and the support group are rarely prepared in an appropriate way to face new demands and difficulties that arise even under the clinical level. The family often struggles to support and assist the elderly, yet one is aware of the importance of new local facilities and services capable of satisfying the requirements of the elderly population. In this context, the Day Center for the frail elderly is a qualified answer to the needs that emerge as it allows the elderly to stay at their homes, their families to remain close to their elders and the community to reduce costs.

keywords

Day Center. Frail Elderly. Social Network.

referências

DONATI, Pierpaolo. Tra Gemeinschaft e Gesellschaft: le reti informali nella società contemporanea. *Analisi di sociologia*, Pisa, n. 4, p. 225-248, 1988.

ITÁLIA. Ministério da Saúde. Decreto Ministerial n. 520, de 8 de outubro de 1998. Estabelece regras para a identificação da figura e perfil do educador profissional. Roma, 1998.

MAGGIAN, Raffaello. *I servizi socio-assistenziali*. Verso la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari. Roma: Edizioni Carrocci, 2001.

MARQUARDT, Hanne. *Manuale di riflessoterapia al piede*. Milão: Guna Editore, 1995.

ROMA CAPITALE. Arquivo 2006. Disponível em: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW121808&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

ROMA CAPITALE. Arquivo 2007. Disponível em: <http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW121807&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode>. Acesso em: 3 maio 2013.

RUGGIERO, C.; CHERUBINI, A.; SENIN, U. Alla scoperta delle origini dell'anziano fragile. *Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*, Firenze, v. 55, n. 4, p. 183-190, ago. 2007.

U.S. BUREAU OF THE CENSUS. 2012. Disponível em: <http://www.census.gov/compendia/statab/guide_to_sources.html>. Acesso em: 20 ago. 2013.

Recebido: 03/09/2012
1ª revisão: 27/05/2013
2ª revisão: 20/07/2013
Aceite Final: 03/08/2013