**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FLÁVIA RENATA FRATEZI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA
MONITORAMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM
CENTROS DIA PARA IDOSOS**

**SÃO PAULO
2020**

FLÁVIA RENATA FRATEZI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA
MONITORAMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM
CENTROS DIA PARA IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Fratezi, Flávia Renata

Construção e validação de indicadores para monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos / Flávia Renata Fratezi. São Paulo, 2020.

239 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência à saúde. 2. Serviços de saúde para idosos.
3. Administração da qualidade. 4. Indicadores de qualidade.
5. Estudos de validação. 6. Enfermagem. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Flávia Renata Fratezi

Título: Construção e validação de indicadores para monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

Instituição: Escola de Enfermagem USP Assinatura: _____

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em especial para minha mãe Fátima

Essa conquista eu devo a você, mãe. O seu amor me motivou a sempre lutar pelos meus sonhos. A sua força me ensinou a nunca desistir. O seu apoio me incentivou a acreditar que é possível. A sua perseverança em caminhar ao meu lado transformou as dificuldades em aprendizado e as alegrias, em momentos inesquecíveis.

A você, a minha eterna gratidão. Te amo!

À minha sobrinha e afilhada Manuela Fernanda

A minha maior alegria na vida. Aquela que, sendo tão pequena, desperta em mim o maior amor do mundo.

Aos meus irmãos Fernando, Felipe e Frederico

Os meus grandes companheiros por toda a vida. Sempre me apoiando e, por acreditarem em mim, me mostram que os meus sonhos são possíveis.

Ào meu noivo Eduardo

O meu amor. Aquele que transforma os meus momentos mais difíceis em gratos sorrisos, o companheiro que eu escolho todos os dias para compartilhar minha vida.

Ào meu pai Fernando (in memoriam)

O meu sempre herói. Com orgulho por ser sua filha, levo comigo o seu amor e os seus ensinamentos.

Aos meus avôs Sílvia e Deolinda (in memoriam)

As minhas grandes inspirações e exemplos de vida. O amor que recebi de vocês conduziu-me na escolha deste caminho.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pelo dom da vida.

À Prof^a. Dr^a. *Daisy Maria Rizatto Tronchin*, que desde o Mestrado tem me acompanhado e compartilhado seus valiosos conhecimentos comigo. Obrigada por seus ensinamentos, sua confiança, paciência, apoio, ajuda e dedicação.

À Prof^a. Dr^a. *Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez*, por quem tenho grande admiração, carinho e respeito. Obrigada por sua amizade, apoio e incentivo e por sempre estimular meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. *Marta Maria Melleiro* e *Wilza Carla Spiri*, que participaram do meu exame de qualificação. Obrigada pelas importantes contribuições neste estudo.

A *Jeane Roza Quintans*, uma amiga como poucas. Obrigada pela sua preciosa amizade, sempre me apoiando, incentivando, ajudando, ouvindo e aconselhando.

Às minhas amigas *Maria de Lourdes Dias Braz* e *Aparecida Bernardes dos Santos*. Obrigada pela amizade, companheirismo e apoio.

Aos *especialistas* que compuseram o comitê de juízes. Obrigada pela dedicação, atenção e valiosas contribuições.

Aos colegas do *grupo de pesquisa Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem* da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Obrigada pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

À *proprietária do centro dia* em que foi realizada a visita técnica, por ter aberto as portas do seu estabelecimento. Obrigada pela oportunidade e pela atenção com que me recebeu.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, pela bolsa concedida.

À *EE-USP* e seus *docentes*, que me acolheram no Programa de Pós-graduação e possibilitaram essa oportunidade, oferecendo ferramentas para trilhar o caminho do Doutorado.

Aos meus grandes mestres, *docentes da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP)*, que me mostraram os encantamentos da vida acadêmica. Obrigada por terem acreditado na gerontologia e contribuído de forma tão dedicada à minha formação profissional.

Aos meus queridos e inesquecíveis *alunos do Centro de Lazer da Melhor Idade (CELMI)*, que me apoiaram e incentivaram. Obrigada por tantos momentos que compartilhamos, pelo carinho e por me inspirarem com suas histórias de vida.

Às minhas *colegas do Grupo de Estudo da Saúde do Adulto e do Idoso, do Hospital Israelita Albert Einstein*, gratas surpresas que conheci na fase final do Doutorado. Obrigada pela confiança no meu trabalho, pelo apoio e pela convivência no dia a dia.

Fratezi FR. Construção e validação de indicadores para monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: O centro dia é um modelo inovador de serviço, fundamentado na promoção da saúde, na prevenção de agravos, na recuperação, na reabilitação precoce e na educação, oportunizando aos idosos vivenciarem um envelhecimento ativo, saudável, digno e participativo. **Objetivo:** Propor uma ferramenta de gestão para o monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos, pautada no modelo avaliativo Donabedian. **Método:** Estudo metodológico, desenvolvido em duas fases. A primeira foi constituída pela construção de seis indicadores, a saber: monitoramento do plano de atenção individual; avaliação da capacidade funcional do idoso; adaptação ergonômica e ambiental; educação permanente para os profissionais; avaliação da função cognitiva do idoso; e participação dos idosos nas atividades socioculturais. A segunda fase envolveu a validação de conteúdo desses indicadores, da qual participaram nove especialistas, empregando-se a técnica *Delphi*. A coleta de dados ocorreu no período entre agosto de 2018 e janeiro de 2019, por meio de um questionário destinado ao julgamento do conteúdo do Manual Operacional, dos atributos dos indicadores e de seus componentes. O índice de consenso adotado foi $\geq 80\%$. **Resultados:** A validação de conteúdo ocorreu em duas rodadas de avaliação pelos especialistas. Do total de 162 itens avaliados, 156 (96%) obtiveram índice de consenso $\geq 80\%$. No julgamento do conteúdo do Manual Operacional, o índice variou de 50% a 100%, com menores valores para os itens tipo de indicador (67%), numerador (50%) e critérios para qualificar os dados (67%), e maiores valores para fundamentação teórica relevante (100%). O indicador com menores índices foi educação permanente para os profissionais e aqueles com os maiores consensos envolveram monitoramento do plano de atenção individual, adaptação ergonômica e ambiental e avaliação da função cognitiva do idoso. Relativo ao julgamento dos atributos, a variação foi de 88% a 100% e o indicador monitoramento do plano de atenção individual obteve o menor valor, no atributo sensibilidade. Os maiores índices foram para o atributo exequível; o indicador adaptação ergonômica e ambiental alcançou os maiores valores. Quanto ao julgamento dos componentes dos indicadores, o valor mínimo correspondeu a 67% e o máximo, a 100%; os menores índices foram para pertinência (67%), no indicador avaliação da capacidade funcional do idoso e para simplicidade (67%) e objetividade (67%), no indicador educação permanente para os profissionais. Foram validados cinco indicadores, sendo: um de estrutura, três de processo e um de resultado. O indicador educação permanente para os profissionais não foi validado. **Conclusão:** A pesquisa permitiu validar um conjunto de indicadores passíveis de monitorar a qualidade assistencial em centros dias, subsidiando gestores e profissionais na proposição de estratégias e na tomada de decisão efetiva para qualificar o cuidado e a avaliação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade da assistência à saúde. Serviços de saúde para idosos/Enfermagem. Gestão da qualidade. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Assistência diurna. Estudos de validação.

Fratezi FR. Construction and validation of indicators for monitoring assistance quality in senior day centers [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: A day center is an innovative service model, having its basis on promoting health, preventing aggravation, recovery, early rehabilitation and education, making it possible for elders to experiment an active, healthy, dignified and quality aging. **Objectives:** Proposition of a managing tool to monitor the quality of assistance in day centers for seniors, using Donabedian model of evaluation. **Method:** The study was developed in two phases, where the first one was made up of six indicators, consisting of individual attention plan monitoring, elder's functional capability evaluation, ergonomic and environmental adaptation, continuous education for the professionals, elder's cognitive function evaluation and elder's engagement in social cultural activities. The second phase involved the validation of those indicators, with the participation of nine specialists and the use of Delphi technique. The data was collected as of August 2018 until January 2019, by using a questionnaire intended to examine the Operational Manual content, the attributes of the indicators and its components. The consensus index used was $\geq 80\%$. **Results:** The validation of the content was performed by the specialists in two rounds. Among the 162 items evaluated, 156 (96%) received a consensus index of $\geq 80\%$. The content of the Operational Manual had an index variation between 50% and 100%, with lower values for type of indicator (67%), number (50%) and criteria to qualify data (67%) and higher values for relevant theory foundation (100%). The lowest level indices were continuous education for professionals and the ones with the highest consensus involve individual attention plan monitoring, ergonomic and environmental adaptation, elder's cognitive function evaluation. Concerning the attributes, the variation was from 88% to 100% and the individual attention plan monitoring had the lowest level in sensibility. The attribute with the highest index was feasibility; ergonomic and environmental adaptation indicator got the highest values. As for the components of the indicators, the minimum value was 67% and the maximum is 100%; the lowest indices were for relevance (67%), elder's functional capability and simplicity (67%) and (67%) for objectiveness in the continuous education for professionals. Five indicators were validated; one for structure, three for process and one for result. Continuous education for professionals was not validated. **Conclusion:** The research made it possible to validate a group of indicators that could monitor the quality of assistance in day centers, supporting managers and professionals to propose strategies and making effective decisions to qualify the health care and the evaluation in the area of health.

KEYWORDS: Quality of health care. Health services for the aged/Nursing. Quality management. Quality indicators, health care. Day care. Validation studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Pirâmide etária da população brasileira - 1940/2050	33
Figura 2 -	Modelo de linha de cuidado ao idoso	37
Figura 3 -	Etapas percorridas para a construção dos indicadores	52
Figura 4 -	Etapas percorridas para a validação de conteúdo dos indicadores	57
Figura 5 -	Representação das fases e etapas do estudo	64
Figura 6 -	Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos”	114
Figura 7 -	Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa”	116
Figura 8 -	Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Avaliação da capacidade funcional do idoso”	118
Figura 9 -	Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Avaliação da função cognitiva do idoso”	120
Figura 10 -	Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Participação dos idosos nas atividades socioculturais”	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Atividades selecionadas, indicadores correspondentes, sigla e tipologia	55
Quadro 2 -	Comentários/sugestões, na primeira rodada, relativos ao conteúdo do Manual Operacional, para os itens com índice de consenso inferior a 80%	73
Quadro 3 -	Comentários/sugestões, na segunda rodada, relativos ao conteúdo do Manual Operacional, para os itens com índice de consenso inferior a 80%	77
Quadro 4 -	Comentários/sugestões, na primeira rodada, relativos aos atributos dos indicadores para os itens com índice de consenso inferior a 80%	81
Quadro 5 -	Comentários/sugestões, na primeira rodada, relativos aos componentes dos indicadores, para os itens com índice de consenso inferior a 80%	86
Quadro 6 -	Comentários/sugestões, na segunda rodada, relativos aos componentes dos indicadores, para os itens com índice de consenso inferior a 80%	89
Quadro 7 -	Descrição dos itens originais e modificações efetuadas nos seis indicadores, após avaliação dos especialistas/juízes	91
Quadro 8 -	Indicadores validados, sigla e tipologia	95
Quadro 9 -	Painel de Indicadores para monitoramento da qualidade em centros dia para idosos	113
Quadro 10 -	Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Monitoramento do plano de atenção individual”	195
Quadro 11 -	Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Avaliação da capacidade funcional do idoso”	198

Quadro 12 -	Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Adaptação ergonômica e ambiental”	201
Quadro 13 -	Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Educação permanente para os profissionais”	203
Quadro 14 -	Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Avaliação da função cognitiva do idoso”	206
Quadro 15 -	Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Participação dos idosos nas atividades socioculturais”	209

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização laboral dos especialistas/juízes	69
Tabela 2 -	Julgamento do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores, considerando a primeira rodada	71
Tabela 3 -	Julgamento do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores, considerando a segunda rodada	76
Tabela 4 -	Julgamento do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores, considerando as duas rodadas	78
Tabela 5 -	Julgamento dos atributos dos indicadores, considerando a primeira rodada	80
Tabela 6 -	Julgamento dos atributos do indicador, considerando a segunda rodada	82
Tabela 7 -	Julgamento dos atributos dos indicadores, considerando as duas rodadas	83
Tabela 8 -	Julgamento dos componentes dos indicadores, considerando a primeira rodada	84
Tabela 9 -	Julgamento dos componentes dos indicadores, considerando a segunda rodada	88
Tabela 10 -	Julgamento dos componentes dos indicadores, considerando as duas rodadas	90

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABVD	Atividades básicas de vida diária
ACFI	Indicador Avaliação da capacidade funcional do idoso
AEA	Indicador Adaptação ergonômica e ambiental
AECDI	Indicador Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos
AFCI	Indicador Avaliação da função cognitiva do idoso
AGA	Avaliação geriátrica ampla
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AVD	Atividades de vida diária
BGS	Sociedade Britânica de Geriatria
CDI	Centro dia para idosos
DANT	Doenças e agravos não transmissíveis
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
EPP	Indicador Educação permanente para os profissionais
IC	Índice de consenso
MPAI	Indicador Monitoramento do plano de atenção individual
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Plano de atenção individual
PASC	Indicador Participação dos idosos nas atividades socioculturais
PNPSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
1.1	PERCURSO EM DIREÇÃO AO TEMA	29
1.2	CENTRO DIA COMO MODELO INOVADOR DE CUIDADO AO IDOSO FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: DEMANDAS E TENDÊNCIAS	31
1.3	MONITORAMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM CENTROS DIA PARA IDOSOS	38
2	OBJETIVOS	45
2.1	OBJETIVO GERAL	47
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3	MÉTODO	49
3.1	TIPO DE ESTUDO	51
3.2	FASE 1: CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES	51
3.2.1	Etapa 1: Seleção das atividades assistenciais a serem mensuradas por meio dos indicadores	52
3.2.2	Etapa 2: Fundamentação teórico-científica das atividades assistenciais prestadas ao idoso em centros dia	53
3.2.3	Etapa 3: Concepção dos indicadores	54
3.3	FASE 2: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES	56
3.3.1	Etapa 1: Constituição do grupo de especialistas/juízes	57
3.3.2	Etapa 2: Participação do grupo de especialistas/juízes	58
3.3.3	Etapa 3: Estabelecimento do índice de consenso	59
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	59
3.4.1	Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional	60
3.4.2	Julgamento 2 - Atributos dos indicadores	61
3.4.3	Julgamento 3 - Componentes dos indicadores	61
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	62
3.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	63
4	RESULTADOS	65
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES	69
4.2	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES	70
4.2.1	Validação do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores	70
4.2.2	Validação dos atributos dos indicadores	79
4.2.3	Validação dos componentes dos indicadores	84
5	DISCUSSÃO	97

6	PRATICABILIDADE DOS INDICADORES VALIDADOS: DA TEORIA À INCORPORAÇÃO EM CENTROS DIA PARA IDOSOS	107
6.1	A VISITA TÉCNICA	109
6.1.1	Objetivo da visita	109
6.1.2	Estrutura e organização do centro dia	109
6.1.3	Operacionalização da visita	110
6.2	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A INCORPORAÇÃO DOS INDICADORES	112
7	CONCLUSÃO	123
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICES	145
	ANEXO	235

1 Introdução

1.1 PERCURSO EM DIREÇÃO AO TEMA

Ao optar pelo curso de bacharelado em Gerontologia, vislumbrei a oportunidade de aliar meu interesse pela temática do envelhecimento com o exercício de uma profissão que me possibilitaria trabalhar com o desafio de assistir as necessidades das pessoas em processo de envelhecer. Assim, integrei a primeira turma de gerontólogos formados no Brasil, no ano de 2008, pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Os cenários de atuação do gerontólogo são diversificados e podem incluir, dentre outros: centros dia, hospitais, ambulatorios, assistência domiciliar, unidades básicas de saúde, instituições de média e longa permanência, conselhos e associações, universidades, escolas, centro educacionais, serviços socioeducativos, centros de convivência e órgãos governamentais nos âmbitos federal, estadual e municipal, como ministérios/secretarias de saúde e de assistência social.

No decorrer da graduação, ao apreender a realidade da atenção prestada aos idosos nos estágios curriculares, minhas inquietações acerca da qualidade assistencial nos serviços que atendem esse público intensificaram-se e contribuíram para que eu pudesse melhor compreender os elementos constituintes da qualidade nas instituições.

Em 2010, iniciei minhas atividades profissionais, na assistência, com o atendimento em consultório próprio e, no ensino, ministrando aulas em cursos de formação e aprimoramento de cuidadores de idosos. Posteriormente, atuei em projetos direcionados à busca de evidências de modelos de serviços nacionais e internacionais para apoiar o manejo integrado e continuado da cronicidade e do envelhecimento no Brasil.

Ao conhecer essa realidade, meu interesse pela temática da qualidade dos serviços de atenção ao idoso foi aguçado, uma vez que, tanto a gerontologia como os modelos de atenção a essa população são, ainda, emergentes em nosso país, o que torna imperativo reconhecer a mudança dos perfis demográfico e epidemiológico, e incorporar recursos destinados a fomentar atividades de promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação, melhoria da funcionalidade e interação social da pessoa idosa.

Por isso, busquei oportunidades para aprofundar meu conhecimento,

Introdução

entendendo que a qualidade e os meios para monitorá-la e avaliá-la são elementos essenciais e de responsabilidade dos profissionais, dos governantes e dos usuários dos sistemas de saúde e social.

No ano de 2013, assumi a gestão de um centro dia, no interior do Estado de São Paulo, o que me direcionou a investigar os instrumentos capazes de mensurar e assegurar a qualidade assistencial ao idoso nesse serviço. No mesmo ano, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cursando o Mestrado, nas temáticas qualidade e avaliação de serviços de atenção ao idoso.

Dessa forma, em 2015, conclui a dissertação intitulada “Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços”, produzindo o “Guia de Atividades de Atenção ao Idoso, desenvolvidas em centros dia, na perspectiva do envelhecimento ativo” (Fratezi, 2015).

Esse Guia foi validado por um grupo de especialistas e elenca um conjunto de atividades que podem ser incorporadas em centros dia, tornando-se uma ferramenta tanto para que os profissionais que atuam na assistência, como para os dirigentes, uma vez que sistematiza as ações nas dimensões saúde, participação, segurança e educação e subsidia os processos de organização, planejamento, monitoramento e tomada de decisão, no que tange à avaliação da qualidade (Fratezi, Tronchin, 2018).

Atualmente, desenvolvo minhas atividades profissionais em uma instituição privada, na área de educação permanente, capacitando profissionais de saúde acerca do envelhecimento e da implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde do idoso em distintas regiões do território nacional.

Essa experiência tem contribuído para identificar a heterogeneidade e a vulnerabilidade quanto à estrutura e à organização dos equipamentos direcionados para a atenção à pessoa no processo de envelhecimento, o que demanda um olhar crítico para esse contexto, a fim de buscar e implementar estratégias destinadas à organização dos serviços existentes e à reestruturação das redes de atenção à saúde, de assistência social, transporte, lazer, cultura, educação, trabalho e justiça, para responder de forma resolutiva às necessidades desse contingente populacional.

Outrossim, pontuo que, como gerontóloga, enfrento desafios para elencar e indicar centros dia que desenvolvam suas atividades com competência técnico-

científica, que considerem as demandas e expectativas dos usuários, monitorem efetivamente a qualidade da assistência, implementem processos avaliativos e disponibilizem seus resultados.

Em virtude do que foi mencionado e por observar a existência de um hiato relativo à prática dos atributos envolvendo a qualidade e a explicitação dos resultados no que tange à gestão, à consolidação de atividades destinadas à capacidade funcional do idoso e à satisfação dos usuários/familiares, associado à escassez de ferramentas, visando o monitoramento da qualidade em centros dia para idosos, é que me dispus a realizar esta investigação.

1.2 CENTRO DIA COMO MODELO INOVADOR DE CUIDADO AO IDOSO FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: DEMANDAS E TENDÊNCIAS

Ao relembrar minha trajetória acadêmico-profissional, reconheço e identifico a diversidade e a multiplicidade das demandas assistenciais dos idosos, as quais requerem modelos inovadores de serviços que agreguem a continuidade, a coordenação e a integração dos cuidados, orientados para a manutenção e/ou melhoria da funcionalidade física, mental e social.

O envelhecimento individual é um processo natural, dinâmico, progressivo, irreversível, heterogêneo e multidimensional, que envolve todas as fases do ciclo vital, iniciando-se com a concepção do indivíduo e acompanhando-o por todo o tempo de vida (Neri, 2014a; Camarano, Kanso, 2016; Papaléo-Netto, 2016).

Esse processo é permeado por alterações que interferem na capacidade intrínseca, que é aquela relacionada com as habilidades físicas e mentais da pessoa, e nas suas interações com o ambiente (OPAS, 2003; OMS, 2015).

O ritmo e os efeitos dessas transformações variam entre os indivíduos, em razão das diferenças pessoais e de grupos etários, e dependem de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica, vivenciados por cada um (Neri, 2014a).

Por outro lado, o envelhecimento populacional refere-se ao aumento do número de idosos na população total, caracterizado pela diminuição relativa da proporção de crianças e jovens e pelo aumento de adultos e idosos (IBGE, 2015;

Camarano, Kanso, 2016).

Nesse enlace, o envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica que, historicamente, está relacionada às melhores condições de vida, ao desenvolvimento econômico, aos avanços tecnológicos e à modernização das sociedades, experimentados, inicialmente, pelos países europeus nas primeiras décadas do século XX e, posteriormente, por todos os países do mundo (Vasconcelos, Gomes, 2012; Veras, 2012).

A transição demográfica é caracterizada pela diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade/fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida (IBGE, 2015).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram que, no período entre 2000 e 2050, a proporção de pessoas com idade superior a 60 anos no mundo passará de 11% para 22%, o que representa um contingente de, aproximadamente, 2 bilhões de idosos (WHO, 2012).

Dados demográficos apontam que, em 2015, os idosos representavam 12,3% da população global, com cerca de 900 milhões de pessoas nessa faixa etária, e as projeções indicam que, em 2050, essa parcela populacional irá compor 21,3% da população total (*United Nations*, 2017).

No Brasil, no ano de 2010, os idosos representavam 10,8% da população, com cerca de 19,6 milhões de pessoas. A previsão é de que, em 2025, seremos o sexto país em número de idosos, com, aproximadamente, 32 milhões de pessoas nessa faixa etária, com 41,5 milhões em 2030 e 64 milhões em 2050, o que irá representar 29,6% da população (Schneider, Irigaray, 2008; IBGE, 2008, 2011, 2015; Simões, 2016; *United Nations*, 2017; Neumann, Albert, 2018).

Ainda no cenário nacional, as estimativas demonstram que, no ano de 2030, o número de idosos será superior ao de crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 14 anos, com uma proporção de 18,62% de idosos e de 17,59% de crianças e adolescentes na população total. Em 2050, esses percentuais representarão 29,36% de idosos e 14,07% de crianças e adolescentes (IBGE, 2015; Simões, 2016).

A Figura 1 retrata as transformações da pirâmide etária brasileira entre os anos de 1940 e 2050, que passou de um formato triangular, com base alargada, para um com topo mais alargado, típico de sociedades envelhecidas.

Figura 1 - Pirâmide etária da população brasileira - 1940/2050

Fonte: Simões CCS. Breve histórico do processo demográfico. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. p.39-73.

A mudança no perfil demográfico, que no Brasil ocorreu de forma acelerada, indica a emergência da criação de espaços para abordar questões econômicas, de seguridade social e de cuidados de longa duração, uma vez que essa é acompanhada por uma transição epidemiológica (Lima-Costa et al., 2016).

A transição epidemiológica é entendida como a alteração nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorre conjuntamente a mudanças demográficas e sociais. Inclui, basicamente, três modificações: presença de doenças não transmissíveis e causas externas como principais fatores de mortalidade, em detrimento das doenças transmissíveis; maior carga de morbimortalidade entre os idosos, quando comparada aos jovens; e predomínio da morbidade sobre a mortalidade (Chaimowicz, Camargos, 2013).

Essa situação é vista como um problema de saúde pública, em razão da elevada frequência de multimorbidade entre a população, principalmente porque está associada aos índices elevados de mortalidade, maior declínio funcional, qualidade de vida precária e dificuldade de manejo adequado das condições sociais e de saúde (Salive, 2013; Ryan et al., 2015; Nunes et al., 2016).

Dessa maneira, o aumento da expectativa de vida tem sido acompanhado pelo incremento dos anos vividos com dependência. No continente americano, os

Introdução

anos vividos com incapacidade aumentaram em 12,6% nos últimos dez anos e o fator demográfico é o principal determinante para a maior incidência e prevalência de doenças crônicas e lesões por causas externas (PAHO, 2019).

O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) identificou que a partir dos 50 anos, uma em cada duas pessoas possui três ou mais doenças crônicas, o que representa 18 milhões de indivíduos no Brasil. Os autores observaram que a prevalência dessas doenças aumenta com a idade, visto que a multimorbidade esteve presente em 11,3% dos entrevistados com idade $\geq$ a 80 anos, e em 5,8% na faixa etária entre 50 e 59 anos. Ademais, essa pesquisa ressaltou que o manejo adequado dessas condições é complexo e requer planejamento e articulação das ações de saúde e sociais (Nunes et al., 2018).

Nesse contexto, Neumann e Albert (2018) asseguraram que, na prática, os idosos, ainda, não são prioridade para os serviços de saúde e sociais e é incipiente o tratamento adequado das suas necessidades específicas, como a regulação dos serviços de longa duração, a integração entre os diferentes níveis de cuidado, as ações de prevenção e o manejo de doenças crônicas.

Esses fatos indicam que o manejo adequado da atenção ao idoso deve enfatizar a manutenção e/ou melhoria da capacidade funcional e incluir ações de promoção do envelhecimento saudável e ativo, prevenção de agravos, recuperação da saúde e reabilitação física e cognitiva (Brasil, 2018a).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ressaltou que diversos problemas de saúde complexos impactam nas taxas de mortalidade e dependência dentre as pessoas com idade acima de 60 anos, o que demanda cuidados de longa duração e um manejo do cuidado mais eficaz por parte dos serviços, para maximizar a funcionalidade pelo maior tempo possível (PAHO, 2016, 2019).

Notadamente, no Brasil, a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e que constituiu um marco em termos de política pública para assegurar os direitos sociais dos idosos, destacou as condições para promover a autonomia, a participação social e a integração do idoso na comunidade e recomendou o desenvolvimento e o fortalecimento de serviços alternativos de atenção ao idoso, como centros de convivência e centros dia (Brasil, 1994).

Posteriormente, em 2003, o Estatuto do Idoso reforçou as diretrizes dessa Política, ao regulamentar e reconhecer os direitos individuais, políticos, civis, sociais e econômicos dos idosos e ao indicar que a política de atendimento ao idoso deve

perpassar por um conjunto articulado de programas, ações e serviços (Brasil, 2013).

Em seguida, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), reafirmou o compromisso do país com o envelhecimento, ao garantir a atenção integral à população que envelhece e enfatizar a capacidade funcional como um meio para alcançar o envelhecimento saudável e ativo. Nesse aspecto, a Política reconhece que a perda da funcionalidade é o principal problema que pode afetar o envelhecimento, ao restringir a capacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD) (Brasil, 2006).

A capacidade funcional diz respeito à interação entre os atributos pessoais – físicos e mentais – e os fatores ambientais, que permite a uma pessoa realizar as atividades que são importantes para ela e que possibilitam sua sobrevivência e seu bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), em suas Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para a Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde, em consonância com a PNSPI e o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, preconiza que a atenção prestada a essa população deve ser direcionada para o alcance do envelhecimento saudável, caracterizado pelo desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional (Brasil, 2006, 2018a; OMS, 2015).

Para avaliar a capacidade funcional do idoso, a medida frequentemente empregada é o desempenho nas AVD, classificadas em básicas e instrumentais. As atividades básicas de vida diária (ABVD) são aquelas relacionadas ao autocuidado como: banhar-se, alimentar-se, vestir-se, mover-se; e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) favorecem a independência e a participação na comunidade, como: arrumar a casa, usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, administrar as finanças e gerenciar o uso dos medicamentos (Neri, 2014b; Freitas, Costa, Galera, 2016).

Os achados da Pesquisa Nacional de Saúde revelaram que 30,1% dos idosos apresentavam dificuldade para realizar uma ou mais AVD, sendo que esse índice correspondeu a 14,3% entre as pessoas na faixa etária dos 60 aos 64 anos e a 48,3% para aquelas com 75 anos ou mais (Lima-Costa et al., 2017).

Dentre esses idosos, 81,2% relataram necessitar de auxílio para realizar ao menos uma AVD, contudo, 7,7% deles não recebiam ajuda, 81,8% contavam com apoio informal, 5,8% eram providos de auxílio formal e 6,8% recebiam apoio misto

(Lima-Costa et al., 2017).

No intuito de priorizar a atenção ao idoso voltada para a recuperação, melhoria ou manutenção da capacidade funcional, o MS publicou um conjunto de orientações técnicas para a implementação de uma linha de cuidado para a atenção integral a essa população e propôs a estratificação dos idosos em três perfis de funcionalidade: perfil 1 - idosos independentes e autônomos para realizar as AVD, perfil 2 - idosos que necessitam de adaptação ou supervisão para realizar as AVD e perfil 3 - idosos dependentes de terceiros. Para cada um desses perfis, devem ser planejadas e orientadas ações e intervenções específicas, que irão definir o percurso no idoso pela rede de atenção (Brasil, 2018a).

Assim, conforme reportado nas políticas públicas nacionais, considera-se que os cuidados de longa duração aos idosos devem orientar o desenvolvimento de modelos de atenção que contemplem os diferentes perfis de funcionalidade e incluir cuidados domiciliares e comunitários, instituições de longa permanência, centros dia, cuidados paliativos e apoio ao cuidador (Neumann, Albert, 2018).

Adicionalmente, faz-se necessário promover a articulação e a integração entre os diferentes níveis de cuidado, tipos de serviço e profissionais, e criar estratégias que envolvam a pessoa idosa no processo cuidativo.

Nesse prisma, Veras e Oliveira (2018) propuseram um modelo de linha de cuidado ao idoso com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de agravos, priorizando a capacidade funcional, em cinco níveis, representados na Figura 2.

Figura 2 - Modelo de linha de cuidado ao idoso, São Paulo - 2019

Fonte: Adaptado de Veras R, Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1929-36.

De acordo com a Figura 2, o primeiro nível do modelo é a porta de entrada no sistema, onde são realizadas ações de acesso, cadastramento, acolhimento e triagem; o segundo refere-se ao cuidado integrado, composto por centro de convivência, reabilitação, ambulatório, centro dia e serviços de apoio ao cuidado, nos quais se integram ações de promoção, prevenção e educação. O nível três é composto por ambulatórios de geriatria, em que são realizadas a avaliação multidimensional e o plano de cuidado por uma equipe multiprofissional. O nível seguinte caracteriza-se pelos cuidados de curta duração, como assistência domiciliar, hospital dia, hospital, serviços de emergência e cuidados paliativos. Finalmente, no nível cinco estão os cuidados de longa duração, representados pelas instituições de longa permanência, residências assistidas e serviços especializados de reabilitação (Veras, Oliveira, 2018).

Nessa perspectiva e face ao atual cenário demográfico e epidemiológico, considero imperativo pensar no estabelecimento e incorporação de políticas, modelos de cuidado e tecnologias que priorizem e favoreçam o envelhecimento saudável e a capacidade funcional.

Dessa forma, reconheço o centro dia para idosos (CDI) como um modelo inovador de serviço, fundamentado na promoção da saúde, na prevenção de agravos, na recuperação, na reabilitação precoce e na educação.

O centro dia é um equipamento formal de suporte social ao idoso e seus familiares e cuidadores, destinado à permanência diurna de idosos com dependência parcial para a realização das AVD e que necessitam de atenção multiprofissional (São Paulo, 2019).

Assim, lançar mão desse recurso é acreditar na potencialidade do envelhecimento saudável e na promoção de ações que contribuam para mitigar os agravos à saúde e mantenham a capacidade funcional o maior tempo possível, respondendo às necessidades dos idosos e familiares/cuidadores.

1.3 MONITORAMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM CENTROS DIA PARA IDOSOS

O centro dia é uma modalidade de atenção ao idoso que, no Brasil, foi idealizada há mais de 20 anos, com o Decreto nº 1.948/1996, que regulamentou a Política Nacional do Idoso e recomendou a criação de Unidades de Cuidados Diurnos, como hospitais dia e centros dia, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob o ponto de vista normativo, as Portarias nº 2.854 e nº 2.874, publicadas no ano de 2000, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), estabeleceram o centro dia como uma modalidade de atenção ao idoso que fortalece sua autonomia e independência e privilegia a família como referência de atenção. Segundo essas Portarias, o centro dia é um local onde o idoso permanece no decorrer do dia e recebe serviços de atenção à saúde, atividades ocupacionais, de lazer, culturais, dentre outras, de acordo com suas necessidades (Brasil 2000a, 2000b).

Posteriormente, as normas para funcionamento desses estabelecimentos e de outros serviços de atenção ao idoso foram descritas na Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS. De acordo com a referida Portaria, os serviços a serem disponibilizados no CDI compreendem apoio individual, familiar e social, atenção às necessidades biopsicossociais dos idosos, atividades lúdicas, esportivas, laborativas, produtivas e integração social (Brasil, 2001).

Introdução

No ano de 2009, a Resolução nº 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social, aprovou a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, na qual o CDI foi reconhecido como um serviço de proteção social especial de média complexidade (Brasil, 2009a).

Pesquisa realizada por Camarano e Mello (2010) revelou a escassez de CDI no território nacional, encontrando 286 centros dia públicos ou privados, distribuídos em 230 municípios.

Na esfera estadual, a Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo publicou o “Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso”, com o objetivo de orientar a operacionalização dessas instituições e estabelecer diretrizes quanto ao funcionamento, às atividades desenvolvidas e à padronização dos serviços (São Paulo, 2014).

De acordo com a referida Secretaria, está prevista a implantação de 77 unidades, com capacidade para atender 50 idosos. Ao final de 2019, 63 centros dia haviam sido inaugurados no Estado e 14 estavam em processo de execução¹.

No âmbito do município de São Paulo, a Lei nº 15.809, de 14 de junho 2013, instituiu o Programa Social Centro Dia do Idoso, que preconiza a atenção diurna especializada, por equipe multiprofissional, para idosos com funcionalidade reduzida (São Paulo, 2013).

Em 2019, a Portaria 005/2019, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, estabeleceu as normas sanitárias para funcionamento dos centros dia para pessoas idosas na cidade de São Paulo (São Paulo, 2019).

Dados emitidos pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social mostraram que São Paulo dispõe de 16 centros dia, com capacidade para assistir 30 idosos².

Face ao exposto, nota-se que as iniciativas de implantação de CDI no Brasil são modestas, embora esses serviços apontem perspectivas de melhora do cuidado e diminuição dos custos públicos e sociais relacionados à atenção à população idosa (Gutierrez et al., 2014).

¹ Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/programas_spamigodoidoso. Acesso em: 14 jan. 2020.

² Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/rede_socioassistencial/idosos/index.php?p=3203. Acesso em: 13 jan. 2020.

Adicionalmente, esse espaço favorece a manutenção dos vínculos familiares, assegura a melhor qualidade de vida possível para essas pessoas e possibilita o desenvolvimento das relações interpessoais, a promoção da socialização, o estímulo à independência, o auxílio nas necessidades de vida diária, a reabilitação, a manutenção da autonomia e o apoio aos cuidadores e familiares (Brasil 2000a; Orellana, Manthorpe, Tinker, 2020).

De acordo com Camarano e Mello (2010) e corroborado pela Lei nº 15.809/2013 (São Paulo, 2013), os centros dia podem ser uma alternativa à institucionalização, por não romperem os vínculos familiares, por apresentarem menor custo e por evitarem a exposição a riscos, como acidentes e violência doméstica, depressão, isolamento social e sedentarismo.

Para os idosos, o centro dia é um recurso que favorece o convívio familiar, a funcionalidade, a autonomia, a interação e a convivência social, a redução dos sentimentos de abandono e solidão, o bem-estar e a qualidade de vida (Lemos, Medeiros, 2011; Fratezi, 2015; Quintans, 2016).

Estudos indicaram resultados positivos relacionados à frequência em centros dia, nos aspectos de funcionalidade física e saúde, relacionamento social e intergeracional e saúde mental (Ellen et al., 2017; Lunt, Dowrick, Lloyd-Williams, 2018; Orellana, Manthorpe, Tinker, 2020). Ao comparar dois grupos de idosos, participantes e não participantes do CDI, houve menos procura por serviço de emergência, diminuição do número de internações e menor tempo de permanência hospitalar dentre os frequentadores (Kelly, 2017).

Uma pesquisa que contrastou idosos frequentadores de CDI com idosos institucionalizados revelou que aqueles possuíam melhor qualidade de vida, por terem maior interação social, melhor autoestima e por participarem mais de atividades físicas, de lazer e culturais (Simeão et al., 2018).

Outro estudo evidenciou que as pessoas que moravam sozinhas ou possuíam mobilidade reduzida apresentavam maiores benefícios relacionados à participação no centro dia, como a melhora do bem-estar percebido. O comparecimento no CDI proporcionou melhor qualidade de vida, favoreceu a interação social, a percepção do idoso acerca de suas habilidades, a resiliência, a satisfação com a vida e o senso de controle, reduzindo sintomas depressivos e ansiosos. O isolamento social e a sensação de bem-estar comprometido foram as principais razões pelas quais os idosos ou seus familiares procuraram o CDI (Orellana,

Manthorpe, Tinker, 2020).

Sob a ótica dos familiares, o CDI promove atividades que melhoram a cognição, a saúde e o comportamento do idoso, estimulam a socialização, proporcionam o acolhimento e reduzem a sobrecarga do cuidador, configurando-se como um serviço de respiro e apoio (Lunt et al., 2018; Canova, 2019).

No âmbito da rede de serviços, ao estudarem a integração dos centros dia com os equipamentos da rede de atenção à saúde, Ruggiano, Brown e Fortuna (2018) descreveram que essa coordenação de cuidados é incipiente, porém, quando presente, melhora as condições crônicas e posterga a institucionalização. Para que isso ocorra, os autores destacaram ser necessários maiores investimentos em tecnologias e pesquisas.

Diversos autores reforçaram que há dificuldade em avaliar a eficácia dos centros dia, devido à inexistência de padronização e sistematização dos processos de trabalho, o que dificulta identificar as necessidades dos usuários e os resultados sobre sua saúde e entender quem atua nesses serviços, para quem e em quais circunstâncias (Dabelko-Schoeny, King, 2010; Fields, Anderson, Dabelko-Schoeny, 2014).

Para Fratezi e Tronchin (2018), no Brasil, ainda são escassos os dados do perfil da população que frequenta os CDI e dos resultados na saúde física e mental dos idosos. Os autores citaram que não há um consenso quanto ao seu conceito, às atividades desenvolvidas, ao quadro de profissionais, à forma de funcionamento, à estrutura, aos processos de trabalho, às medidas de avaliação e às boas práticas que devem ser desempenhadas nessa modalidade de atenção.

Em revisão bibliográfica, corroborou-se com esses pesquisadores, pois foi possível averiguar a escassez de dados relativos ao quantitativo, à distribuição, à natureza jurídica, às atividades desenvolvidas e aos resultados para os usuários em centros dias no país. Para além disso, constatou-se que, apesar das políticas públicas, portarias e leis existentes, o CDI é um equipamento de atenção cuja regulamentação e funcionamento carecem de diretrizes consolidadas quanto à infraestrutura, ao dimensionamento de pessoal, aos processos de trabalhos, às melhores práticas e aos instrumentos para auferir a qualidade dos serviços prestados.

Por isso, notou-se que a busca pela qualidade constitui um desafio para os gestores e profissionais que atuam nos centros dia. Esse atributo refere-se à busca por excelência profissional, uso eficiente de recursos, risco mínimo ao usuário e

atendimento às suas expectativas, repercutindo nos modelos gerenciais, nos processos de trabalho e nas políticas governamentais (Donabedian, 1988; 1992).

A OPAS complementou que a qualidade envolve a aplicabilidade dos princípios de equidade, eficácia, eficiência e satisfação do usuário (OPAS, 2004).

A qualidade possui, também, caráter político, técnico, ético e social, pois é delineada por empenhos coletivos, por condutas sistematizadas e guiadas pelo conhecimento técnico-científico e pela determinação de métodos de avaliação e monitoramento (Tronchin, 2011).

Desse modo, a implantação de meios e instrumentos que assegurem uma leitura fidedigna da realidade, reconhecendo suas potencialidades e fragilidades e empreendendo ações em busca da melhoria contínua da qualidade nos serviços, vem sendo amplamente discutida entre os gestores e profissionais.

Para Tanaka e Tamaki (2012), avaliar significa assumir um julgamento de valor, embasado em critérios previamente definidos, por exemplo, de um conhecimento anterior da realidade. Na área de gestão, a avaliação é uma estratégia técnico-administrativa, para apoiar a tomada de decisão, a partir do contexto e da organização do trabalho e inclui as estruturas, os processos, os fluxos e os procedimentos.

Na ausência de conhecimento consolidado em pesquisas, estudos e avaliações anteriores que possam ser empregados para a tomada de decisões, visando à melhoria da qualidade, é importante estruturar um sistema de avaliação consonante à realidade dos serviços, com a adoção de indicadores passíveis de mensurar os componentes de estrutura, processos e resultados (Donabedian, 1992; Tanaka, Tamaki, 2012).

O componente de estrutura envolve a disponibilidade e necessidade de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, os equipamentos, as políticas institucionais e o estabelecimento de protocolos assistenciais. O processo inclui as ações e atividades desenvolvidas, no âmbito técnico ou administrativo, as relações estabelecidas entre profissionais e usuários, o diagnóstico em saúde e os procedimentos terapêuticos. O resultado é o produto final do cuidado e seus efeitos na saúde, a satisfação às expectativas dos usuários, profissionais e gestores e a sustentabilidade financeira do serviço (Donabedian, 1985; 1992).

Os indicadores são medidas quantitativas utilizadas para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados e as atividades realizadas nos serviços e se

caracterizam como sinalizadores que identificam ou direcionam a atenção para resultados específicos que requerem revisão periódica (JCAHO, 1989; Mainz, 2003).

De acordo com Tronchin et al. (2009), os indicadores são ferramentas utilizadas para monitorar a qualidade nos serviços e possibilitam verificar sua eficácia, eficiência, confiabilidade e completude dos processos de trabalho.

Tanaka e Tamaki (2012) mencionaram que os indicadores são parâmetros que refletem um objeto/realidade de forma fidedigna, e sua escolha pelo gestor deve ser condizente com os objetivos da avaliação. Assim, para que uma avaliação resulte na melhor tomada de decisão possível e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade do serviço, é notório empregá-la como um processo contínuo.

Nesse sentido, monitorar a qualidade é essencial para avaliar os serviços e significa implementar um processo frequente e sistemático de acompanhamento e análise de indicadores e informações, bem como, averiguar a ocorrência de possíveis mudanças para, assim, apoiar a tomada de decisão e a resolução de problemas em tempo oportuno, de forma a prevenir riscos aos usuários (Rio Grande do Sul, 2007; Brasil, 2009b; Tamaki et al., 2012; Vituri, 2013).

Logo, é indispensável o reconhecimento, pelos gestores, de como e quais informações ou dados empregar, para que não sejam desperdiçados esforços na avaliação e no monitoramento de variáveis irrelevantes ou para as quais não haja governabilidade (Vituri, 2013).

Todavia, investigação objetivando averiguar os benefícios, propósitos e percepções dos idosos sobre o centro dia revelou que, pelo fato de não haver, ainda, uma regulamentação consolidada para esse serviço, as inspeções não incluem a avaliação da qualidade do serviço (Orellana, Manthorpe, Tinker, 2020).

Em se tratando do CDI, a qualidade perpassa por critérios como: autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade, dignidade, igualdade de oportunidades e respeito às diferenças de gênero, sociais, econômicas, religiosas e culturais dos idosos (Instituto da Segurança Social, 2010).

Além disso, para retratar a continuidade do cuidado, os resultados assistenciais aos idosos em CDI devem ser regularmente monitorados e documentados, por meio de um sistema que inclua indicadores de saúde física, mental e social, podendo direcionar as melhores práticas para aprimorar a qualidade do serviço e os resultados para os idosos, familiares e cuidadores (Jarrott, Ogletree, 2016).

Diante dessas considerações e por acreditar que os indicadores constituem uma ferramenta passível de expressar os elementos envolvidos no monitoramento da qualidade, propondo um novo olhar para os processos gerenciais e assistenciais em CDI, é que este estudo foi desenvolvido, mediante os objetivos que seguem.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor uma ferramenta de gestão para o monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos, pautada no modelo avaliativo Donabedian.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir indicadores para o monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos; e
- Realizar a validação de conteúdo dos indicadores elaborados.

3 Método

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, destinado a construir e validar indicadores para o monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos.

As pesquisas metodológicas caracterizam-se pela obtenção, organização e análise de dados, e buscam o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos (Polit, Beck, 2011).

Para a consecução dos objetivos propostos, a presente investigação foi delineada em duas fases e suas respectivas etapas, explicitadas a seguir.

3.2 FASE 1: CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

Os indicadores de avaliação e monitoramento da qualidade em saúde vêm sendo construídos e validados para apoiar a sistematização dos processos de trabalho, as tomadas de decisões e a obtenção de informações para propor estratégias de intervenções, definir prioridades e reorientar as práticas nos serviços (Tamaki et al., 2012).

Nesse sentido, uma série de estudos nacionais foi conduzida com metodologias semelhantes a este, visando à construção, validação e/ou aplicação de indicadores, no intuito de avaliar a qualidade de práticas e serviços de saúde (Fernandes, Lacerda, Hallage, 2006; Nicole, Tronchin, 2011; Silva, Lacerda, 2011; Silva, 2017).

Assim, esta primeira fase, nominada de Fase 1, tem como eixos norteadores os pressupostos de Campbell et al. (2002) e os estudos metodológicos mencionados acima. A Figura 3 ilustra as três etapas percorridas.

Figura 3 - Etapas percorridas para a construção dos indicadores, São Paulo, 2017

Fonte: Adaptado de Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. 2002; 326(7393):816-9.

3.2.1 Etapa 1: Seleção das atividades assistenciais a serem mensuradas por meio dos indicadores

Esta etapa referiu-se à seleção das atividades, com base em distintos atributos e critérios, a fim de que sustentassem o arcabouço teórico-científico dos indicadores. Nessa direção, foram empregados os seguintes critérios:

- Ser considerada uma medida importante de ser avaliada em centros dia, apresentar alto risco para morbidade e mortalidade, ser intensamente aplicada pelos serviços, possuir capacidade de influenciar no resultado assistencial ao idoso e permitir a melhoria contínua da qualidade (Mainz, 2003);
- Proporcionar a simplificação dos processos de trabalho, abranger as diversas dimensões consideradas essenciais para a assistência ao idoso em centros dia, possibilitar a elaboração de indicadores sensíveis de auferir o fenômeno, captar o maior número possível de problemas envolvidos na qualidade, deter ampla capacidade de utilização, ser passível de governabilidade pelo gestor para promover mudanças e apresentar praticidade e facilidade na coleta de dados (Tamaki et al., 2012);
- Permitir a elaboração de indicadores nos componentes de estrutura, de processo e de resultado, que integram o modelo avaliativo proposto por Donabedian (1985).

Com base nesses critérios, e no “Guia de atividades de atenção ao idoso, desenvolvidas em centros dia, na perspectiva do envelhecimento ativo”, foram

selecionadas as seguintes atividades assistenciais para sustentar a elaboração dos indicadores (Fratezi, Tronchin, 2018):

- Monitorar e avaliar, periodicamente, o plano de atenção individual, planejando as ações mediante as necessidades identificadas;
- Avaliar a capacidade funcional do idoso;
- Realizar a adaptação ergonômica e ambiental adequada ao idoso;
- Promover atividades de educação permanente para os profissionais que atuam no centro dia;
- Avaliar a função cognitiva do idoso; e
- Promover atividades socioculturais, respeitando as limitações físicas e cognitivas dos idosos.

3.2.2 Etapa 2: Fundamentação teórico-científica das atividades assistenciais prestadas ao idoso em centros dia

A fundamentação teórico-científica das atividades selecionadas é essencial para embasar os conceitos e interpretá-los, bem como proceder à construção dos elementos que integram o indicador, recorrendo-se à literatura científica em busca de estudos classificados como as melhores evidências.

Nesta investigação, a exemplo de outras acerca da construção de indicadores, optou-se por classificar a evidência científica em três níveis (Campbell et al., 2002; Mainz, 2003; Fernandes, Lacerda, Hallage, 2006; Tronchin et al., 2009; Nicole, Tronchin, 2011; Silva, Lacerda, 2011):

- Nível A - revisões sistemáticas e metanálises, ensaios clínicos randomizados controlados, diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas ou ensaios clínicos e *guidelines* ou recomendações de entidades internacionais referências na área do envelhecimento;
- Nível B - estudos observacionais, sequenciais, experimentais, não randomizados, de coorte ou de caso-controle, revisões sistemáticas, integrativas ou de escopo e *guidelines* ou recomendações de entidades nacionais referências na área do envelhecimento;

- Nível C - estudos qualitativos ou descritivos, opiniões de autoridades ou relatórios elaborados por comitês de especialistas, normas/diretrizes governamentais e livros.

Após realizar a fundamentação teórico-científica das atividades, iniciou-se a terceira etapa, referente à concepção dos indicadores.

3.2.3 Etapa 3: Concepção dos indicadores

Os indicadores foram construídos e estruturados de acordo com o modelo avaliativo Donabedian para, posteriormente, serem submetidos à validação de conteúdo.

Para cada indicador, foi desenvolvido um Manual Operacional, contendo uma Planilha de Avaliação dos seus componentes e um Instrumento de Avaliação do Indicador (Apêndices A, B, C, D, E, F), com base nas pesquisas de Fernandes, Lacerda e Hallage (2006), Nicole e Tronchin (2011), Silva e Lacerda (2011) e Silva (2017).

Assim, conforme preconizado pela literatura, o Manual Operacional dos indicadores foi composto pelos seguintes itens (JCAHO, 1989; Donabedian, 1992; Mainz, 2003):

- Título do indicador: indica a atividade a que se refere o indicador;
- Descrição: explicita o que o indicador mensura e a importância da sua avaliação;
- Fundamentação teórico-científica: apresenta os pressupostos teórico-científicos que embasam o conteúdo do indicador;
- Tipo de indicador: retrata a tipologia – estrutura, processo ou resultado;
- Numerador e denominador: apontam a equação para o cálculo do indicador, demonstrando, clara e objetivamente, o que se pretende medir;
- População ou amostra: retrata os fenômenos ou pessoas envolvidas na avaliação, os quais representam a totalidade da realidade;
- Fontes de informação: estabelecem os locais ou fontes para a coleta de informações necessárias à avaliação, devendo propiciar a fidedignidade e a acessibilidade da informação. As fontes de informação podem ser

Método

variadas, incluindo documentos, observação direta, entrevista, dentre outras;

- Critérios para qualificar os dados obtidos: evidenciam como o dado deve ser coletado e qualificado;
- Periodicidade da avaliação: recomenda o intervalo de tempo em que a aplicação do indicador deve ser realizada.

Nesta pesquisa, foram construídos seis indicadores, sendo um de estrutura, três de processo e dois de resultado. Para favorecer a compreensão, são apresentados no Quadro 1 as atividades selecionadas, mencionadas na Etapa 1, os títulos dos indicadores elaborados, as siglas e a tipologia.

Quadro 1 - Atividades selecionadas, indicadores correspondentes, sigla e tipologia, São Paulo - 2018

Atividades selecionadas	Indicadores	Siglas	Tipologia
Monitorar e avaliar, periodicamente, o plano de atenção individual, planejando as ações mediante as necessidades identificadas	Monitoramento do plano de atenção individual	1-MPAI	Processo
Avaliar a capacidade funcional do idoso	Avaliação da capacidade funcional do idoso	2-ACFI	Processo
Realizar a adaptação ergonômica e ambiental adequada ao idoso	Adaptação ergonômica e ambiental	3-AEA	Estrutura
Promover atividades de educação permanente para os profissionais que atuam no centro dia	Educação permanente para os profissionais	4-EPP	Resultado
Avaliar a função cognitiva do idoso	Avaliação da função cognitiva do idoso	5-AFCI	Processo
Promover atividades socioculturais, respeitando as limitações físicas e cognitivas dos idosos	Participação dos idosos nas atividades socioculturais	6-PASC	Resultado

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Mediante a construção dos indicadores, procedeu-se a segunda fase desta pesquisa, que correspondeu à validação de conteúdo.

3.3 FASE 2: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES

Seguida a construção dos indicadores, é necessário submetê-los a procedimentos metodológicos que garantam a validação, para que esses representem, adequadamente, o domínio do conteúdo abordado, tornando-se uma ferramenta de gestão. Nesse aspecto, a validação de conteúdo de um indicador é essencial para que este se torne um instrumento real de avaliação (Tronchin et al., 2009).

Para a validação de conteúdo, neste estudo, foram considerados os seguintes atributos, recomendados pela literatura e empregados em estudos semelhantes (Pringle et al., 2002; Hulley et al., 2003; Mainz, 2003; Fernandes, Lacerda, Hallage, 2006; Nicole, Tronchin, 2011; Silva, Lacerda, 2011):

- Validade: grau com que o indicador alcança seu objetivo e identifica as situações em que a qualidade da assistência pode ser melhorada;
- Atribuível: capacidade do indicador refletir a qualidade da atividade a que se relaciona;
- Credibilidade: o quanto o indicador é de fácil entendimento;
- Sensibilidade: capacidade do indicador identificar situações que apresentam problemas de qualidade;
- Especificidade: o quanto o indicador identifica somente os casos em que há reais problemas de qualidade;
- Acessível: possibilidade de acessar os dados para compor o cálculo do indicador de forma rápida e com baixo custo;
- Efetivo: aponta se o indicador mede o que se propõe a medir;
- Exequível: indica se a medida é aplicável.

Nesta investigação, os indicadores construídos foram submetidos à validação de conteúdo, mediante três etapas, conforme explicitado na Figura 4.

Figura 4 - Etapas percorridas para a validação de conteúdo dos indicadores, São Paulo, 2018

Fonte: Adaptado de Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30.

3.3.1 Etapa 1: Constituição do grupo de especialistas/juízes

A constituição do grupo de especialistas é considerada fundamental no processo de validação, pois do julgamento desses profissionais depende a obtenção do consenso para verificar a pertinência dos elementos que integram o indicador.

A qualificação e a definição do número de juízes para realizarem a validação de conteúdo é, ainda, um tema controverso na literatura. Todavia, quanto à qualificação, é importante considerar-se os seguintes critérios: ter experiência na temática, possuir publicação e pesquisa sobre o tema, ser perito nos conceitos envolvidos e ter conhecimento da metodologia empregada na construção de instrumentos (Alexandre, Coluci, 2011; Hohmann, Cote, Brand, 2018).

Em relação à quantidade de juízes, os números mínimo e máximo encontrados na literatura variaram de 3 a 20 (Alexandre, Coluci, 2011). Nesse contexto, recomendou-se que o convite seja estendido a um quantitativo de 15 a 35 profissionais (Hohmann, Cote, Brand, 2018).

Contudo, a composição numérica dos profissionais deve estar atrelada ao objeto do estudo, que poderá indicar maior ou menor disponibilidade de participantes (Coutinho et al., 2013).

Em estudos de cunho metodológico, destinados a validar instrumentos e indicadores na atenção à saúde, o número de especialistas variou de 9 a 12 (Costa, Fugulin 2011; Nicole, Tronchin, 2011; Belluci, Matsuda, 2012; Silva, 2017; Fratezi, Tronchin, 2018).

Assim, para compor o grupo de juízes desta pesquisa, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: profissionais e/ou pesquisadores com atuação mínima

Método

de um ano em centros dia; ter experiência em ensino/pesquisa e/ou possuir publicação nas temáticas geriatria/gerontologia, centros dia, validação de indicadores, qualidade e avaliação de serviços.

A seleção dos profissionais pode ser realizada mediante busca na literatura por pessoas que pesquisam e contribuem com o tema de interesse (Hohmann, Cote, Brand, 2018). Desse modo, a identificação dos profissionais deu-se por meio da busca do currículo na plataforma *Lattes*, do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), resultando na seleção de 27 profissionais.

Para o grupo selecionado, foi encaminhada, por meio eletrônico, uma carta, expondo os objetivos e o método do estudo, e se estabeleceu o prazo de sete dias para o retorno ao convite (Apêndice G).

Nessa ocasião, 16 profissionais responderam positivamente e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice H), os Manuais Operacionais dos indicadores, o questionário para validação de conteúdo dos indicadores (Apêndice I) e as instruções de preenchimento (Apêndice J), facultando ao especialista a forma mais conveniente de entrega e devolução - por meio eletrônico ou pelo correio. Todos os especialistas manifestaram o desejo de responder o instrumento via eletrônica.

O período acordado para a devolução do material foi de 30 dias, entretanto, diante do número reduzido (dois) de juízes, um novo contato foi realizado e o prazo foi estendido em 30 dias.

No final desse período, nove juízes retornaram o material, constituindo o comitê de especialistas para validação de conteúdo dos indicadores para monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos.

3.3.2 Etapa 2: Participação do grupo de especialistas/juízes

A fim de operacionalizar o trabalho dos juízes, foi empregada a técnica *Delphi*, que se apoia nos julgamentos de especialistas para obter consenso acerca de determinado tema ou fenômeno (Scarparo et al., 2012; Marques, Freitas, 2018).

Essa técnica pressupõe quatro características: o anonimato, o retorno das contribuições individuais, a possibilidade de revisão e mudança das respostas, e a

análise estatística, com a elaboração de resposta do grupo como um todo (Yousuf, 2007; Hohmann, Cote, Brand, 2018; Marques, Freitas, 2018).

Assim, cada especialista emitiu o julgamento acerca dos indicadores. De posse dos julgamentos, os dados foram organizados em planilha eletrônica e as respostas foram analisadas, para verificação do consenso.

Cabe destacar que, previamente, os especialistas foram informados que poderiam ser solicitados a emitir novo julgamento, caso os itens analisados não obtivessem o índice de consenso estabelecido, o que ocorreu neste estudo para 13 itens, necessitando-se de uma segunda rodada. Nesta, foi acordado o prazo de 15 dias para retorno, ao final do qual, seis profissionais encaminharam o material. Os demais especialistas foram contatados novamente, porém, não houve a devolução.

3.3.3 Etapa 3: Estabelecimento do índice de consenso

Esta etapa consistiu na obtenção de opiniões convergentes dos participantes, conhecida como consenso grupal. Portanto, há necessidade de que se estabeleça um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mínimo, também conhecido como Índice de Consenso (IC) ou de Favorabilidade.

Estudos semelhantes a este adotaram o IC com variação entre 70% e 80% (Fernandes, 2005; Silva, 2005; Vituri, Matsuda, 2009; Costa, Fugulin, 2011; Nicole, Tronchin, 2011; Belluci, Matsuda, 2012; Fratezi, Tronchin, 2018).

Tendo em vista os valores estabelecidos pelos autores dos estudos supramencionados, o índice de consenso definido nesta investigação foi $\geq 80\%$.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realizar a validação de conteúdo, foi construído o questionário intitulado “Validação de Conteúdo dos Indicadores de Monitoramento da Qualidade Assistencial em Centros Dia para Idosos” (Apêndice I), com base em Fernandes (2005), Silva (2005) e Nicole e Tronchin (2011).

O questionário foi dividido em duas partes: a primeira com as variáveis destinadas à caracterização dos juízes e a segunda com os itens para a validação de conteúdo.

A caracterização dos especialistas ocorreu mediante as seguintes variáveis: idade (anos), sexo (masculino ou feminino), instituição em que trabalha e natureza jurídica da instituição (pública, privada ou outra), cargo ocupado e tempo de ocupação (anos), área de atuação (ensino, assistência, gestão, pesquisa ou outra), graduação e tempo de formação (anos), última titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado ou outra) e área.

A segunda parte do questionário destinou-se ao julgamento de três elementos, a saber: Julgamento 1- conteúdo do Manual Operacional, Julgamento 2 - atributos dos indicadores e Julgamento 3 - componentes dos indicadores.

3.4.1 Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional

Este julgamento verificou a singularidade, o constructo e a aplicabilidade do Manual Operacional de cada indicador e foi composto por assertivas que permitiram respostas positivas e negativas, conforme segue:

- O título do indicador é claro;
- A descrição explicita o que o indicador mensura;
- A descrição indica a importância do indicador para a avaliação da qualidade assistencial em centros dia para idosos;
- A fundamentação teórico-científica é atualizada;
- A fundamentação teórico-científica é relevante;
- O tipo de indicador é adequado para medir o que se pretende;
- O numerador indica com clareza o fenômeno que se pretende medir;
- O denominador incorpora a totalidade dos fenômenos/indivíduos avaliados;
- A população ou amostra é adequada para retratar a totalidade dos fenômenos/indivíduos;
- As fontes de informação são apropriadas para obtenção dos dados acerca do que se pretende medir;
- As fontes de informação são acessíveis;
- Os critérios para qualificar os dados são objetivos, possibilitando a mesma interpretação para diferentes avaliadores;
- A periodicidade da avaliação é adequada para o que se pretende medir.

3.4.2 Julgamento 2 - Atributos dos indicadores

No que tange aos atributos, buscou-se avaliar as características qualitativas dos indicadores, enquanto medidas de monitoramento da qualidade assistencial ao idoso em centros dia. Desse modo, foram julgados os seguintes atributos: validade, atribuível, credibilidade, sensibilidade, especificidade, acessível, efetivo e exequível (Mainz, 2003).

Para cada um dos atributos, os especialistas emitiram o julgamento, utilizando uma escala do tipo Likert, com quatro níveis de valoração (Lynn, 1986):

- Nível 1 - não atende totalmente: o indicador é incapaz de atender ao atributo;
- Nível 2 - não atende parcialmente: o indicador é incapaz de atender ao atributo e requer ampla revisão;
- Nível 3 - atende parcialmente: o indicador é capaz de atender ao atributo, necessitando pouca revisão;
- Nível 4 - atende totalmente: o indicador é capaz de atender ao atributo.

3.4.3 Julgamento 3 - Componentes dos indicadores

O terceiro julgamento dos especialistas referiu-se aos componentes dos indicadores, realizado por meio de proposições com respostas afirmativas e negativas, para as seguintes características (Mainz, 2003):

- Clareza: as expressões são claras, não admitindo dúvidas;
- Pertinência: o componente reproduz o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador;
- Simplicidade: expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações;
- Objetividade: possibilita resposta pontual;
- Precisão: o componente é distinto dos demais que integram o indicador;
- Credibilidade: o componente relaciona-se diretamente ao indicador.

Após cada um dos itens, foram previstos espaços destinados aos possíveis comentários e/ou sugestões dos especialistas.

No intuito de favorecer a aplicação dos indicadores em centros dia, foram desenvolvidos dois recursos de registro: uma “Planilha de Avaliação dos Componentes do Indicador” e um “Instrumento de Avaliação do Indicador”, incluídos no Manual Operacional.

A Planilha de Avaliação contém um quadro com os componentes que deverão ser verificados por ocasião da coleta de dados em centros dia. Nesse quadro, os componentes foram representados por uma sigla, destacando-se o nível de evidência responsável pela fundamentação teórico-científica.

O Instrumento de Avaliação do Indicador é destinado à coleta de dados dos indicadores nos centros dia, visando ao seu monitoramento nos serviços, e é composto por um campo para preenchimento da data de avaliação, um quadro com os parâmetros de referência para cada um dos componentes e uma legenda que classifica o componente em: A (atende ao parâmetro), NA (não atende ao parâmetro) e SR (não há registro do componente).

Para a segunda rodada, foi elaborado um instrumento (Apêndice K), contendo o item avaliado, o consenso alcançado, as alterações realizadas e os comentários da pesquisadora, incluindo o questionário, semelhante ao empregado na primeira rodada, para a reavaliação dos especialistas.

Destarte, foram avaliados 27 itens por indicador, sendo 13 para o julgamento do conteúdo do Manual Operacional, oito para os atributos dos indicadores e seis para os componentes dos indicadores, totalizando 162 itens.

O período de coleta de dados, abarcando as duas rodadas, ocorreu entre agosto de 2018 e janeiro de 2019.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigação foi conduzida em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), cadastrada na Plataforma Brasil (CAAE 89444218.1.0000.5392) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EE-USP), sob o parecer nº 2.712.786 (Anexo 1).

Os especialistas foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, do seu caráter voluntário e do sigilo quanto à sua participação. Àqueles que aceitaram compor o comitê de juízes, foi entregue o TCLE (Apêndice H).

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e submetidos à análise estatística descritiva, em frequências absoluta e relativa.

Na análise de concordância entre os juízes que compuserem o comitê, o índice de consenso foi calculado de acordo com a equação a seguir para as variáveis dicotômicas (Tilden, Nelson, May, 1990):

$$\text{IC} = \frac{\text{número de avaliadores concordantes}}{\text{número total de avaliadores}} \times 100$$

Ao ser empregada a escala tipo Likert, foram consideradas satisfatórias no cálculo do consenso as respostas referentes aos níveis 3 (atende parcialmente) e 4 (atende totalmente). Assim, o cálculo do IC foi realizado mediante a seguinte equação:

$$\text{IC} = \frac{(\text{número de respostas nível 3} + \text{número de respostas nível 4})}{\text{número total de respostas}} \times 100$$

Cabe pontuar que os itens com IC de 78%, muito próximo do estimado, em que os comentários dos juízes permitiram sua readequação, mediante mínima alteração, não retornaram para a segunda rodada.

Os resultados foram organizados em tabelas e quadros. Ressalta-se que, no Apêndice L, encontram-se os comentários e as sugestões dos especialistas, na íntegra.

A Figura 5 representa, em síntese, as fases e etapas deste estudo.

Figura 5 - Representação das fases e etapas do estudo, São Paulo - 2019

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4 Resultados

Nesta parte, serão apresentados os resultados desta investigação, na seguinte sequência:

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES;

4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES:

4.2.1 Validação do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores;

4.2.2 Validação dos atributos dos indicadores;

4.2.3 Validação dos componentes dos indicadores.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES

Conforme mencionado no Método, nove profissionais constituíram o comitê de especialistas deste estudo.

Em relação às características sociodemográficas, 100% dos juízes eram do sexo feminino, com idade entre 29 e 55 anos, média de 45,2 anos ($dp = 9,7$) e mediana de 51 anos.

Quanto à formação acadêmica, 3 (33,33%) eram graduadas em enfermagem, 3 (33,33%) em terapia ocupacional, 2 (22,22%) em gerontologia e 1 (11,11%) possuía duas formações, enfermagem e gerontologia. O tempo de formação variou de 4 a 33 anos, com média de 20 anos ($dp=10,7$) e mediana de 18 anos.

No que concerne à titulação acadêmica atual, 4 (44,44%) profissionais possuíam doutorado, 3 (33,33%) eram mestres, 1 (11,11%) era livre docente e 1 (11,11%) cursou especialização. Assim, constatou-se que 8 (88,88%) juízes realizaram pós-graduação *stricto sensu*.

A Tabela 1 refere-se às características laborais dos participantes, de acordo com a natureza jurídica da instituição, o cargo ocupado e a área de atuação.

Tabela 1 – Caracterização laboral dos especialistas/juízes, São Paulo – 2019

Variáveis	N	%
Natureza jurídica da instituição		
Pública	5	55,56%
Privada	2	22,22%
Filantrópica	1	11,11%
Profissional liberal	1	11,11%
Cargo ocupado		
Docente	3	33,33%
Coordenador	2	22,22%
Assistente de projetos	1	11,11%
Diretor	1	11,11%
Gerontólogo	1	11,11%
Gestor técnico	1	11,11%
Área de atuação		
Gestão	5	55,56%
Ensino	3	33,33%
Pesquisa	1	11,11%

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

A análise da Tabela 1 mostra que a maior parte (55,56%) dos especialistas trabalhava em instituições públicas, 33,00% ocupavam o cargo de docente e 55,56% atuavam na área de gestão.

Relativo ao tempo no cargo atual, este variou de 1 a 12 anos, com média de 6,6 anos (dp = 5,6) e mediana de 3 anos.

Na segunda rodada, seis profissionais compuseram o comitê de especialistas, incluindo 2 (33,33%) enfermeiros, 3 (50,00%) terapeutas ocupacionais e 1 (16,67%) gerontólogo.

4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES

Nesta etapa, os achados são apresentados, considerando a primeira e a segunda rodada dos especialistas frente ao conteúdo do Manual Operacional, aos atributos dos indicadores e aos seus componentes, com 27 itens avaliados por indicador, totalizando 162 itens.

Cabe lembrar que os indicadores submetidos à validação de conteúdo foram:

- Monitoramento do plano de atenção individual (1-MPAI);
- Avaliação da capacidade funcional do idoso (2-ACFI);
- Adaptação ergonômica e ambiental (3-AEA);
- Educação permanente para os profissionais (4-EPP);
- Avaliação da função cognitiva do idoso (5-AFCI);
- Participação dos idosos nas atividades socioculturais (6-PASC).

4.2.1 Validação do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores

Primeira rodada da técnica *Delphi*

O conteúdo do Manual Operacional dos indicadores foi avaliado mediante os itens: título, descrição, fundamentação teórica, tipo de indicador, numerador, denominador, população/amostra, fontes de informação, critérios para qualificar os dados e periodicidade (13 itens por indicador), correspondendo a 78 itens analisados. O índice de consenso obtido na primeira rodada encontra-se descrito na Tabela 2.

Resultados

Tabela 2 - Julgamento do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores, considerando a primeira rodada, São Paulo - 2019

Variáveis		Indicadores											
Item		1- MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Título													
Sim		6	67	8	89	5	56	7	78	8	89	8	89
Não		3	33	1	11	4	44	2	22	1	11	1	11
Descrição explícita o que indicador mensura													
Sim		8	89	8	89	9	100	8	89	8	89	8	89
Não		1	11	1	11	0	0	1	11	1	11	1	11
A descrição explícita a importância para a avaliação da qualidade													
Sim		9	100	8	89	9	100	9	100	9	100	8	89
Não		0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Fundamentação teórica atualizada													
Sim		9	100	8	89	8	89	9	100	8	89	8	89
Não		0	0	1	11	1	11	0	0	1	11	1	11
Fundamentação teórica relevante													
Sim		9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100
Não		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tipo de indicador													
Sim		9	100	8	89	8	89	5	56	8	89	8	89
Não		0	0	1	11	1	11	4	44	1	11	1	11
Numerador													
Sim		8	89	8	89	8	89	6	67	8	89	8	89
Não		1	11	1	11	1	11	3	33	1	11	1	11
Denominador													
Sim		9	100	9	100	9	100	8	89	9	100	9	100
Não		0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0
População/amostra													
Sim		8	89	9	100	8	89	8	89	9	100	9	100
Não		1	11	0	0	1	11	1	11	0	0	0	0
Fontes de informação apropriadas													
Sim		8	89	9	100	8	89	8	89	9	100	8	89
Não		1	11	0	0	1	11	1	11	0	0	1	11
Fontes de informação acessíveis													
Sim		9	100	9	100	8	89	9	100	9	100	9	100
Não		0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0
Crítérios para qualificar os dados													
Sim		8	89	8	89	9	100	6	67	8	89	6	67
Não		1	11	1	11	0	0	3	33	1	11	3	33
Periodicidade													
Sim		5	56	6	67	9	100	8	89	6	67	8	89
Não		4	44	3	33	0	0	1	11	3	33	1	11

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

De acordo com os achados da Tabela 2, verifica-se que, dos 78 itens analisados, 68 (87%) foram validados, 1 (1%) alcançou IC de 78%, próximo ao estimado e 9 (12%) apresentaram índices bem inferiores ao estabelecido.

Os resultados mostram, também, que o consenso $\geq 80\%$ foi obtido para todos os indicadores nos itens **descrição**, **fundamentação teórica relevante e atualizada**, **denominador**, **população/amostra** e **fontes de informação**, variando de 89% a 100%. O item **fundamentação teórica relevante** apresentou o IC máximo (100%) para todos os indicadores.

Com relação ao **título**, os indicadores 1-MPAI, 3-AEA e 4-EPP obtiveram um IC de 67%, 56% e 78%, respectivamente. Para os demais indicadores, o consenso correspondeu a 89%.

No item **tipo de indicador**, o IC variou de 89% a 100%, exceto para o indicador 4-EPP, em que o IC foi de 56%.

No que se refere ao **numerador**, o consenso mínimo obtido foi de 67% para o indicador 4-EPP e de 89% para os demais indicadores.

Quando se observa o item **critérios para qualificar os dados obtidos**, constata-se IC de 67%, abaixo do estabelecido, para dois indicadores (4-EPP e 6-PASC), e $\geq 80\%$ para os outros quatro.

A **periodicidade** foi o item do Manual Operacional que gerou maior divergência entre os juízes, com IC de 56% (1-MPAI) e de 67% (2-ACFI e 5-AFCI).

Ainda, pela análise da Tabela 2, nota-se que os menores valores de IC (56%) foram encontrados nos itens **título** (3-AEA), **tipo de indicador** (4-EPP) e **periodicidade** (1-MPAI).

No conjunto dos seis indicadores, o 4-EPP foi o que obteve IC $< 80\%$ em 4 (30,8%) itens que compõem o Manual Operacional.

O Quadro 2 expõe os comentários/sugestões dos especialistas em relação aos itens do Manual Operacional com consensos inferiores a 80%, cujos comentários possibilitaram a reestruturação do item, conferindo maior clareza.

Resultados

Quadro 2 - Comentários/sugestões, na primeira rodada, relativos ao conteúdo do Manual Operacional, para os itens com índice de consenso inferior a 80%, São Paulo – 2019

(continua)

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Título do indicador	1-MPAI	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir por Monitoramento do plano de atenção individual ao idoso. - Substituir por Monitoramento do plano individual da pessoa idosa. - Acrescentar índice no início do título, para ficar claro que se trata de avaliar o percentual de alcance em relação a um padrão. Sem isso fica muito vago. - Avaliar condições de saúde é importante para orientar o plano de atenção individual a fim de prevenir agravos. Mas, é preciso ter cautela para não perder a filosofia do serviço, que é manter o foco no cliente e sua potência de vida. - Substituir por Monitoramento do Plano Individual de Atenção (MPIA), uma vez que o Plano Individual de Atenção é utilizado por ILPIs e outros serviços específicos para idosos. - Substituir por Monitoramento do Plano de Atenção Individual da Pessoa Idosa.
	3-AEA	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir por Adaptação ergonômica e ambiental de centros dia para idosos. - Utilizar o termo acessibilidade ao invés de adaptação para estabelecer parâmetros acessíveis desde a concepção e não apenas adaptados. - Usar o termo Índice no início do título. - A nomenclatura deste indicador pode não ser clara e compreensível para as equipes dos centros dia, talvez poderia ser “Adequação da infraestrutura e ambientes do centro dia”. Todavia, compreendo que o uso do termo “ergonômica” deve-se ao fato de maior amplitude para esta temática a qual o indicador pretende medir. - Substituir por Adaptação ergonômica e ambiental de centro dia.
	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir por Educação permanente para os profissionais atuantes em centros dia para idosos. - Incluir o termo Índice no início do título.
Tipo de indicador	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Não deixa claro a qualidade da ação realizada por parte do aproveitamento do profissional. - Capacitação profissional é indicador de estrutura. - Os recursos humanos compõem a “estrutura”, não acredito que seja um indicador de resultado. - Processo. A educação permanente não seria um processo da instituição para obtenção de resultados?
Numerador	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a satisfação do profissional que recebeu a ação educadora e avaliar o impacto da ação no trabalho diário. - O número de profissionais participantes não assegura a qualidade da aprendizagem. - As capacitações externas não seriam consideradas? Por exemplo, se a instituição subsidiar a participação dos profissionais em outro serviço (como por exemplo, na secretaria de saúde entre outros) não seria considerado?

Resultados

(continuação)

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Critérios para qualificar os dados	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa dúvidas quanto às impressões dos profissionais que receberam a ação educadora. - Especificar que se considera educação permanente palestras, conferências promovidas à distância. - Dúvidas referentes aos critérios de classificação da população.
	6-PASC	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as questões subjetivas que envolvem a participação ou não do idoso na atividade. - Ampliar para as atividades promovidas pela rede e que o centro dia participou com a inserção dos idosos. - No texto a palavra “relação” foi escrita duas vezes. Não ficou claro o que englobaria “relação de participantes”.
Periodicidade	1-MPAI	<ul style="list-style-type: none"> - A periodicidade deveria ser bimensal, em virtude das frequentes mudanças a que a população deste estudo está sujeita. - Muitas ferramentas de avaliação são indicadas para reaplicação nesta periodicidade. - Diminuir o tempo para 3 meses, considerando a concretização dos projetos dos idosos e pertinência em relação à necessidade do idoso no tempo e espaço. - Modificar para 3 em 3 meses, pois os idosos do centro dia tem maior fragilidade. - Indicar o referencial utilizado para definição da periodicidade.
	2-ACFI	<ul style="list-style-type: none"> - Deveria ser bimensal, visando à adequação contínua da avaliação da capacidade funcional do idoso. - No operacional esta periodicidade não será viável. - Definir o porquê esse indicador considera 3 meses, diferente do anterior que é 6. - Realizar a avaliação a cada 6 meses, antecipando-se nos casos em que haja observação de declínio funcional. Depende também da clientela de cada CDI, pois há uma tendência à heterogeneidade atribuída ao próprio processo de envelhecimento, mas também às diversas condições biopsicossociais dos clientes. - A depender do grau de dependência do idoso, pode ser determinada a periodicidade da aplicação de escalas avaliativas como para avaliar funcionalidade, bem como cognição, sabendo que no geral o perfil do idoso para o CDI é de idosos em grau I de dependência, talvez pudesse ser 6 meses de periodicidade para este indicador, é para se discutir.
	5-AFCI	<ul style="list-style-type: none"> - A avaliação cognitiva do idoso, assim como a funcional deveriam ser bimensais, visando subsidiar a adequação do PAI. Nesse sentido, proponho que o monitoramento do plano e as avaliações funcionais e cognitivas do idoso sejam realizadas a cada dois meses. - Operacionalmente não é efetivo, e alguns instrumentos são indicados para no mínimo a cada 6 meses. - Aplicar a cada 04 meses. Os idosos comumente se cansam pela extensão das avaliações e nem sempre é possível, tampouco recomendável, aplicá-las em um único encontro. - A depender do grau de dependência do idoso, a periodicidade pode ser de 6 meses, contudo, isso deve ser discutido, porque há muitas controvérsias na literatura.

(conclusão)

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

Tendo em vista os valores de consenso e os comentários/sugestões, os itens com IC abaixo do estimado foram reestruturados e submetidos a uma segunda rodada de avaliação, exceto para o **título** do indicador 4-EPP, com IC de 78%, muito próximo do esperado, que foi readequado, com mínima alteração, acrescentando-se a expressão “atuantes em centros dia para idosos”.

Dessa forma, os **títulos** dos indicadores 1-MPAI, 3-AEA e 4-EPP foram alterados, respectivamente, para: “monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa”, “ambiente e ergonomia em centros dia para idosos” e “educação permanente para os profissionais atuantes em centros dia para idosos”.

Com relação ao **tipo de indicador**, não houve consenso dos especialistas para “educação permanente para os profissionais” (IC = 56%) na primeira rodada. Contudo, a sua concepção e descrição, pautadas no modelo avaliativo Donabedian e na revisão de literatura, sinalizavam para a tipologia de resultado, a qual foi mantida e reencaminhada para nova avaliação na segunda rodada.

No que se refere ao **numerador**, o indicador 4-EPP foi reajustado e alterado de “número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas pelo centro dia nos últimos seis meses” para “número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas/subsidiadas pelo centro dia nos últimos seis meses”.

Relativo aos **critérios para qualificar os dados**, para o indicador 4-EPP, esses foram redefinidos como: “deve-se considerar o registro da participação dos profissionais nas ações de educação permanente, internas ou externas, promovidas e/ou subsidiadas pelo centro dia, no período que corresponda à carga horária de trabalho dos profissionais, identificada por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação de profissionais nas ações de educação permanente”.

Para o indicador 6-PASC, os **critérios para qualificar os dados** foram alterados para: “deve-se considerar o registro da participação dos idosos que frequentam o centro dia nas atividades socioculturais, internas ou externas, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais”.

A **periodicidade** foi reajustada para os indicadores 1-MPAI, passando de “semestral” para “trimestral”; 2-ACFI e 5-AFCI, ambos de “trimestral” para “semestral”.

Resultados

Segunda rodada da técnica *Delphi*

Os itens enviados para a segunda rodada corresponderam a **título** (1-MPAI e 3-AEA), **tipo de indicador** (4-EPP), **numerador** (4-EPP), **critérios para qualificar os dados** (4-EPP e 6-PASC) e **periodicidade** (1-MPAI, 2-ACFI e 5-AFCI).

A Tabela 3 demonstra os índices de consenso dos itens supramencionados.

Tabela 3 - Julgamento do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores, considerando a segunda rodada, São Paulo - 2019

Variáveis			Indicadores										
Item	1-MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Título													
Sim	6	100	-	-	6	100	-	-	-	-	-	-	
Não	0	0	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	
Tipo de indicador													
Sim	-	-	-	-	-	-	4	67	-	-	-	-	
Não	-	-	-	-	-	-	2	33	-	-	-	-	
Numerador													
Sim	-	-	-	-	-	-	3	50	-	-	-	-	
Não	-	-	-	-	-	-	3	50	-	-	-	-	
Critérios para qualificar os dados													
Sim	-	-	-	-	-	-	4	67	-	-	5	83	
Não	-	-	-	-	-	-	2	33	-	-	1	17	
Periodicidade													
Sim	5	83	5	83	-	-	-	-	6	100	-	-	
Não	1	17	1	17	-	-	-	-	0	0	-	-	

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Os resultados da Tabela 3 apontam que, na segunda rodada, os menores índices de consenso foram para os itens **numerador** (50%), **tipo de indicador** (67%) e **critérios para qualificar os dados** (67%) para o indicador 4-EPP.

Por outro lado, o maior IC alcançado (100%), correspondeu ao **título** dos indicadores 1-MPAI e 3-AEA e à **periodicidade** do indicador 5-AFCI.

O Quadro 3 destaca os comentários dos especialistas para tais itens.

Resultados

Quadro 3 - Comentários/sugestões, na segunda rodada, relativos ao conteúdo do Manual Operacional, para os itens com índice de consenso inferior a 80%, São Paulo – 2019

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Título do indicador	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar “indicador de participação”. - Mudar o descritor, pois da forma como está sugere indicador de estrutura. No descritor lê-se que a educação permanente “auxilia os profissionais na identificação de demandas dos idosos para proporcionarem um cuidado mais adequado”. O componente I4-C3 - Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas reitera que deva existir avaliação das ações. Mais adiante, verifiquei que este componente foi excluído, portanto, ainda vale a recomendação de reajustar o enfoque do descritor.
Numerador		<ul style="list-style-type: none"> - As atividades subsidiadas não necessariamente ocorrem no período de trabalho dos profissionais. Acredito que tal informação não seja relevante ou cause algum erro de interpretação. - Pela minha experiência todo o trabalho de educação/orientação aos profissionais atuantes em centro dia deve ocorrer extra-horário de trabalho. Profissionais de nível superior costumam ser prestadores de serviços com permanência restrita e profissionais contratados, sobretudo cuidadores, além do gestor técnico trabalham em ritmo intenso, não resultando em aproveitamento da ação proposta.
Critérios para qualificar os dados		<ul style="list-style-type: none"> - Apesar de discordar do item, pois existem cursos fora do horário de trabalho que podem ser subsidiados pelo centro dia e contarem como educação permanente, mesmo assim o critério está claro. - Utilizar o termo jornada diária de trabalho, que mais se aplica.

Legenda: 4-EPP - Educação permanente para os profissionais.

Fonte: A pesquisadora.

Ao considerar a segunda rodada, dentre os nove itens reavaliados pelos especialistas, 3 (33%) mantiveram o IC < 80% e, por isso, não foram validados.

Os resultados descritos na Tabela 4 referem-se aos IC do conteúdo do Manual Operacional, abarcando as duas rodadas, para os seis indicadores.

Resultados

Tabela 4 - Julgamento do conteúdo do Manual Operacional dos indicadores, considerando as duas rodadas, São Paulo – 2019

Variáveis		Indicadores											
Item		1- MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC	
		N*	%	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%
Título													
Sim		6	100	8	89	6	100	7	78	8	89	8	89
Não		0	0	1	11	0	0	2	22	1	11	1	11
Descrição explícita o que indicador mensura													
Sim		8	89	8	89	9	100	8	89	8	89	8	89
Não		1	11	1	11	0	0	1	11	1	11	1	11
Descrição explícita a importância para a avaliação da qualidade													
Sim		9	100	8	89	9	100	9	100	9	100	8	89
Não		0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Fundamentação teórica atualizada													
Sim		9	100	8	89	8	89	9	100	8	89	8	89
Não		0	0	1	11	1	11	0	0	1	11	1	11
Fundamentação teórica relevante													
Sim		9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100
Não		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tipo de indicador													
Sim		9	100	8	89	8	89	4	67	8	89	8	89
Não		0	0	1	11	1	11	2	33	1	11	1	11
Numerador													
Sim		8	89	8	89	8	89	3	50	8	89	8	89
Não		1	11	1	11	1	11	3	50	1	11	1	11
Denominador													
Sim		9	100	9	100	9	100	8	89	9	100	9	100
Não		0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0
População/amostra													
Sim		8	89	9	100	8	89	8	89	9	100	9	100
Não		1	11	0	0	1	11	1	11	0	0	0	0
Fontes de informação apropriadas													
Sim		8	89	9	100	8	89	8	89	9	100	8	89
Não		1	11	0	0	1	11	1	11	0	0	1	11
Fontes de informação acessíveis													
Sim		9	100	9	100	8	89	9	100	9	100	9	100
Não		0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0
Critérios para qualificar os dados													
Sim		8	89	8	89	9	100	4	67	8	89	5	83
Não		1	11	1	11	0	0	2	33	1	11	1	17
Periodicidade													
Sim		5	83	5	83	9	100	8	89	6	100	8	89
Não		1	17	1	17	0	0	1	11	0	0	1	11

*N varia de acordo com cada rodada.

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Pelos dados da Tabela 4, verifica-se $IC \geq 80\%$ em 75 (96%) itens avaliados, contemplando cinco indicadores. Em função dos resultados observados no indicador 4-EPP, sobretudo nos itens **tipo de indicador**, **numerador** e **critérios para qualificar os dados**, o Manual Operacional deste indicador não foi validado.

4.2.2 Validação dos atributos dos indicadores

Primeira rodada da técnica *Delphi*

O grupo de especialistas avaliou os indicadores, de acordo com os seus atributos: validade, atribuível, credibilidade, sensibilidade, especificidade, sensível, efetivo e exequível. No total, foram analisados oito itens por indicador, constituindo 48 itens no total.

O julgamento dos juízes no que diz respeito aos atributos dos seis indicadores na primeira rodada da técnica *Delphi* encontra-se na Tabela 5.

Resultados

Tabela 5 - Julgamento dos atributos dos indicadores, considerando a primeira rodada, São Paulo - 2019

Variáveis			Indicadores									
Item	1-MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Validade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11	0	0
Atende parcialmente	4	44	2	22	2	22	3	33	2	22	1	11
Atende totalmente	5	56	6	67	7	78	6	67	6	67	8	89
Atribuível												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11	1	11
Atende parcialmente	3	33	2	22	1	11	3	33	1	11	0	0
Atende totalmente	6	67	6	67	8	89	6	67	7	78	8	89
Credibilidade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atende parcialmente	3	33	2	22	1	11	1	11	1	11	0	0
Atende totalmente	6	67	7	78	8	89	7	78	8	89	9	100
Sensibilidade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	1	11	1	11	0	0	1	11	1	11	1	11
Atende parcialmente	4	44	1	11	1	11	3	33	2	22	1	11
Atende totalmente	4	44	7	78	8	89	5	56	6	67	7	78
Especificidade												
Não atende totalmente	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	2	22	1	11	0	0	0	0	1	11	0	0
Atende parcialmente	2	22	3	33	1	11	3	33	11	11	1	11
Atende totalmente	4	44	5	56	8	89	6	67	7	78	8	89
Acessível												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atende parcialmente	0	0	2	22	1	11	0	0	2	22	0	0
Atende totalmente	9	100	7	78	8	89	9	100	7	78	9	100
Efetivo												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	1	11
Atende parcialmente	2	22	2	22	2	22	2	22	1	11	1	11
Atende totalmente	7	78	7	78	7	78	6	67	8	89	7	78
Exequível												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0
Atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Atende totalmente	9	100	8	89	9	100	9	100	8	89	9	100

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

Os resultados da Tabela 5 revelam que, dos 48 itens analisados, 47 (98%) foram validados e 1 (2%) apresentou IC de 66%, inferior ao estabelecido. Ainda, verifica-se que o IC foi satisfatório para todos os indicadores, variando de 89% a 100% nos níveis atende total ou parcialmente, para os atributos **validade**, **atribuível**, **credibilidade**, **sensibilidade**, **acessível**, **efetivo** e **exequível**.

De acordo com esta Tabela 5, percebe-se que o IC de 89% foi alcançado no nível máximo de valoração da escala psicométrica utilizada para o julgamento dos atributos (4 - atende totalmente) nos itens **validade** (6-PASC), **atribuível** (3-AEA e 6-PASC), **credibilidade** (3-AEA e 5-AFCI), **sensibilidade** (3-AEA), **especificidade** (3-AEA e 6-PASC), **acessível** (3-AEA), **efetivo** (5-AFCI) e **exequível** (2-ACFI e 5-AFCI).

Nesse mesmo aspecto, observou-se que o IC foi de 100% nos itens **credibilidade** (6-PASC), **acessível** (1-MPAI, 4-EPP e 6-PASC) e **exequível** (1-MPAI, 3-AEA, 4-EPP e 6-PASC).

Os especialistas consideraram que todos os indicadores atenderam totalmente (nível de valoração 4) ao atributo **exequível**, com IC de 89% (2-ACFI e 5-AFCI) e 100% (1-MPAI, 3-AEA, 4-EPP e 6-PASC).

Apenas o indicador 1-MPAI não atingiu o IC estabelecido neste julgamento, no item **especificidade** (IC = 66%).

O Quadro 4 explicita os comentários dos especialistas relacionados ao julgamento dos atributos dos indicadores.

Quadro 4 - Comentários/sugestões, na primeira rodada, relativos aos atributos dos indicadores, para os itens com índice de consenso inferior a 80%, São Paulo – 2019

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Especificidade	1-MPAI	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ser sensível a casos com uma qualidade baixa. - Compreendo que o indicador englobe um N maior para que sejam identificadas as situações problema. - Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)?

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual.

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

Segunda rodada da técnica *Delphi*

Após retorno aos especialistas para reavaliação, o novo IC obtido para o atributo **especificidade** do indicador 1-MPAI foi de 100%, conforme pode ser verificado na Tabela 6.

Tabela 6 - Julgamento dos atributos do indicador, considerando a segunda rodada, São Paulo – 2019

Variáveis		Indicadores	
Item	N	1-MPAI	
			%
Especificidade			
Não atende totalmente	0		0
Não atende parcialmente	0		0
Atende parcialmente	2		33
Atende totalmente	4		67

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual.

Fonte: A pesquisadora.

A Tabela 7, a seguir, expõe os índices de consenso finais, englobando as duas rodadas, para os seis indicadores, no que tange aos atributos.

Resultados

Tabela 7 - Julgamento dos atributos dos indicadores, considerando as duas rodadas, São Paulo - 2019

Variáveis			Indicadores									
Item	1-MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Validade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11	0	0
Atende parcialmente	4	44	2	22	2	22	3	33	2	22	1	11
Atende totalmente	5	56	6	67	7	78	6	67	6	67	8	89
Atribuível												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11	1	11
Atende parcialmente	3	33	2	22	1	11	3	33	1	11	0	0
Atende totalmente	6	67	6	67	8	89	6	67	7	78	8	89
Credibilidade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atende parcialmente	3	33	2	22	1	11	1	11	1	11	0	0
Atende totalmente	6	67	7	78	8	89	7	78	8	89	9	100
Sensibilidade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	1	11	1	11	0	0	1	11	1	11	1	11
Atende parcialmente	4	44	1	11	1	11	3	33	2	22	1	11
Atende totalmente	4	44	7	78	8	89	5	56	6	67	7	78
Especificidade												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11	0	0
Atende parcialmente	2	33	3	33	1	11	3	33	1	11	1	11
Atende totalmente	4	67	5	56	8	89	6	67	7	78	8	89
Acessível												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atende parcialmente	0	0	2	22	1	11	0	0	2	22	0	0
Atende totalmente	9	100	7	78	8	89	9	100	7	78	9	100
Efetivo												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	1	11
Atende parcialmente	2	22	2	22	2	22	2	22	1	11	1	11
Atende totalmente	7	78	7	78	7	78	6	67	8	89	7	78
Exequível												
Não atende totalmente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não atende parcialmente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0
Atende parcialmente	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Atende totalmente	9	100	8	89	9	100	9	100	8	89	9	100

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

Na Tabela 7, observa-se que os seis indicadores foram validados, em sua totalidade, no quesito atributos dos indicadores.

4.2.3 Validação dos componentes dos indicadores

Primeira rodada da técnica *Delphi*

Os componentes dos indicadores foram julgados para verificar sua clareza, pertinência, simplicidade, objetividade, precisão e credibilidade. No total, foram analisados 36 itens, sendo seis por indicador.

A Tabela 8 aponta o índice de consenso obtido na primeira rodada.

Tabela 8 - Julgamento dos componentes dos indicadores, considerando a primeira rodada, São Paulo - 2019

Variáveis		Indicadores											
Item		1- MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clareza													
Sim		8	89	9	100	8	89	7	78	9	100	7	78
Não		1	11	0	0	1	11	2	22	0	0	2	22
Pertinência													
Sim		8	89	5	56	8	89	7	78	8	89	7	78
Não		1	11	4	44	1	11	2	22	1	11	2	22
Simplicidade													
Sim		8	89	8	89	9	100	6	67	9	100	8	89
Não		1	11	1	11	0	0	3	33	0	0	1	11
Objetividade													
Sim		9	100	9	100	9	100	6	67	9	100	7	78
Não		0	0	0	0	0	0	3	33	0	0	2	22
Precisão													
Sim		9	100	9	100	9	100	8	89	9	100	8	89
Não		0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	1	11
Credibilidade													
Sim		9	100	9	100	8	89	8	89	8	89	7	78
Não		0	0	0	0	1	11	1	11	1	11	2	22

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Resultados

De acordo com a Tabela 8, dentre os 36 itens avaliados, 3 (8%) obtiveram $IC < 80\%$, muito abaixo do estabelecido (56% e 67%), e foram encaminhados para nova análise dos juízes; 6 (17%), com IC de 78%, foram reajustados com mínima alteração; e 27 (75%) foram validados com $IC \geq 80\%$.

Os resultados da Tabela 8 demonstram que, para o item **clareza**, os indicadores 4-EPP e 6-PASC alcançaram um IC de 78%, muito próximo ao preconizado e foram aprimorados mediante os comentários dos juízes.

No que tange à **pertinência**, este foi o item que obteve o menor IC (56%) para o indicador 2-ACFI.

Quanto à **simplicidade**, nota-se que somente o indicador 4-EPP obteve IC de 67%.

A Tabela 8 também explicita que, referente à **objetividade**, os indicadores 4-EPP e 6-PASC apresentaram $IC < 80\%$, sendo 67% e 78%, respectivamente. Por outro lado, verificou-se que, neste item, os indicadores 1-MPAI, 2-ACFI, 3-AEA e 5-AFCI obtiveram IC de 100%.

O item **precisão** foi o que atingiu um $IC \geq 80\%$ para todos os indicadores, variando de 89% a 100%.

Quanto aos índices obtidos para **credibilidade**, constatou-se um $IC < 80\%$ apenas para o indicador 6-PASC (78%). Para os outros indicadores, o IC obtido esteve acima do estabelecido para este julgamento.

Dentre os seis indicadores, o 4-EPP e o 6-PASC foram os que exibiram o maior número de itens, 4 (67%), com $IC < 80\%$.

Cabe mencionar que, neste julgamento, 9 (25%) itens alcançaram $IC < 80\%$, sendo 6 (66,67%) com IC de 78% e 3 (33,33%) com IC entre 56% e 67%.

Os comentários/sugestões dos juízes, contemplados no Quadro 5, possibilitaram a readequação desses itens, facultando ou não à segunda rodada.

Resultados

Quadro 5 - Comentários/sugestões, na primeira rodada, relativos aos componentes dos indicadores, para os itens com índice de consenso inferior a 80%, São Paulo – 2019

(continua)

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Clareza	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar o último quadro, “para avaliar o indicador...” (onde se lê “idoso” não deveria ser “profissional?”). - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - Na primeira leitura, o termo “profissionais contratados gerou dúvida”. Caso seja um profissional que tenha assinado um termo de voluntariado, ou um estagiário/aprendiz contratado entraria nesse processo de avaliação?
	6-PASC	<ul style="list-style-type: none"> - Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4? - No texto a palavra “relação” foi escrita duas vezes. Não ficou claro o que englobaria “relação de participantes”.
Pertinência	2-ACFI	<ul style="list-style-type: none"> - Necessita de informação sobre o desempenho do idoso em determinada função e não apenas de forma geral. - Delimitar a abrangência da avaliação dos componentes C1 ou C5. - O indicador poderia verificar os resultados (pontuação) obtidos nas avaliações realizadas.
	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - Antes deste indicador ou acoplado a ele, pudesse ter “se foi promovida educação permanente à equipe do centro dia”, porque EPP pode ocorrer em reuniões de equipe internamente ou externamente; e quem foram os profissionais que participaram, porque podem ocorrer ações educativas direcionadas para áreas específicas.
	6-PASC	<ul style="list-style-type: none"> - Aponta apenas a quantidade de ações e não a qualidade das mesmas em relação ao PAI. - Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4?
Simplicidade	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa dúvida sobre quem está avaliando a qualidade da ação. O profissional que recebeu a ação ou o que aplicou? - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - Na primeira leitura, o termo “profissionais contratados gerou dúvida”. Caso seja um profissional que tenha assinado um termo de voluntariado, ou um estagiário/aprendiz contratado entraria nesse processo de avaliação?

Resultados

(continuação)

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Objetividade	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - A presença dos profissionais na educação permanente não assegura por si só a aprendizagem.
	6-PASC	<ul style="list-style-type: none"> - Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4? - Nem sempre, pois depende diretamente da vontade expressa do idoso em participar e das questões implícitas a esta decisão. Há componentes subjetivos que podem levar a uma interpretação pouco objetiva.
Credibilidade	6-PASC	<ul style="list-style-type: none"> - Não retrata o impacto da ação sócio cultural no PAI e na qualidade de vida do idoso. - Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4?

(conclusão)

Legenda: 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

A partir dos IC obtidos e dos comentários dos especialistas acerca dos itens **clareza** e **pertinência** do indicador 4-EPP e **clareza**, **pertinência**, **objetividade** e **credibilidade** do indicador 6-PASC, estes foram reajustados com mínima alteração, por terem alcançado um IC de 78%.

Dessa maneira, para o indicador 4-EPP, no quadro que compõe o Instrumento de Avaliação do Indicador, no final do Manual Operacional, a palavra “idoso” foi substituída por “profissional” e foi excluído o componente C3 (realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas).

No que concerne ao indicador 6-PASC, foi excluída a palavra “relação” que se encontrava repetida no Manual Operacional e foram excluídos os componentes C3 (realiza avaliação das atividades socioculturais promovidas) e C4 (possui profissional capacitado para realizar atividades socioculturais com idosos), considerando os comentários dos especialistas.

Destarte, foi necessário encaminhar para a segunda rodada os seguintes itens: **pertinência** (2-ACFI), **simplicidade** (4-EPP) e **objetividade** (4-EPP).

Para o indicador 2-ACFI, não foi realizada alteração do item, porém, foi explicado para os juízes que o indicador objetiva verificar o percentual de idosos que foram submetidos à avaliação da capacidade funcional, e não a qualificá-la.

Resultados

Segunda rodada da técnica *Delphi*

Os índices de consenso obtidos na segunda rodada, referentes aos componentes dos indicadores, são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Julgamento dos componentes dos indicadores, considerando a segunda rodada, São Paulo - 2019

Variáveis Item	Indicadores			
	2-ACFI		4-EPP	
	N	%	N	%
Pertinência				
Sim	4	67	-	-
Não	2	33	-	-
Simplicidade				
Sim	-	-	4	67
Não	-	-	2	33
Objetividade				
Sim	-	-	4	67
Não	-	-	2	33

Legenda: 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais.

Fonte: A pesquisadora.

A Tabela 9 demonstra que nos três itens reavaliados o IC foi de 67%, inferior ao estipulado, para o julgamento dos componentes dos indicadores. Ao comparar os achados desta Tabela com os da Tabela 8, houve aumento do IC no que tange à **pertinência** do indicador 2-ACFI.

O Quadro 6 expressa os comentários dos especialistas frente a esses itens.

Resultados

Quadro 6 - Comentários/sugestões, na segunda rodada, relativos aos componentes dos indicadores, para os itens com índice de consenso inferior a 80%, São Paulo – 2019

Item	Indicador	Comentários/sugestões
Pertinência	2-ACFI	<ul style="list-style-type: none"> - Acredito que seja mais adequado utilizar outra palavra para descrever este componente e evitar erros de interpretação. - O indicador é formado por 5 componentes. Não está claro para mim como se dará o cômputo para considerar que existe o monitoramento; quando todos os componentes forem classificados com “A”?
Simplicidade	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - No C1 ainda falta a palavra “subsidiados”.
Objetividade	4-EPP	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais podem participar de diversas ações em locais e com interesses variados como cursos técnicos, aperfeiçoamento, extensão, avaliando diversas estratégias ao mesmo tempo. - Este indicador necessita ser revisto de forma geral, pois precisa de adequação quanto ao descritor e o cálculo. Não explicita se será considerado o <i>turnover</i>, que é uma variável importante, pois o número de funcionários capacitados deveria ser dividido pelo número de funcionários atuando, excluídos absenteísmos? Isto também precisa estar definido.

Legenda: 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais.

Fonte: A pesquisadora.

A Tabela 10 apresenta os índices de consenso finais, abarcando as duas rodadas, para os seis indicadores, com base em seus componentes.

Resultados

Tabela 10 - Julgamento dos componentes dos indicadores, considerando as duas rodadas, São Paulo - 2019

Variáveis			Indicadores									
Item	1- MPAI		2-ACFI		3-AEA		4-EPP		5-AFCI		6-PASC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clareza												
Sim	8	89	9	100	8	89	7	78	9	100	7	78
Não	1	11	0	0	1	11	2	22	0	0	2	22
Pertinência												
Sim	8	89	4	67	8	89	7	78	8	89	7	78
Não	1	11	2	33	1	11	2	22	1	11	2	22
Simplicidade												
Sim	8	89	8	89	9	100	4	67	9	100	8	89
Não	1	11	1	11	0	0	2	33	0	0	1	11
Objetividade												
Sim	9	100	9	100	9	100	4	67	9	100	7	78
Não	0	0	0	0	0	0	2	33	0	0	2	22
Precisão												
Sim	9	100	9	100	9	100	8	89	9	100	8	89
Não	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	1	11
Credibilidade												
Sim	9	100	9	100	8	89	8	89	8	89	7	78
Não	0	0	0	0	1	11	1	11	1	11	2	22

Legenda: 1-MPAI - Monitoramento do plano de atenção individual; 2-ACFI - Avaliação da capacidade funcional do idoso; 3-AEA - Adaptação ergonômica e ambiental; 4-EPP - Educação permanente para os profissionais; 5-AFCI - Avaliação da função cognitiva do idoso; 6-PASC - Participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Fonte: A pesquisadora.

Os achados da Tabela 10 revelam que o item **pertinência** para o indicador 2-ACFI e os itens **simplicidade** e **objetividade** para o indicador 4-EPP não foram validados.

Desse modo, concluídas as duas rodadas, 33 (92%) itens referentes aos componentes dos indicadores foram validados.

De forma geral, considerando os três julgamentos, nota-se que os indicadores 1-MPAI, 3-AEA, 5-AFCI e 6-PASC obtiveram 100% dos itens validados, o indicador 2-ACFI teve um item não validado e o indicador 4-EPP apresentou cinco itens com IC abaixo do estimado.

Por conseguinte, no Quadro 7, são destacados os itens originais e as alterações realizadas nos seis indicadores, após os julgamentos do conteúdo do Manual Operacional, dos atributos dos indicadores e de seus componentes.

Cabe ressaltar que, em decorrência da alteração do item **periodicidade** no julgamento do conteúdo do Manual Operacional para os indicadores 1-MPAI, 2-ACFI

Resultados

e 5-AFCI, foi necessário reajustar os itens **numerador**, **denominador**, **cálculo**, **população/amostra** e **componente C2**, para readequá-los ao novo período.

Quadro 7 - Descrição dos itens originais e modificações efetuadas nos seis indicadores, após avaliação dos especialistas/juízes, São Paulo – 2019
(continua)

Indicador Monitoramento do plano de atenção individual (1-MPAI)		
Item	Original	Alterado
Título do indicador	Monitoramento do plano de atenção individual	Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa
Numerador	Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos seis meses	Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos três meses
Denominador	Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação	Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação
Cálculo do indicador	Índice de monitoramento do plano de atenção individual = Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos seis meses / Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação X 100	Índice de monitoramento do plano de atenção individual = Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos três meses / Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação X 100
População/ amostra	Todos os idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana	Todos os idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana
Periodicidade	Semestral	Trimestral
Componente C2	Há registro de monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de seis meses	Há registro de monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de três meses

Resultados

(continuação)

Indicador Avaliação da capacidade funcional do idoso (2-ACFI)		
Item	Original	Alterado
Numerador	Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos três meses	Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos seis meses
Denominador	Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação	Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação
Cálculo do indicador	Índice de avaliação da capacidade funcional = Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos três meses / Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação X 100	Índice de avaliação da capacidade funcional = Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos seis meses / Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação X 100
População/ amostra	Todos os idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana	Todos os idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana
Periodicidade	Trimestral	Semestral
Componente C2	Há registro de reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de três meses	Há registro de reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de seis meses
Indicador Adaptação ergonômica e ambiental (3-AEA)		
Título do indicador	Adaptação ergonômica e ambiental	Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos
Indicador Educação permanente para os profissionais (4-EPP)		
Título do indicador	Educação permanente para os profissionais (EPP)	Educação permanente para os profissionais atuantes em centros dia para idosos (EPP)
Tipo de indicador	Resultado	Mantido como indicador de resultado
Numerador	Número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas pelo centro dia nos últimos seis meses	Número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas/subsidiadas pelo centro dia nos últimos seis meses

(continua)

Resultados

(continuação)

Indicador Educação permanente para os profissionais (4-EPP)		
Item	Original	Alterado
Critérios para qualificar os dados	Deve-se considerar o registro da participação dos profissionais nas ações de educação permanente promovidas pelo centro dia, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação de profissionais nas ações de educação permanente	Deve-se considerar o registro da participação dos profissionais nas ações de educação permanente, internas ou externas, promovidas e/ou subsidiadas pelo centro dia, no período que corresponda à carga horária de trabalho dos profissionais, identificada por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação de profissionais nas ações de educação permanente
Componentes do indicador	C1 - Há registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais C2 - Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente C3 – Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas	C1 - Há registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais C2 - Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente
Instrumento de Avaliação do Indicador	Na primeira coluna do quadro, a população estava descrita como “idoso”	Foi substituída a palavra “idoso” por “profissional”
Indicador Avaliação da função cognitiva do idoso (5-AFCI)		
Numerador	Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos três meses	Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos seis meses
Denominador	Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação	Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação

(continua)

Resultados

(continuação)

Indicador Avaliação da função cognitiva do idoso (5-AFCI)		
Item	Original	Alterado
Cálculo do indicador	Índice de avaliação da função cognitiva do idoso = Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos três meses / Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação X100	Índice de avaliação da função cognitiva do idoso = Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos seis meses / Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação X100
População/ amostra	Todos os idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana	Todos os idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana
Periodicidade	Trimestral	Semestral
Componente C2	Há registro de reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de três meses	Há registro de reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de seis meses
Indicador Participação dos idosos nas atividades socioculturais (6-PASC)		
Critérios para qualificar os dados	Deve-se considerar o registro da participação dos idosos nas atividades socioculturais promovidas pelo centro dia, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais	Deve-se considerar o registro da participação dos idosos que frequentam o centro dia nas atividades socioculturais, internas ou externas, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais
Componentes do indicador	C1 - Há registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia C2 - Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais C3 - Realiza avaliação das atividades socioculturais promovidas C4 - Possui profissional capacitado para realizar atividades socioculturais com idosos	C1 - Há registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia C2 - Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

Resultados

Dessa forma, a avaliação dos especialistas e seus comentários/sugestões permitiram reajustar os indicadores, incorporando as experiências e os conhecimentos compartilhados por esses profissionais.

Contudo, o indicador 4-EPP apresentou divergências entre os especialistas em elementos considerados fundantes para um indicador, como tipo (estrutura, processo e resultado), numerador, critérios para qualificar os dados, simplicidade e objetividade, e, por isso, não foi considerado validado. Destaca-se que a não validação do numerador inviabilizaria o seu cálculo.

Com relação ao indicador 2-ACFI, no conjunto dos três julgamentos, apenas o item **pertinência** obteve o IC de 67%, todavia, este indicador foi validado, pois os comentários dos especialistas estiveram, em sua maior parte, relacionados a quantificar e qualificar a funcionalidade do idoso e à completude dos dados coletados. Adicionalmente, ocorreu aumento do IC entre as duas rodadas e os componentes integrantes deste item foram gerados a partir de evidências científicas nos níveis B e C. Ademais, não houve sugestões dos juízes que pudessem aprimorar este item.

Portanto, esta investigação resultou na validação de cinco indicadores para monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos, sendo um de estrutura, três de processo e um de resultado, conforme ilustra o Quadro 8.

Quadro 8 - Indicadores validados, sigla e tipologia, São Paulo - 2019

Indicadores	Sigla	Tipologia
Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos	AECDI	Estrutura
Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa	MPAI	Processo
Avaliação da capacidade funcional do idoso	ACFI	Processo
Avaliação da função cognitiva do idoso	AFCI	Processo
Participação dos idosos nas atividades socioculturais	PASC	Resultado

Fonte: A pesquisadora.

Os Manuais Operacionais dos indicadores foram reestruturados e encontram-se nos Apêndices M, N, O, P e Q.

Por fim, o processo de construção e validação dos indicadores favoreceu a realização de uma visita técnica em um CDI, bem como facultou a elaboração de uma proposta de incorporação desses indicadores no contexto de um centro dia.

5 Discussão

Em função de suas especificidades, o centro dia favorece a articulação entre os setores saúde e social, indo ao encontro do preconizado para a atenção integral ao idoso, que tem a intersetorialidade e a oferta de serviços comunitários intermediários como alguns de seus pressupostos (Brasil, 2018a).

O panorama mundial e nacional evidencia que as políticas públicas de atenção ao idoso têm incorporado em seu escopo os preceitos e diretrizes explicitados em documentos, como o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, o Relatório Final do Plano de Ação da OPAS sobre a Saúde das Pessoas Idosas, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, a PNSPI e as Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para a Pessoa Idosa no SUS (Brasil, 1996, 2006, 2013, 2018a; OMS, 2015; PAHO, 2019).

Nesse contexto, a Portaria 005/2019, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, enfatiza o papel dos centros dia como instituições que promovem a atenção integral à pessoa idosa, em período diurno (São Paulo, 2019).

Essas instituições podem ofertar uma ampla variedade de programas, serviços e atividades, atuar de diferentes formas e com público alvo diversificado, o que interfere na consecução dos objetivos desses serviços, na identificação do perfil dos usuários, na padronização dos programas disponibilizados e no reconhecimento dos resultados para a saúde dos idosos (Orellana, Manthorpe, Tinker, 2020).

Estudo de revisão de escopo realizado na Inglaterra destacou que os centros dia não se constituem em objeto de pesquisa, tanto nesse país, como em outras localidades, o que prejudica conhecer qual a sua real contribuição para os cuidados sociais e de saúde, quem são os usuários/familiares, quão satisfeitos estão com os serviços prestados e os resultados advindos do monitoramento das condições de saúde dos idosos frequentadores (Orellana, Manthorpe, Tinker, 2020).

Ainda, o estudo descreveu que são escassos os dados acerca de quais atividades são desenvolvidas e sua frequência, quem são os profissionais responsáveis por conduzir as atividades e se há outros serviços disponíveis, como lavanderia e salão de beleza. A combinação desses fatores influencia na definição e sistematização dos processos de trabalho em CDI (Orellana, Manthorpe, Tinker, 2020).

Nesse aspecto, entende-se que os indicadores construídos nesta pesquisa coadunam com o propósito dos CDI, uma vez que foram baseados nas seguintes

práticas: monitorar o plano de atenção individual, avaliar a capacidade funcional e a função cognitiva, assegurar ambiente e ergonomia adequados, estimular a educação permanente de profissionais e verificar a participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Diversos elementos estão envolvidos na construção de indicadores, como: conceito, objetivo, população/amostra, equação de cálculo, periodicidade e outros, possibilitando que esses se tornem ferramentas de gestão para a obtenção de informações e a condução de ações e tomada de decisão, visando à melhoria da qualidade dos serviços.

Conforme descrito no Método, após a construção de um indicador, é essencial que ocorra o processo de validação, para verificar se o seu constructo está de acordo com o que se pretende auferir.

Assim, no presente estudo, a participação do comitê de especialistas contribuiu para realizar a validação de conteúdo, reformular os Manuais Operacionais, aprimorar os indicadores e lançar novos olhares para outros aspectos que envolvem a qualificação do cuidado em CDI. A experiência e atuação desses profissionais reitera a importância do trabalho multiprofissional para promover a integralidade do cuidado. A interação entre profissionais de diferentes áreas do saber e pesquisadores favorece a proposição e a efetivação de intervenções em saúde (Boulkelid et al., 2011).

A diversidade entre os juízes quanto ao cargo ocupado e à área de atuação possibilitou o enriquecimento dos julgamentos e a ampliação da análise dos indicadores, o que beneficiou sua qualificação.

Destarte, a OPAS, em seu Plano de Ação relativo à Saúde das Pessoas Idosas, reiterou que a atuação multissetorial é um aspecto essencial do trabalho abrangendo envelhecimento e saúde (PAHO, 2019).

O consenso obtido por um grupo de especialistas colabora para a tomada de decisões, a solução de problemas mediante as mudanças sugeridas e a indicação de tendências (Revorêdo et al., 2015). Porém, ao longo do processo de validação, duas dificuldades foram encontradas: a prorrogação do prazo para devolução do material e a desistência de alguns profissionais.

Autores como Marques e Freitas (2018), mencionaram que a desistência de alguns especialistas é habitual, especialmente quando há necessidade de duas ou mais rodadas, reduzindo o comitê.

A técnica *Delphi* apresenta vantagens e desvantagens, sendo apontados como aspectos positivos a participação de profissionais com experiência e qualificação, áreas de atuação e localidades diversas, a eliminação de viés de encontros presenciais, a flexibilidade quanto ao número de rodadas, a viabilidade econômica e o anonimato (Castro, Rezende, 2009; Revorêdo et al, 2015; Hohmann, Cote, Brand, 2018). Os aspectos negativos incluem a indisponibilidade dos especialistas, o atraso no retorno do material, a desistência dos juízes e a dificuldade em encontrar profissionais que preencham os critérios de inclusão (Castro, Rezende, 2009; Revorêdo et al, 2015).

Na presente investigação, os comentários e as sugestões dos especialistas foram analisados com base na literatura científica e, em sua grande maioria, incorporados ao conjunto de indicadores, que poderão ser aplicados no cotidiano de CDI públicos ou privados, com distintas configurações de infraestrutura e atividades.

Concernente ao indicador 1-MPAI, o título foi modificado, conforme as sugestões do comitê, no intuito de gerar maior clareza quanto ao público alvo, com a inclusão da expressão “da pessoa idosa”.

Além disso, houve concordância entre os juízes acerca da adequação da periodicidade, a qual passou de semestral para trimestral. Ao considerar que o CDI destina-se a pessoas com diminuição da funcionalidade e que apresentam especificidades relativas ao surgimento, estabelecimento e desfechos de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que podem aumentar a possibilidade de eventos adversos e a demanda por cuidado, entende-se que o monitoramento do PAI deve ser sistemático, longitudinal e direcionado para a definição de metas de cuidado em curto, médio e longo prazo (Moraes, 2017; Brasil, 2018a).

Sendo assim, o atributo especificidade, validado na segunda rodada, foi contemplado neste indicador, uma vez que o plano de atenção individual é reavaliado dentro de um determinado período, e que o CDI é um local que privilegia a frequência habitual do idoso, facultando sua avaliação.

Ademais, o desenvolvimento e o monitoramento de um plano de atenção individual estão previstos como uma das práticas assistenciais do CDI, devendo constar no prontuário do usuário, de acordo com o Guia de Orientações Técnicas para CDI e a Portaria 005/2019 (São Paulo, 2014, 2019).

No que tange ao indicador 2-ACFI, a periodicidade foi reajustada para

semestral, visando adequá-la à realidade do cotidiano de trabalho nos CDI, sem prejudicar a finalidade do indicador.

A determinação da periodicidade da avaliação da capacidade funcional varia de acordo com a necessidade, observada em decorrência do perfil de funcionalidade do idoso; assim, é preconizado que idosos com perfil 1 sejam avaliados anualmente e aqueles com perfis 2 e 3, semestralmente (Brasil, 2018a).

Com relação ao item pertinência, as sugestões dos especialistas para verificar os resultados da avaliação da capacidade funcional não foram condizentes com a descrição deste indicador, que representa o componente de processo do modelo avaliativo Donabediano. Assim, seu objetivo consiste em verificar o percentual de idosos submetidos à avaliação capacidade funcional (Donabedian, 1980).

Embora o consenso para este atributo tenha sido inferior a 80%, considerou-se o indicador validado, por ter aumentado o IC na segunda rodada, sendo o único item do conjunto dos três julgamentos com esse valor e, também, porque os comentários dos juízes referiram-se à qualificação e quantificação dos resultados e à completude dos dados, e não se os componentes reproduzem o que é preconizado para medir com o indicador. Ademais, esse atributo foi representado por componentes com níveis de evidência científica B e C.

Em relação ao indicador 3-AEA, ao analisar os comentários dos especialistas, entendeu-se que a alteração do título para “ambiente e ergonomia em centros dia para idosos” propiciou a adequação da linguagem aos diversos profissionais que poderão manusear os Manuais Operacionais.

O termo “adaptação” foi excluído para priorizar ambientes acessíveis e não apenas os adaptados, conforme recomendam as políticas públicas de atenção ao idoso (Brasil, 2006, 2013; OMS, 2015). Destaca-se que a acessibilidade refere-se à possibilidade de uma pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida alcançar, compreender e perceber mobiliários, equipamentos, transportes, edificações e informações, para utilizá-los de forma segura e com autonomia (ABNT, 2015).

A Portaria nº 005/2019 é considerada um marco na definição da estrutura física de centro dia, disponibilizando regulamentações quanto às características gerais do ambiente, às instalações, aos móveis, aos equipamentos, aos materiais e à estrutura mínima necessária (área de atividade, convivência e lazer, sala de descanso, sanitários, área de higienização pessoal, cozinha, refeitório, área de serviço,

despensa, área para medicamentos e área externa) (São Paulo, 2019).

Cabe pontuar que essa é uma iniciativa local e não reflete a realidade nacional no que concerne à normatização da estrutura física para CDI. Sob essa ótica, torna-se imperativo envidar esforços para regulamentar a estrutura e organização de CDI, bem como determinar os requisitos mínimos para o funcionamento e regulamentação.

A ausência de uma normatização nacional clara acerca do funcionamento dos CDI fragiliza a implementação e o processo regulatório desses equipamentos, assim como a garantia de ofertar serviços de qualidade e com segurança aos usuários (Hara, 2016).

No que se refere ao indicador 4-EPP, este não foi validado devido às divergências encontradas entre os especialistas nas duas rodadas, inviabilizando o consenso. Dois juízes apontaram como indicador de estrutura; um, de processo; e seis, de resultado. Tendo em vista que o modelo avaliativo Donabediano sustentou a construção dos indicadores, a tipologia é considerada o cerne na classificação do tipo de indicador, remetendo à necessidade de interpretar a descrição do indicador no Manual Operacional, equação de cálculo, fontes de informações e critérios para qualificar os dados.

Em razão deste indicador apontar para a relação entre a quantificação de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas pelo CDI e o número de profissionais contratados, a tipologia proposta foi compreendida como resultado.

Concernente à construção deste indicador, explicita-se que “promover atividades de educação permanente para profissionais que atuam no centro dia” foi validada como uma ação da dimensão educação, atribuída aos CDI (Fratezi, Tronchin, 2018).

A educação permanente em saúde caracteriza-se pela aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar se incorporam cotidiano do ambiente do trabalho. Portanto, é uma ferramenta de aprendizagem individual, coletiva e/ou institucional, baseada na aprendizagem significativa, na possibilidade de transformar a prática profissional, na reflexão sobre o processo de trabalho e na atuação em equipe (Brasil, 2007).

Os profissionais e gestores dos serviços devem participar como sujeitos

ativos do processo de ensino-aprendizagem para refletirem sobre a realidade do serviço em que atuam e identificarem soluções para os problemas e as demandas das pessoas idosas (Brasil, 2018b).

No contexto da educação permanente, estudo realizado em um centro dia identificou lacunas relativas ao conhecimento sobre gerontologia por parte dos profissionais que atuavam no serviço, tanto na área de assistência, como na gestão, o que pode intensificar comportamentos inapropriados na assistência aos idosos. Por isso, os autores recomendaram a implementação de projetos destinados à capacitação profissional nesse contexto (Fuentes et al., 2014).

Nos Estados Unidos da América, 62% dos Estados exigem educação continuada para profissionais que atuam nesses serviços, o que ressalta a importância de desenvolver um programa estruturado de educação permanente em geriatria e gerontologia, baseado em evidências e voltado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos (Gendrom, Pryor, Welleford, 2017).

Frente ao exposto, é possível conceber indicadores que representem os componentes da tríade Donabediana para o constructo “educação permanente para os profissionais”, porém, é necessário ter coerência e clareza na descrição, expressão e interpretação dos itens, conferindo legitimidade à sua aplicação.

No que se refere ao indicador 5-AFCI, assim como no indicador 2-ACFI, acatou-se a sugestão dos especialistas para alterar a periodicidade para semestral, tornando-a mais viável ao cotidiano do serviço.

Sabe-se que o envelhecimento é permeado por alterações cognitivas, relacionadas a funções como atenção, orientação, memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, raciocínio, linguagem e outras, fundamentais para a manutenção da autonomia e da independência (Aprahamian, Biella, Vanderlinde, 2016).

Por isso, o desenvolvimento de atividades cognitivas em um ambiente estruturado, como o centro dia, favorece a redução do estresse em pessoas com comprometimento cognitivo leve a moderado (Williams et al., 2016).

Os centros dia são recomendados para mais de 5,3 milhões de pessoas diagnosticadas com diferentes tipos de demência, nos Estados Unidos da América, como meio de promover a independência, a socialização e o estímulo cognitivo (*Alzheimer's Association*, 2015).

No Brasil, um estudo sobre o perfil de idosos frequentadores de um CDI revelou que 65% dos indivíduos possuíam queixas relacionadas à memória (Yamaguchi et al., 2018).

Quanto ao indicador 6-PASC, a análise dos comentários dos juízes possibilitou aprimorar os critérios para qualificar os dados, com a inclusão de atividades externas, das quais os idosos frequentadores do CDI participavam.

Nesse indicador, foram retirados dois componentes que se referiam à avaliação das atividades socioculturais, uma vez que ele indica a participação dos idosos nas atividades socioculturais e não tem o objetivo de avaliar as atividades promovidas.

A oferta de atividades que contemplem os aspectos socioculturais dos idosos foi prevista pela legislação, na Portaria nº 73/2001, na Lei nº 15.809/2013 e na Portaria nº 005/2019 como uma ação de atenção integral ao idoso promovida pelo CDI (Brasil, 2001; São Paulo, 2013, 2019).

Essas atividades são descritas no “Guia de Orientações Técnicas Centro Dia” como ações de cunho lúdico ou artístico, promovidas por equipe multiprofissional, que estimulam a criatividade do idoso e valorizam seu histórico de vida. Dentre as atividades socioculturais, pode-se citar: dinâmicas de grupo, leitura, sarau, teatro, cinema, coral, baile, jogos de mesa, horticultura e atividades intergeracionais (São Paulo, 2014).

Alguns estudos apresentaram atividades socioculturais desenvolvidas em centros dia como recursos para a promoção da qualidade de vida, o bem-estar e a melhoria da funcionalidade, destacando-se: trabalhos manuais, artesanato, pintura, música, jogos, cinema, leitura, festas, passeios, ações intergeracionais, contação de histórias e atividades tecnológicas (jogos digitais, uso de aplicativos, videogames) (Bocchi et al., 2010; Fabrizzi, 2013; Nakamura, Lodovici, 2017; Yamaguchi et al., 2018).

Sob essa perspectiva, ressalta-se que os cenários atuais de transições demográfica e epidemiológica, que requerem maior intensidade de cuidado aos aspectos físicos, mentais e sociais que permeiam a saúde dos indivíduos, e as recomendações das políticas públicas de promover uma atenção integral à saúde do idoso, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e recuperação para a manutenção ou melhoria da capacidade funcional, tornam-se

Discussão

imperativos para a reorganização dos sistemas de saúde, sociais, de lazer, transporte, educação, trabalho, cultura, justiça e outros, assim como para a elaboração e implementação de novos modelos de cuidado.

Nesse contexto, o centro dia é um modelo inovador de cuidado, carente de consolidação e pesquisa, e que detém potencialidades na promoção da atenção integral à saúde do idoso. Outrossim, salienta-se que, para além de implantar novos equipamentos, é fundamental que as atividades desenvolvidas sejam monitoradas e avaliadas sistematicamente, com vistas a qualificar o cuidado e potencializar o processo de envelhecimento saudável.

*6 Praticabilidade dos indicadores validados:
da teoria à incorporação em centros dia para
idosos*

Esta proposta foi concebida para oportunizar a incorporação dos cinco indicadores nos processos de trabalho gerencial e assistencial em centros dia, tendo como alicerce a literatura científica, sobretudo as políticas públicas nacionais direcionadas para a atenção integral à saúde da pessoa idosa, a experiência profissional da pesquisadora e a realização de uma visita técnica a um CDI.

6.1 A VISITA TÉCNICA

6.1.1 Objetivo da visita

- Conhecer a realidade de um CDI, a fim de identificar as potencialidades e as fragilidades acerca da incorporação dos indicadores validados.

6.1.2 Estrutura e organização do centro dia

O centro dia visitado é uma instituição privada, fundada em 2009, localizada em um município do interior do Estado de São Paulo, com aproximadamente 1,6 milhão de habitantes.

A estrutura física contempla uma sala para atividades recreativas e refeitório, sala de descanso, escritório, cozinha, banheiros adaptados, espaço para depósito de material e uma área externa.

Quanto ao quadro de pessoal, este é composto por um gerontólogo, (proprietário e gestor), um profissional de educação física, dois cuidadores e um nutricionista. Os trabalhadores são contratados como prestadores de serviço. Também atua no estabelecimento um estagiário do curso de bacharelado em gerontologia.

No centro dia são atendidos 23 usuários, a maioria do sexo feminino, com média de idade de 84 anos, semidependentes, em sua maior parte descendentes de japoneses, que participam de atividades de estimulação cognitiva e de interação social. Essas atividades consistem, majoritariamente, em: práticas de alongamento, yoga, Lian Gong e Kenko Taissô; dança sênior; música e Karaokê; exercícios de memorização e jogos, arte em papel, culinária, contação de histórias, artesanato,

Praticabilidade dos indicadores validados

orientações para prevenção de quedas e exercícios de deglutição. Há, ainda, a possibilidade de transporte em um raio de cinco quilômetros e serviços de salão de beleza, mediante pagamento adicional.

Dentre os idosos, cerca de 70% comparecem à instituição duas vezes por semana. Cada usuário possui um prontuário, no qual são registradas informações pessoais e avaliação gerontológica.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00, período em que são ofertadas quatro refeições: café da manhã, almoço, café da tarde e jantar; apenas o almoço é terceirizado.

6.1.3 Operacionalização da visita

O encontro entre a pesquisadora e a gestora ocorreu com agendamento prévio, ocasião em que foi entregue o Termo de Autorização para visita e apresentadas as Planilhas de Avaliação dos Indicadores, destinadas à coleta de dados e a forma como seriam preenchidas. Nessa oportunidade, foi realizada observação e consulta aos registros institucionais.

Cabe pontuar que o Termo de Autorização encontra-se de posse da pesquisadora, a fim de manter o sigilo institucional.

Os achados mostraram que, para o indicador “Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa”, os componentes “há registro de monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de três meses”, “há registro da implementação das intervenções necessárias no prazo estabelecido no plano” e “o plano de atenção foi elaborado de forma compartilhada entre idoso, familiares/cuidadores e profissionais do centro dia” eram realizados para cerca de 20% dos idosos, porém o registro desses dados não estava sistematizado e a frequência era irregular.

No que diz respeito à “Avaliação da capacidade funcional”, observou-se que eram executados os componentes “registro de avaliação da capacidade funcional na admissão” e “possuir profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional”. Todavia, não havia registro quanto à “reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de seis meses”, à “aplicação de instrumento específico de avaliação da capacidade funcional” e à “classificação dos idosos em

grupos, segundo o grau de funcionalidade”.

Concernente ao indicador “Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos”, mediante observação do espaço físico, foi possível apreender os dados relativos à presença dos componentes: “espaço livre para circulação”, “corrimão nas áreas de circulação”, “pisos antiderrapantes”, “sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível”, “rampas para vencer desníveis”, “porta com dimensão adequada”, “iluminação natural e/ou artificial”, “móveis estáveis, robustos e leves”, “assentos com altura adequada”, “sanitários adaptados”, “ventilação adequada”, “ausência de sons acima de 120 dB” e “ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares”. Os componentes “há segurança contra incêndio” e “há sinalização direcional/informativa” não foram visualizados no local e o componente “havendo escadas, suas dimensões são adequadas, conforme legislação vigente” não era aplicável, pois não havia escada na instituição.

Para o indicador “Avaliação da função cognitiva do idoso”, havia o registro de todos os dados/componentes, para 100% dos idosos.

Quanto à “Participação dos idosos nas atividades socioculturais”, não havia o registro dos dados/componentes do indicador. Pelo relato da gestora, as atividades eram realizadas, porém não eram registradas.

A partir da observação, do diálogo entre a pesquisadora e a gestora e da consulta aos registros, verificou-se que os indicadores “Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos” e “Avaliação da função cognitiva do idoso” eram passíveis de implantação imediata, uma vez que as atividades preconizadas representadas nos itens/componentes dos indicadores eram realizadas e registradas.

Para a incorporação dos indicadores “Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa”, “Avaliação da capacidade funcional” e “Participação dos idosos nas atividades socioculturais”, o CDI em questão necessitaria de mudanças ou implantação de ações nos processos de trabalho assistencial e gerencial.

Dessa maneira, depreende-se que a sistematização das atividades e os registros de dados são elementos cruciais para viabilizar a implantação dos indicadores como ferramenta de gestão para monitoramento da qualidade. Para além disso, há que se pensar em outros aspectos como os éticos-legais e da segurança, tanto dos usuários, como dos trabalhadores de centros dia.

6.2 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A INCORPORAÇÃO DOS INDICADORES

Ao reconhecer que validação dos indicadores ultrapassa a dimensão teórica e, mediante os resultados obtidos na visita técnica, sobretudo a ausência de sistematização no registro das informações, que impactou diretamente na coleta de dados e, conseqüentemente, nos desdobramentos da aplicação dessa ferramenta, elaborou-se esta proposta representada pelo Painel dos Indicadores e pelo Ciclo de Diretrizes.

Salienta-se que esta Proposta destina-se a nortear os gestores na implantação dos indicadores, na gestão da qualidade e no processo de tomada de decisão, assim como, a instrumentalizar os profissionais na atenção ao idoso em CDI para se apropriarem de ferramentas voltadas à qualidade e à assistência segura.

O Quadro 9 ilustra o Painel de Indicadores para o monitoramento da qualidade em CDI.

Quadro 9 - Painel de Indicadores para monitoramento da qualidade em centros dia para idosos, São Paulo – 2020

Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipologia	Equação de cálculo	Periodicidade	Instrumentos/ ferramentas
Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos (AECDI)	Espaços adaptados no centro dia	Indica se os espaços são adaptados e acessíveis aos idosos, proporcionando autonomia	Observação dos espaços internos e externos	Estrutura	Número de espaços adaptados segundo legislação vigente $\times 100$ Número total de espaços verificados do centro dia sob avaliação	Anual	- Norma Brasileira NRB 9050 vigente, estabelecida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) - Portaria nº 005/2019 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa (MPAI)	Organização, planejamento, implementação monitoramento de ações	Identifica as respostas do centro dia às necessidades/demandas do idoso	Bases de dados institucionais e prontuário do usuário	Processo	Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos três meses $\times 100$ Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação	Trimestral	- Ficha de avaliação do idoso - Plano de Atenção Individual
Avaliação da capacidade funcional do idoso (ACFI)	Avaliação da capacidade funcional dos idosos realizada	Reflete o cuidado do centro dia em relação à capacidade funcional do idoso	Bases de dados institucionais e prontuário do usuário	Processo	Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos seis meses $\times 100$ Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação	Semestral	- Escala de Katz - Escala de Lawton
Avaliação da função cognitiva do idoso (AFCI)	Avaliação da função cognitiva dos idosos realizada	Reflete o cuidado do centro dia com relação à cognição do idoso	Bases de dados institucionais e prontuário do usuário	Processo	Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos seis meses $\times 100$ Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação	Semestral	- 10-Point Cognitive Screener (10-CS) - Teste do desenho do relógio
Participação dos idosos nas atividades socioculturais (PASC)	Idosos que participam das atividades socioculturais	Indica a participação dos idosos nas atividades socioculturais	Bases de dados institucionais e prontuário do usuário	Resultado	Número de idosos que participaram das atividades socioculturais promovidas pelo centro dia nos últimos três meses $\times 100$ Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação	Trimestral	Lista de verificação de presença

Fonte: Adaptado de Furtado et al. Construção de indicadores para a avaliação de Caps. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.37-52.

Indicador Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos

O CDI necessita executar suas atividades de acordo com a legislação vigente, possibilitando o emprego deste indicador. Nesse enlace, recomenda-se que se respeite a Norma Brasileira NRB 9050, estabelecida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, que trata da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT, 2015).

Em função da inexistência de legislação nacional que regule o funcionamento dos centros dia para idosos com vistas à fiscalização, também, é recomendável recorrer à Portaria nº 005/2019, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, para apoiar o planejamento e a adequação do espaço físico em municípios onde não há normatização local ou própria (São Paulo, 2019).

A Figura 6 apresenta o ciclo recomendado para implantação deste indicador em CDI.

Figura 6 - Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos”, São Paulo - 2020

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Indicador Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa

O monitoramento do plano de atenção individual (PAI) requer sua elaboração, levantamento de demandas e planejamento de ações e intervenções necessárias para recuperar, manter ou melhorar a funcionalidade do idoso.

A concepção do PAI pode ser iniciada mediante uma avaliação multidimensional, que contempla os aspectos clínicos, funcionais e psicossociais (Brasil, 2018a).

A dimensão clínica incorpora a saúde física e o histórico saúde-doença, por meio da investigação de fatores como: diagnósticos, hospitalizações e cirurgias prévios, histórico familiar, uso de medicamentos e polifarmácia, situação vacinal, hábitos de vida, dados antropométricos e presença de dor crônica.

Para avaliar a dimensão funcional, devem ser considerados aspectos como independência para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, vulnerabilidade física, mobilidade e sistemas sensoriais.

A análise da dimensão psicossocial inclui a saúde mental, como cognição e humor, recursos econômicos e aspectos sociais, por exemplo, suporte social, violência e estrutura familiar.

A partir dessas dimensões, a avaliação multidimensional do idoso possibilita uma visão ampliada e integrada das suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, direcionando a concepção do plano de atenção, de modo a favorecer sua funcionalidade (Brasil, 2018a).

Estudos mostraram como benefícios da avaliação multidimensional a diminuição da mortalidade e melhoria da independência em idosos hospitalizados, redução de internações e reinternações de pessoas residentes na comunidade, maior probabilidade de sobrevida nos últimos 6 meses, menor número de institucionalização, menor risco de declínio funcional e melhor desempenho cognitivo (Ellis et al., 2011; BGS, 2019).

Dentre os recursos que podem ser utilizados, encontra-se a avaliação geriátrica ampla (AGA), que provê um diagnóstico global do idoso e apoia o desenvolvimento do PAI (Freitas et al., 2016).

No campo da gerontologia, foi elaborado e validado um instrumento denominado Plano de Atenção Gerontológica - PAGe, com o objetivo de realizar a avaliação multidimensional do idoso e a gestão de casos (Cezar, 2018).

Praticabilidade dos indicadores validados

Portanto, cabe ao gestor do centro dia, juntamente com os profissionais, selecionar o instrumento mais apropriado para realizar a avaliação multidimensional e direcionar o plano de atenção individual.

O PAI pode ser estruturado em quatro etapas: 1) identificação das demandas, 2) definição de metas, ações e intervenções de curto, médio e longo prazo, 3) divisão de responsabilidades entre profissionais, idosos e familiares/cuidadores e 4) reavaliação (Brasil, 2018a). Assim, monitorar o PAI diz respeito a assegurar que este seja executado conforme o planejado e reavaliado periodicamente.

A Figura 7 destaca diretrizes necessárias para a implantação do indicador “Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa”.

Figura 7 - Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa”, São Paulo - 2020

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Oportuno mencionar que a Sociedade Britânica de Geriatria (BGS) descreve que para atingir a eficácia do plano de atenção, esse deve ser elaborado conjuntamente entre o profissional e o idoso, percorrendo quatro etapas: elaboração, discussão, documentação e revisão, e deve conter as necessidades, os objetivos e as ações (BGS, 2019).

A referida Sociedade indica que, na proposição dos objetivos, seja utilizado o acrônimo SMART - ***Specific*** (especificidade - explicitar quem vai fazer o que e quando), ***Measurable*** (mensurável - considerar como os profissionais podem auxiliar o idoso para verificar se os objetivos estão sendo alcançados), ***Achievable*** (exequível - garantir que as metas sejam atingíveis, considerando as possibilidades do idoso), ***Relevant*** (relevante - o PAI deve ser expressivo para o idoso na sua atual situação) e ***Timely*** (oportuno – fazer a diferença para o idoso dentro de um tempo relevante e ser revisado no prazo oportuno).

Indicador Avaliação da capacidade funcional do idoso

A capacidade funcional, como uma medida de funcionalidade global da pessoa idosa, é apontada como uma meta do cuidado e um indicador de saúde dessa população (Brasil, 2006, 2018a).

A Organização Mundial da Saúde (2015) considera que a manutenção e o desenvolvimento da capacidade funcional oportunizam o bem-estar em idade avançada, resultando em um envelhecimento saudável.

Na literatura, encontra-se uma diversidade de instrumentos destinados a avaliar a capacidade funcional dos idosos, com destaque para a Escala de Katz (avaliação das ABVD) e a Escala de Lawton (avaliação das AIVD).

A primeira avalia as atividades de autocuidado, como banho, vestimenta, utilização de vaso sanitário, transferência, continência e alimentação, para as quais há uma classificação nos graus de independência, dependência parcial e dependência total (Katz et al., 1963; Duarte, Andrade, Lebrão, 2007).

A segunda é composta por nove questões que averiguam o desempenho do idoso em atividades internas e externas ao ambiente domiciliar, de acordo com a necessidade ou não de ajuda para realizar atividades como: utilizar telefone e transporte, efetuar compras e trabalhos manuais, preparar as refeições, lavar e passar roupa, arrumar a casa, tomar medicações no horário e dose corretos e administrar as

finanças (Lawton, Brody, 1969; Santos, Virtuoso Júnior, 2008).

Quanto à classificação dos idosos de acordo com sua funcionalidade, o MS recomenda que três perfis sejam observados: perfil 1 – pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as AVD, perfil 2 – pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as AVD e perfil 3 – pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar AVD (Brasil, 2018a).

O ciclo para implantação do indicador “Avaliação da capacidade funcional do idoso” é demonstrado na Figura 8.

Figura 8 - Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Avaliação da capacidade funcional do idoso”, São Paulo - 2020

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Indicador Avaliação da função cognitiva do idoso

O comprometimento das funções cognitivas pode levar a doenças neurodegenerativas que impactam negativamente na saúde pública (Oliveira et al., 2014).

O *déficit* cognitivo afeta a participação do idoso nas atividades sociais e ocupacionais e, conseqüentemente, a sua funcionalidade e se configura como um preditor de declínio funcional (Millán-Calenti, 2012). Por essa razão, a literatura recomenda que, concomitantemente à avaliação cognitiva, seja executada a avaliação funcional (Mello, Haddad, Dellaroza, 2012; Ferreira et al., 2014).

Para proceder à avaliação cognitiva, diversas escalas de rastreio podem ser empregadas pelos profissionais, desde que capacitados. Dentre essas, destacam-se o *10-Point Cognitive Screener* (Apolinário et al., 2016) e o Teste do Desenho do Relógio (Sunderland et al., 1989; Atalaia-Silva, Lourenço, 2008), por sua rapidez na aplicação e baixo custo de utilização.

O primeiro teste, validado no Brasil, avalia orientação temporal, fluência verbal e memória/evocação, com ajustes para baixa escolaridade, o que possibilita seu uso de forma ampla. O escore avalia a cognição em normal, com comprometimento cognitivo possível ou com comprometimento cognitivo provável (Apolinário et al., 2016).

O Teste do Desenho do Relógio avalia memória semântica, função executiva, orientação visuoespacial e habilidade visuoconstrutiva. Sua aplicação traduz-se em oferecer uma folha de papel em branco e um lápis e orientar o idoso a desenhar um mostrador de relógio analógico, seus ponteiros e números e marcar 11h10 ou 2h50 (Sunderland et al., 1989; Atalaia-Silva, Lourenço, 2008).

O ciclo para implantação do indicador “Avaliação da função cognitiva do idoso” é exposto na Figura 9.

Figura 9 - Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Avaliação da função cognitiva do idoso”, São Paulo - 2020

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Indicador Participação dos idosos nas atividades socioculturais

O bem-estar social é um dos componentes do conceito de saúde, além do bem-estar físico e mental (WHO, 1948, 2006). Por isso, a Organização Mundial da Saúde (2015), em seu Informe Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, indicou que a oferta de oportunidades de participação social é uma das ações que pode ser incluída nas políticas públicas direcionadas à promoção do envelhecimento saudável.

Dessa forma, entende-se a promoção de atividades socioculturais como uma ação educativa, que promove a participação social e melhora a qualidade de vida, ao propiciar recursos emocionais, aumento da autoestima e melhor saúde (República Portuguesa, 2017).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável em Portugal apresenta duas intervenções essenciais para oportunizar a participação social dos idosos: a educação e formação ao longo do ciclo de vida e o desenvolvimento de

ambientes favoráveis à integração e à participação (República Portuguesa, 2017).

Nesse contexto, as instituições que atendem idosos devem constituir-se como ambientes promissores no que concerne a facultar atividades sociais, culturais, de lazer e espirituais, de modo a possibilitar aos idosos exercerem suas competências pessoais e manterem relações afetivas e construir uma rede de apoio (OMS, 2009).

Um estudo sobre a percepção dos idosos relacionada à sua frequência em centros dia identificou que as três principais experiências estavam, prioritariamente, relacionadas ao âmbito social: estabelecimento de relações sociais com outros usuários, fortalecimento do relacionamento com a equipe e participação e aproveitamento das atividades e serviços (Dabelko-Schoeny, King, 2010).

Dada a importância da participação em atividades socioculturais para os idosos, o ciclo para implantação do indicador “Participação dos idosos nas atividades socioculturais” é apresentado na Figura 10.

Figura 10 - Ciclo de Diretrizes para subsidiar a implantação do indicador “Participação dos idosos nas atividades socioculturais”, São Paulo - 2020

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os indicadores são medidas quantitativas para monitorar a qualidade do serviço. A interpretação dos seus resultados deve ser complementada com uma avaliação qualitativa do contexto, para desvelar os porquês dos dados obtidos, apoiando a proposição de ações de melhoria em curto, médio e longo prazo e a reavaliação periódica.

Espera-se que a Proposta ora apresentada possa consolidar o emprego de ferramentas de qualidade e avaliação de serviços com base nas necessidades das pessoas idosas, seus familiares e cuidadores e nas metas definidas pelos CDI. Dessa forma, busca-se aprimorar a gestão desses serviços, alcançando o máximo de eficiência, efetividade e eficácia (Tamaki et al., 2012).

No entender de Oliveira e Reis (2016), para avaliar a eficiência, que é relativa aos recursos, propõe-se medir os resultados alcançados e os custos executados; a eficácia, representada pelo alcance das metas, envolve contrapor os objetivos propostos e os atingidos e, finalmente, a efetividade - o efeito ou impacto causado por uma ação - é verificada ao se comparar a situação anterior com a atual.

7 Conclusão

Conclusão

Esta investigação permitiu construir e validar indicadores que compõem uma ferramenta de gestão para o monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos.

As fases percorridas no processo de construção e validação de conteúdo sustentaram o arcabouço teórico com base na revisão, na análise crítica e reflexiva da literatura e nas evidências científicas encontradas, e viabilizaram a seleção e a constituição de comitê de especialistas com ampla experiência e conhecimento no objeto da presente pesquisa.

O comitê de especialistas foi caracterizado por profissionais com bacharelado em enfermagem, terapia ocupacional e gerontologia, adultos, com tempo médio de formação de 20 anos ($dp = 10,7$), com pós-graduação *stricto sensu* e atuação na área de gestão.

Nesse aspecto, considera-se que a participação desses profissionais foi imprescindível para aprimorar os elementos conceituais e estruturantes relacionados aos indicadores e reajustá-los, a fim de torná-los passíveis de aplicação em centros dias e subsidiar a elaboração e implantação de estratégias destinadas à melhoria da qualidade assistencial.

As etapas na primeira fase propiciaram a elaboração de seis indicadores: um de estrutura (Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos); três de processo (Monitoramento do plano de atenção individual, Avaliação da capacidade funcional do idoso e Avaliação da função cognitiva do idoso) e dois de resultado (Educação permanente para os profissionais e Participação dos idosos nas atividades socioculturais), submetidos a duas rodadas de avaliação entre os especialistas.

Na segunda fase, cada indicador foi submetido ao julgamento do conteúdo do Manual Operacional, dos atributos e dos componentes, totalizando 162 itens avaliados, sendo que 156 (96%) obtiveram índice de consenso $\geq 80\%$.

Relativo ao julgamento do conteúdo do Manual Operacional, os menores consensos foram para numerador (50%), tipo de indicador (67%) e critérios para qualificar os dados (67%), no indicador Educação permanente para os profissionais, e os maiores foram verificados para fundamentação teórica relevante (100%).

Nesse julgamento, os indicadores com os maiores índices foram Monitoramento do plano de atenção individual, Adaptação ergonômica e ambiental e Avaliação da função cognitiva do idoso.

Conclusão

No julgamento dos atributos dos indicadores, o menor índice correspondeu à sensibilidade (88%), no indicador Monitoramento do plano de atenção individual. Os maiores índices ocorreram para o atributo exequível. O indicador que obteve os maiores valores de consenso foi Adaptação ergonômica e ambiental.

Quanto aos componentes dos indicadores, o valor mínimo obtido correspondeu a 67% e o máximo a 100%; os menores índices foram para pertinência (67%), no indicador Avaliação da capacidade funcional do idoso e para simplicidade (67%) e objetividade (67%), no indicador Educação permanente para os profissionais. Este último foi o indicador que obteve os menores IC.

No que tange ao elemento estrutura do modelo avaliativo Donabedian, pode-se constatar que o indicador relativo a este componente (Adaptação ergonômica e ambiental) foi o que apresentou os melhores IC, variando de 89% a 100%.

O indicador Educação permanente para os profissionais não foi validado, devido aos itens com consenso < 80%, a saber: tipo de indicador, numerador, critérios para qualificar os dados, simplicidade e objetividade.

Dessa maneira, a ferramenta de gestão produzida é constituída pelos cinco indicadores validados:

- Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos (estrutura);
- Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa (processo);
- Avaliação da capacidade funcional do idoso (processo);
- Avaliação da função cognitiva do idoso (processo);
- Participação dos idosos nas atividades socioculturais (resultado).

8 Considerações finais

Considerações finais

Esta pesquisa demonstrou que, ainda, há lacunas relacionadas à sistematização dos processos de trabalho em centros dia, bem como a consecução de seus objetivos, população alvo e atividades desenvolvidas. Além disso, são escassos os dados que retratam a qualidade e os modelos de gestão, tornando-se desafios a serem transpostos nessa modalidade de atenção.

Destarte, construir ferramentas destinadas ao monitoramento e à gestão da qualidade em CDI é algo complexo, todavia instigante, visto que esses serviços apresentam fragilidades estruturais e de regulamentação em âmbito nacional, o que inviabiliza a obtenção de dados elementares, como o quantitativo de serviços, a natureza jurídica, o dimensionamento de profissionais (quanti e qualitativamente), as atividades desenvolvidas, a demanda dos usuários, os resultados alcançados, dentre outros.

Esse cenário foi, muitas vezes, apontado nos comentários e sugestões dos especialistas, sendo corroborado pela não validação do indicador de educação permanente para os profissionais, que buscava averiguar o resultado das ações educativas promovidas pelo CDI, por meio do número de profissionais participantes.

De acordo com os especialistas, não há clareza em relação à formação dos profissionais atuantes em CDI, ao dimensionamento de pessoal, ao tipo de vínculo trabalhista e fonte de contratação. Contudo, a educação permanente para os profissionais foi reconhecida pelos juízes como necessária e essencial para consolidar as atividades executadas e o alcance da qualidade.

Para além do que foi mencionado, a formação de profissionais voltada para a temática do envelhecimento, como preconizado pela Política Nacional do Idoso, é fundamental para responder adequadamente às demandas desse contingente populacional, especialmente no que tange aos trabalhadores que atuam na gestão de serviços, que devem desenvolver habilidades gerenciais e promover a atenção integral ao idoso.

Nesse sentido, entende-se que o indicador referente à educação permanente para profissionais atuantes em centros dia deve ser debatido, revisto e objeto de futuros estudos.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à necessidade da aplicação e consolidação dos indicadores na prática, no intuito de aprimorar a ferramenta. Nessa ótica, é imperativo delinear um caminho consonante ao registro sistematizado de

Considerações finais

informações fidedignas e pertinentes, envolvendo a participação dos trabalhadores, uma vez que não há como calcular e interpretar os resultados advindos dos indicadores, sem tais quesitos.

Reconhece-se que os produtos desta investigação não esgotam as ações desenvolvidas em centros dia, e outras poderão ser incorporadas e construídas como indicadores, integrando o rol de indicadores e legitimando, assim, as atividades e intervenções que permeiam cada serviço.

Contudo, acredita-se que a presente pesquisa é uma inovação no que tange ao monitoramento da qualidade de serviços e traz avanços significativos para a qualificação do cuidado e da gestão em CDI.

Outrossim, o emprego dos indicadores requer o empenho de todos os atores envolvidos, idosos, familiares, cuidadores, profissionais e gestores para que, de fato, possam fomentar a melhoria contínua do serviço e atingir os melhores resultados para o usuário.

Além disso, espera-se que esta investigação estimule o desenvolvimento de novas pesquisas, direcionadas ao estabelecimento das melhores práticas em CDI, dirigindo a atenção para a importância de estudos de avaliação em saúde com evidências consistentes, que subsidiem a qualidade assistencial e a formulação de políticas públicas direcionadas à população que envelhece.

No que tange ao ensino, é desejável que a formação dos profissionais nos cursos de especialização, graduação e pós-graduação em gerontologia e geriatria incluam temas relativos ao monitoramento e avaliação da qualidade em suas grades curriculares.

As limitações desta investigação residem na dificuldade inicial em selecionar os especialistas de acordo com os critérios de inclusão, em função da escassez de profissionais atuantes na gestão de centros dias e em diferentes áreas do conhecimento, e na ausência de resposta ao convite para compor o comitê. Outro ponto relaciona-se à manutenção do mesmo quantitativo de juízes na segunda rodada.

Cabe destacar que a participação dos especialistas em rodadas subsequentes estava prevista e explicitada na carta convite, e que a pesquisadora realizou inúmeros contatos com os profissionais para incentivar o retorno, bem como acordou um prazo maior para a devolução do material.

Considerações finais

Por fim, ao concluir este estudo, reforça-se a multiplicidade de componentes envolvendo o monitoramento da qualidade e a avaliação em CDI, tornando-se imperativo aprofundar o conhecimento da realidade desses serviços, considerando prerrogativa dos profissionais, gestores e governantes a responsabilidade de implementação de programas e ações eficazes, impactando nos resultados almejados na atenção integral à saúde do idoso.

Referências

Referências

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8.

Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2015;11(3):332–84 [cited 2019 Jun. 22]. Available from: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>.

Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JR, Jacob-Filho W, Brucki SM. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(1):4-12. DOI: 10.1002/gps.4282.

Aprahamian I, Biella MM, Vanderlinde F. Rastreio cognitivo em idosos. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 133.

Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT; 2015 [citado 2018 Abr. 24]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/ABNT%209050%202015.pdf>.

Atalaia-Silva KC, Lourenço RA. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. *Rev Saude Publ*. 2008;42(5):930-7.

Bellucci JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):751-7.

Bocchi SCM, Andrade J, Juliani CMCM, Berto SJP, Spiri WC. Entre o fortalecimento e o declínio do vínculo voluntário-idoso dependente em um centro-dia. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):757-64.

Boukdedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *Plos one*. 2011;6(6):e20476. [cited 2019 Dec. 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111406/pdf/pone.0020476.pdf>.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 2.854, de 19 de julho de 2000. Institui modalidades de atendimento que observem o contido na Política Nacional de Assistência Social. In: Brasil. Secretaria de Estado de Assistência Social. Brasília; 2000a.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000. Altera dispositivos da Portaria nº 2.854. In: Brasil. Secretaria de Estado de Assistência Social. Brasília; 2000b.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. In: Brasil. Secretaria de Estado de Assistência Social. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 3ª ed. 2ª reimpr. In: Brasil. Ministério

Referências

da Saúde. Brasília; 2013 [citado 2019 Dez. 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília; 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Idoso. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. In: Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? In: Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília; 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Subsídio para o 2º Encontro. In: Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília; 2009b.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. In: Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília; 2009a.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília; 1994.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. In: Brasil. Presidência da República. Brasília; 1996.

British Geriatrics Society, BGS. Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners. London: BGS; 2019 [cited 2020 Jan. 07]. Available from:

Referências

https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2019-02-08/BGS%20Toolkit%20-%20FINAL%20FOR%20WEB_0.pdf.

Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 5.

Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-92.

Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*. 2002; 326(7393):816-9.

Canova ESB. A experiência de familiares de idosos em centros dia para idosos: uma abordagem compreensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2019.

Castro AV, Rezende M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa em enfermagem: revisão bibliográfica. *Rev Min Enferm*. 2009;13(3):429-34.

Cezar ALS. Desenvolvimento e validação de conteúdo da Avaliação Multidimensional do Idoso do Plano de Atenção Gerontológica [dissertação]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2018.

Chaimowicz F, Camargos MCS. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013. p.74-98.

Costa JA, Fugulin FMT. Atividades de enfermagem no centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):249-56.

Coutinho SS, Freitas MA, Pereira MJB, Veiga TB, Ferreira M, Mishima SM. O uso da técnica delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Baiana Saude Publ*. 2013;37(3):582-96.

Dabelko-Schoeny H, King S. In their own words: Participants' perceptions of the impact of adult day services. *J Gerontological Social Work*. 2010;53:176-92.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessments: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull*. 1992;18(11):356-60.

Referências

- Donabedian, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985.
- Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317-25.
- Ellen ME, Demaio P, Lange A, Wilson MG. Adult day center programs and their associated outcomes on clients, caregivers, and the health system: a scoping review. *Gerontologist*. 2017;57(6):e85-e94.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
- Fabrizi A. Centro dia para idosos frágeis: recursos para a promoção da qualidade de vida. *Estud interdiscipl envelhec*. 2013;18(2):227-55.
- Fernandes MVL, Lacerda RA, Hallage NM. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção urinária associada a cateter. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):174-89.
- Fernandes MVL. Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):247-51.
- Fields NL, Anderson KA, Dabelko-Schoeny H. The effectiveness of adult day services for older adults: a review of the literature from 2000-2011. *J Appl Gerontol*. 2014;33:130-63.
- Fratezi FR, Tronchin DMR. Validación de las actividades desarrolladas en centros de día para ancianos: contribuciones a la evaluación de la calidad. *Enferm Glob*. [Internet]. 2018;17(52):202-51 [citado 2019 Ago. 14]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400202&lng=es.
- Fratezi FR. Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
- Freitas EV, Costa EFA, Galera SC. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 15.
- Fuentes SAMPS, Figueiredo D, Mercadante EF, Lodovici FMM, Cervený CMO. A importância de capacitar, e formar pessoas que trabalham com idosos em centros-dia. *Rev Kairós Gerontol*. 2014;17(3):233-51.

Referências

Gendrom TL, Pryor JM, Welleford EA. Lessons learned from a program evaluation of a statewide continuing education program for staff members working in assisted living and adult day care centers in Virginia. *J Appl Gerontol*. 2017;36(5):610-28.

Gutierrez BAO, Silva HS, Guimarães C, Campino AC. Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? *Cienc Saude Colet*. 2014;19(11):4479-86.

Hara CH. Centro dia para pessoas idosas: implantação versus ordenamento legal [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.

Hohmann E, Cote MP, Brand JC. Research pearls: expert consensus based evidence using the delphi method. *Arthroscopy*. 2018;34(12):3278-82. DOI: 10.1016/j.arthro.2018.10.004.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 2012 Abr. 16]. Disponível em: www.ibge.gov.br.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções das populações. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

Instituto da Segurança Social. Manual de processos-chave centro de dia. 2ª ed. Portugal: Instituto da Segurança Social; 2010.

Jarrott S, Ogletree AM. Adult day services outcomes: delphi review of an integrated participant assessment system. *J Appl Gerontol*. 2016.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Characteristics of clinical indicators. *QRB Qual Rev Bul*. 1989;15(11):330-9.

Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;12:914-9.

Kelly R. The effect of adult day program attendance on emergency room registrations, hospital admissions, and days in hospital: a propensity-matching study. *Gerontologist*. 2017;57:552-62.

Lawton, MP, Brody, EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.

Referências

- Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011 .p.1441-8.
- Lima-Costa MF, Mambrini JV, Peixoto SV, Malta DC, Macinko J. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15:137.
- Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saude Publ*. 2017;51:S1-6.
- Lunt C, Dowrick C, Lloyd-Williams M. The role of day care in supporting older people living with long-term conditions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2018;12(4):510-15.
- Lynn MR. Determination and qualification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30.
- Marques JBV, Freitas D. Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*. 2018;29(2),389-415. [citado 2018 Dez. 09]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
- Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Sci Health Sci*. 2012;34(1):95-102.
- Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(1):197-201.
- Moraes EM. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):307-8 [citado 2019 Dez. 09]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403852162001.pdf>.
- Nakamura AL, Lodovici FMM. Atividades tecnológicas em centros-dia para idosos - um relato de experiência. *Rev Kairós Gerontol*. 2017;20(4):443-57.
- Neri AL. Capacidade funcional. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Editora Alínea; 2014b. p.111-8.
- Neri AL. Envelhecimento. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Editora Alínea; 2014a. p.135-40.
- Neumann LTV, Albert SM. Aging in Brazil. *The Gerontologist*. 2018;58(4):611-7.
- Nicole AG, Tronchin DMR. Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):206-14.

Referências

Nunes BP, Batista SRR, Bof de Andrade F, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 2018;52 Supl 2:10s.

Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thume E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:130-8.

Oliveira AEF, Reis RS. *Gestão Pública em Saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA; 2016.

Oliveira RS, Trezza BM, Busse AL, Jacob-Filho W. Learning effect of computerized cognitive tests in older adults. *Einstein*. 2014;12(2):149-53.

Orellana K; Manthorpe J; Tinker A. Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing Society*. 2020;40:73-104 [cited 2020 Jan. 20]. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/5cd7/b264ce120f6a6f96b03136e505ecb452668e.pdf?_ga=2.9095740.802931897.1577378801-738254472.1575461394. DOI:10.1017/S0144686X18000843.

Organização Mundial da Saúde, OMS. *Guia Global Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009.

Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS. *A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS; 2004 [citado 2013 Dez. 09]. Disponível em: <http://hinfo.humaninfo.ro/gsd/healthtecdocs/documents;s16576p/s16576p/pdf>.

Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS. *Guia clínica para atención primaria a las personas mayores*. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.

Organización Mundial de la Salud, OMS. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Genebra: OMS; 2015 [citado 2016 dez. 08]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

Pan American Health Organization. PAHO. *Health status of the population: health of older persons* [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2016 [cited 2020 Jan. 08]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=1627&lang=en>.

Pan-American Health Organization, PAHO. 57th Direct Council. 71st Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. *Plan of action on the health of older persons, including active and healthy aging: final report*. Washington, DC: Pan-American Health Organization; 2019 [cited 2020 Jan. 08]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49691-cd57-inf-9-e-poa-older-persons&category_slug=cd57-en&Itemid=270&lang=en.

Papaléu-Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 1.

Referências

- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Pringle M, Wilson T, Grol R. Measuring “goodness” in individuals and healthcare systems. *BMJ*. 2002;325(7366):704-7.
- Quintans JR. Percepção de idosos atendidos em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família: abordagem etnográfica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.
- República Portuguesa. Serviço Nacional de Saúde. Diretoria Geral de Saúde. Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. In: República Portuguesa. Serviço Nacional de Saúde. Lisboa; 2017.
- Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia, EMC. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Cienc Saude*. 2015;22(2):16-21.
- Rio Grande do Sul. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Monitoramento de indicadores de saúde: uma proposta conceitual e metodológica. Manual de orientações técnicas. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; 2007 [citado 2020 Jan. 08]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1194978734327Manual%20de%20Monitorament%20de%20Indicadores%20de%20Sa%FAde.pdf>.
- Ruggiano N, Brown E, Fortuna KL. Adult Day Service Providers: Untapped Potential for Care Coordination. *Nursing Health Sciences Resear J*. 2018;1(1):46-52. [cited 2020 Jan 07]. Available from: <https://scholarlycommons.baptisthealth.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1021&context=nhsrj>.
- Ryan A, Wallace E, O'Hara P, Smith SM. Multimorbidity and functional decline in community dwelling adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(1):168.
- Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*. 2013;35:75-83.
- Santos RL, Virtuoso Júnior, JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*. 2008;21(4):290-6.
- São Paulo (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso - “Centro Novo Dia”. In: São Paulo. Secretaria de Desenvolvimento Social. São Paulo (Estado); 2014.
- São Paulo (Município). Lei nº 15.809, de 14 de junho de 2013. Institui o Programa Social Centro Dia do Idoso, no âmbito do Município de São Paulo, e dá outras providências. In: São Paulo. Secretaria do Governo Municipal. São Paulo (Município); 2013.
- São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 005/2019. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as normas sanitárias de funcionamento dos

Referências

Centros Dia para pessoas idosas, públicos ou privados. In: São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo (Município); 2019.

Scarpato AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. 2012;13(1):242-51.

Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Rev Estudos Psicol*. 2008;4(25):585-93.

Silva CPR, Lacerda RA. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. *Rev Saude Publ* [online]. 2011;45(1):121-8 [citado 2018 Mai. 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1955.pdf>.

Silva CPR. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Silva KM. Construção de indicadores de qualidade para avaliação da assistência ao usuário com úlceras crônicas na atenção básica [doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.

Simeão SFAP, Martins GAL, Gatti MAN, Conti MHS, Vitta A, Marta SN. Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3923-34. DOI: 10.1590/1413-812320182311.21742016.

Simões CCS. Breve histórico do processo demográfico. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. p.39-73.

Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, Grafman JH. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:725-9.

Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):839-49.

Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):821-8.

Tilden VP, Nelson CA, May BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nurs Res*. 1990;39(3):172-5.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30(3):542-6.

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade

Referências

de São Paulo; 2011.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World population prospects: the 2017 revision. New York; 2017 [cited 2019 Jul. 17]. Available from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saude*. 2012;21(4):539-48.

Veras R, Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1929-36.

Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cien Saude Colet*. 2012;17(1):231-38.

Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.

Vituri DW. Avaliação como princípio da gestão da qualidade total: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.

Williams C, Tappen R, Wiese L, Newman D, Corbett M, Pinos S, Curtis B, Murray B. Stress in Persons with Dementia: Benefits of a Memory Center Day Program. *Arch Psychiatric Nursing*. 2016;30:531-38.

World Health Organization, WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: WHO; 1948.

World Health Organization, WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. 45ª ed. Geneva: WHO; 2006 [cited 2015 Abr. 20]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

World Health Organization, WHO. Interesting facts about ageing. Geneva: WHO; 2012 [cited 2013 Jun. 20]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>.

Yamaguchi MB, Silva J, Lins CL, Conceição MF, Oliveira SS, Camasmie A, Chade LD. Perfil dos idosos do centro-dia para idosos "A Mão Branca". *Rev Kairós Gerontol*. 2018;21(2):393-405.

Yousuf MI. Using experts' opinions through delphi technique. practical assessment, research & evaluation. 2007;12(4) [cited 2018 Jun. 20]. Available from: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=4>.

Apêndices

APÊNDICE A – MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR 1 – MONITORAMENTO DO PLANO DE ATENÇÃO INDIVIDUAL

- **Título do indicador**

Monitoramento do plano de atenção individual (1-MPAI).

- **Descrição**

Monitorar e avaliar o Plano de Atenção Individual (PAI) refere-se às respostas do centro dia às necessidades/demandas do idoso, identificadas na sua admissão e a cada reavaliação do PAI (ISS, 2010). O PAI é uma estratégia para organizar, planejar, implementar e monitorar as ações e intervenções necessárias à melhoria ou manutenção da capacidade funcional do idoso. Preferencialmente, sua elaboração deve ser compartilhada entre idoso, seus familiares/cuidadores e os profissionais do centro dia. No Plano devem estar descritos: necessidades de saúde, psicológicas e sociais do idoso (o quê?); intervenções necessárias para responder às necessidades (como?); justificativas para realizar tais intervenções (por quê?); profissionais envolvidos (quem?); equipamentos de saúde ou sociais necessários para implementar as intervenções (onde?). A elaboração do PAI é composta pelas seguintes etapas: avaliação, planejamento, coordenação e implementação das ações, e monitoramento e avaliação do plano de atenção (Brasil, 2006; Moraes, 2012).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

- Instituto da Segurança Social, ISS. Manual de processos-chave centro de dia. 2ª ed. Portugal: Instituto da Segurança Social; 2010.

- Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

- **Tipo de indicador**

Processo.

- **Numerador**

Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos seis meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de monitoramento} & & \text{Número de planos de atenção individual} \\ \text{do plano de atenção individual} & = & \frac{\text{monitorados nos últimos seis meses}}{\text{Número total de idosos frequentadores}} \quad \times \quad 100 \\ & & \text{há seis meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array}$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

Apêndices

• Fontes de informação

Bases de dados institucionais, nas quais constam as datas de admissão e de reavaliação do plano de atenção individual.

• Critérios para qualificar os dados obtidos

Deve-se considerar o registro da avaliação e monitoramento do plano de atenção individual, realizado por qualquer membro da equipe interprofissional. A ausência de registro indica que não houve monitoramento do plano no período considerado.

• Periodicidade da avaliação

Semestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR 1 - MONITORAMENTO DO PLANO DE ATENÇÃO INDIVIDUAL

Código	Componente	Evidência
I1-C1	Há registro de elaboração de plano de atenção individual na admissão.	C
I1-C2	Há registro de monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de seis meses.	C
I1-C3	Há registro das necessidades/demandas de saúde, psicológicas e sociais do idoso.	C
I1-C4	Há registro das intervenções necessárias para responder às necessidades identificadas.	C
I1-C5	Há registro da implementação das intervenções necessárias no prazo estabelecido no plano.	C
I1-C6	O plano de atenção foi elaborado de forma compartilhada entre idoso, familiares/cuidadores e profissionais do centro dia.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR 1 - MONITORAMENTO DO PLANO DE ATENÇÃO INDIVIDUAL

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Elaboração de plano de atenção individual na admissão.	Sim
Monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de seis meses.	Sim
Registro das necessidades/demandas de saúde, psicológicas e sociais do idoso.	Sim
Registro das intervenções necessárias para responder às necessidades identificadas.	Sim
Implementação das intervenções necessárias no prazo estabelecido no plano.	Sim
Elaboração do plano de forma compartilhada entre idoso, familiares/cuidadores e profissionais do centro dia.	Sim

Para avaliar o indicador *Monitoramento do plano de atenção individual*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Elaboração de PAI na admissão	Monitoramento do PAI no prazo máximo de seis meses	Registro das necessidades/ demandas do idoso	Registro das intervenções necessárias	Implementação das intervenções no prazo estabelecido	Elaboração do plano de forma compartilhada
Idoso 1						
Idoso 2						
Idoso 3						
Idoso 4						
Idoso 5						

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE B - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR 2 – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

- **Título do indicador**

Avaliação da capacidade funcional do idoso (2-ACFI).

- **Descrição**

Capacidade funcional refere-se à interação entre os atributos pessoais – físicos e mentais – e os fatores ambientais que permitem a uma pessoa realizar as atividades que são importantes para ela e que possibilitam sua sobrevivência (OMS, 2015). A capacidade funcional está relacionada com as atividades de vida diária (AVD) básicas e instrumentais. As atividades básicas de vida diária (ABVD) são aquelas relacionadas ao autocuidado (exemplos: tomar banho, alimentar-se, vestir-se, mover-se). As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) favorecem a independência e a participação na comunidade (exemplos: arrumar a casa, usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, administrar as finanças, gerenciar o uso dos medicamentos) (Freitas, Costa, Galera, 2016; Neri, 2014).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Freitas EV, Costa EFA, Galera SC. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 15.

- Neri AL. Capacidade funcional. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Editora Alínea; 2014. p.111-18.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 [citado 2016 dez 08]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

- **Tipo de indicador**

Processo.

- **Numerador**

Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos três meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de avaliação} & & \text{Número de idosos com avaliação da} \\ \text{da capacidade funcional} & = & \text{capacidade funcional realizada} \\ & & \text{nos últimos três meses} \\ & & \hline & & \text{Número total de idosos frequentadores} \\ & & \text{há três meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array} \quad \times \quad 100$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

Apêndices

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre a avaliação da capacidade funcional dos idosos e sua reavaliação.

- **Crítérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da avaliação da capacidade funcional por meio de instrumentos específicos, realizado por membro da equipe interprofissional. A ausência de registro indica que não houve avaliação da capacidade funcional.

- **Periodicidade da avaliação**

Trimestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR 2 - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

Código	Componente	Evidência
I2-C1	Há registro de avaliação da capacidade funcional na admissão.	C
I2-C2	Há registro de reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de três meses.	C
I2-C3	Aplica instrumento específico de avaliação da capacidade funcional.	B
I2-C4	Classifica os idosos em grupos, segundo o grau de funcionalidade.	B
I2-C5	Possui profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR 2 - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Avaliação da capacidade funcional na admissão.	Sim
Reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de três meses.	Sim
Aplicação de instrumento específico de avaliação da capacidade funcional.	Sim
Classificação dos idosos em grupos, segundo o grau de funcionalidade.	Sim
Possui profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional.	Sim

Para avaliar o indicador *Avaliação da capacidade funcional do idoso*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Avaliação da capacidade funcional na admissão	Reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de três meses	Aplicação de instrumento específico de avaliação da capacidade funcional	Classificação dos idosos em grupos, segundo o grau de funcionalidade	Profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional
Idoso 1					
Idoso 2					
Idoso 3					
Idoso 4					
Idoso 5					

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE C - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR 3 – ADAPTAÇÃO ERGONÔMICA E AMBIENTAL

- **Título do indicador**

Adaptação ergonômica e ambiental (3-AEA).

- **Descrição**

O ambiente é construído por valores objetivos, como função, cor, ventilação, temperatura, iluminação, e por valores subjetivos, relacionados à experiência de vida e sensação de bem-estar (Bestetti, 2014). Os fatores objetivos podem modificar ou qualificar um espaço, gerando ambientes acolhedores e estimulantes (Brasil, 2010). Ergonomia refere-se à compreensão das interações entre as pessoas e todos os aspectos relacionados à atividade humana, adaptando o ambiente às suas necessidades, limitações e habilidades para promover o bem-estar e melhorar seu desempenho (Abergo, 2000). A Norma Brasileira NBR 9050/2015 estabelece os critérios para acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos para proporcionar a utilização do ambiente de maneira segura, autônoma e independente (ABNT, 2015). No centro dia, o conforto ambiental e a acessibilidade devem ser componentes da autonomia e da qualidade de vida dos idosos, estimulando suas capacidades, relacionamentos e utilização do local (Brasil, 2001). Assim, a adaptação ergonômica e ambiental refere-se a modificar um espaço para que este se torne acessível (ABNT, 2015).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Associação Brasileira de Ergonomia, ABERGO. O que é ergonomia [citado 2018 mai. 07]. Disponível em: http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia.

- Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT; 2015.

- Bestetti MLT. Ambiência: espaço físico e comportamento. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(3): 601-10.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 jun. 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.

- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social, Secretaria de Políticas de Assistência Social, Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social, Gerência de Atenção à Pessoa Idosa. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Institui as normas de funcionamento dos serviços de atenção ao idoso no Brasil. In: Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Normas de funcionamento dos serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília; 2001.

- **Tipo de indicador**

Estrutura.

- **Numerador**

Número de espaços adaptados segundo a legislação vigente.

- **Denominador**

Número total de espaços verificados do centro dia sob avaliação.

Apêndices

• Cálculo do indicador

$$\begin{array}{l} \text{Índice de adaptação ergonômica} \\ \text{e ambiental} \end{array} = \frac{\text{Número de espaços adaptados} \\ \text{segundo legislação vigente}}{\text{Número total de espaços verificados} \\ \text{do centro dia sob avaliação}} \times 100$$

• População ou amostra

Todos os espaços internos e externos do centro dia em que haja circulação de idosos.

• Fontes de informação

Observação dos espaços internos e externos do centro dia.

• Critérios para qualificar os dados obtidos

Deve-se considerar a Norma Brasileira NRB 9050 vigente, estabelecida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

• Periodicidade da avaliação

Anual.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR 3 – ADAPTAÇÃO ERGONÔMICA E AMBIENTAL

Código	Componente	Evidência
I3-C1	Há espaço livre para circulação.	C
I3-C2	Há corrimão nas áreas de circulação.	C
I3-C3	Há pisos antiderrapantes.	C
I3-C4	Há sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível, quando necessário.	C
I3-C5	Há rampas para vencer desníveis, quando necessário.	C
I3-C6	Há porta com dimensão adequada, conforme descrito na legislação vigente.	C
I3-C7	Há iluminação natural e/ou artificial.	C
I3-C8	Há segurança contra incêndio.	C
I3-C9	Há móveis estáveis, robustos e leves.	C
I3-C10	Há assentos com altura adequada, segundo legislação vigente.	C
I3-C11	Há sanitários que contemplam as especificações da legislação vigente.	C
I3-C12	Há ventilação adequada.	C
I3-C13	Há ausência de sons acima de 120 dB.	C
I3-C14	Há sinalização direcional/informativa.	C
I3-C15	Há ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares.	C
I3-C16	Havendo escadas, suas dimensões são adequadas, conforme legislação vigente.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR 3 – ADAPTAÇÃO ERGONÔMICA E AMBIENTAL

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Há espaço livre para circulação.	Sim
Há corrimão nas áreas de circulação.	Sim
Há pisos antiderrapantes.	Sim
Há sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível, quando necessário.	Sim
Há rampas para vencer desníveis, quando necessário.	Sim
Há porta com dimensão adequada, conforme descrito na legislação vigente.	Sim
Há iluminação natural e/ou artificial.	Sim
Há segurança contra incêndio.	Sim
Há móveis estáveis, robustos e leves.	Sim
Há assentos com altura adequada, segundo legislação vigente.	Sim
Há sanitários que contemplam as especificações da legislação vigente.	Sim
Há ventilação adequada.	Sim
Há ausência de sons acima de 120 dB.	Sim
Há sinalização direcional/informativa.	Sim
Há ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares.	Sim
Havendo escadas, suas dimensões são adequadas, conforme legislação vigente.	Sim

Para avaliar o indicador *Adaptação ergonômica e ambiental*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Espaço livre para circulação	Corrimão nas áreas de circulação	Pisos antiderrapantes	Sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível	Rampas para vencer desníveis	Porta com dimensão adequada	Iluminação natural e/ou artificial	Segurança contra incêndio
Idoso 1								
Idoso 2								
Idoso 3								
Idoso 4								
Idoso 5								

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
- NA** Componente não atende ao parâmetro de referência.
- SR** Não há registro do componente.

Para avaliar o indicador *Adaptação ergonômica e ambiental*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Móveis estáveis, robustos e leves	Assentos com altura adequada	Sanitários que contemplam as especificações da legislação	Ventilação adequada	Ausência de sons acima de 120 dB	Sinalização direcional/ informativa	Ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares	Escadas com dimensões adequadas
Idoso 1								
Idoso 2								
Idoso 3								
Idoso 4								
Idoso 5								

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE D - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR 4 – EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS

- **Título do indicador**

Educação permanente para os profissionais (4-EPP).

- **Descrição**

A educação permanente refere-se à formação do profissional no seu cotidiano de trabalho, por meio de um processo sistemático e global que permite a reflexão das situações/problemas vivenciados na prática do dia a dia, transformando-os em aprendizagem. Além de promover a valorização do processo de trabalho no seu contexto, a educação permanente estimula a autonomia e a responsabilização das equipes de profissionais, a partir do reconhecimento e da busca de soluções compartilhadas. Assim, as organizações devem agregar os processos educativos de ensinar e aprender no seu cotidiano de trabalho (Davini, 2009). A educação permanente é um dos aspectos fundamentais da gerontologia educacional e auxilia os profissionais na identificação de demandas dos idosos para proporcionarem um cuidado mais adequado (Neri, Cachioni, 2004; Cachioni, Palma, 2006).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Cachioni M, Palma LS. Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e o idoso. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p.1456-65.

- Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

- Neri AL, Cachioni M. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. RBCEH. 2004;99-115.

- **Tipo de indicador**

Resultado.

- **Numerador**

Número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas pelo centro dia nos últimos seis meses.

- **Denominador**

Número total de profissionais contratados há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de educação} & & \text{Número de profissionais que participaram das} \\ \text{permanente para os profissionais} & = & \text{ações de educação permanente promovidas pelo} \\ & & \text{centro dia nos últimos seis meses} \\ & & \hline & & \text{Número total de profissionais contratados há} \\ & & \text{seis meses ou mais do centro dia sob avaliação} \end{array} \quad \times 100$$

Apêndices

- **População ou amostra**

Todos os profissionais contratados há seis meses ou mais do centro dia, independentemente do tipo de contratação.

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre as ações de educação permanente desenvolvidas no centro dia e profissionais que participaram.

- **CrITÉRIOS para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da participação dos profissionais nas ações de educação permanente promovidas pelo centro dia, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação de profissionais nas ações de educação permanente.

- **Periodicidade da avaliação**

Semestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR 4 - EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS

Código	Componente	Evidência
I4-C1	Há registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais.	C
I4-C2	Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente.	C
I4-C3	Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas.	B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR 4 - EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Há registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais.	Sim
Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente.	Sim
Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas.	Sim

Para avaliar o indicador *Educação permanente para os profissionais*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais	Lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente	Avaliação das ações de educação permanente promovidas
Idoso 1			
Idoso 2			
Idoso 3			
Idoso 4			
Idoso 5			

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE E - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR 5 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA DO IDOSO

- **Título do indicador**

Avaliação da função cognitiva do idoso (5-AFCI).

- **Descrição**

A avaliação cognitiva é um processo extenso de avaliação das funções mentais para verificar se o envelhecimento cognitivo está ocorrendo de forma normal ou patológica. As funções cognitivas, como atenção, orientação, memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, raciocínio, linguagem e outras, são essenciais para manter a autonomia e a independência dos idosos. A avaliação cognitiva deve ser realizada por profissional treinado e requer algumas etapas, como: entrevista clínica; aplicação de testes e escalas para avaliação cognitiva, funcional e de humor; exame físico; e exames laboratoriais complementares. Caso sejam identificadas alterações nas funções cognitivas, o idoso deve ser encaminhado para uma avaliação mais abrangente e acompanhamento clínico (Aprahamian, Biella, Vanderlinde, 2016).

A estimulação cognitiva refere-se a uma intervenção que busca estimular e reforçar as funções cognitivas, visando a prevenir ou diminuir perdas e manter a funcionalidade e a independência (Abreu, Tamai; Pinheiro, Gomes, 2014). Ela está associada ao aumento do desempenho em testes cognitivos e da autonomia e à diminuição do risco de declínio cognitivo, de demência e de sintomas depressivos, e deve ser um componente essencial do cuidado ao idoso (Apóstolo et al., 2011; Vidovich, Almeida, 2011; Gelber et al., 2012; Wang et al., 2012).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Aprahamian I, Biella MM, Vanderlinde F. Rastreio cognitivo em idosos. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 133.

- Abreu VPS, Tamai SAB. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p.1162-69.

- Pinheiro SB; Gomes ML. Efeitos das atividades lúdicas no idoso com alteração no cognitivo leve: uma revisão de literatura. Rev Pesq Fisioter. 2014;4(1):71-7.

- Apóstolo JLA, Cardoso DFB, Marta LMG, Amaral TIO. Efeito da estimulação cognitiva em idosos. Rev Enferm Ref. 2011;3(5):193-201.

- Vidovich M, Almeida OP. Cognition-focused interventions for older adults: the state of play. Australas Psych. 2011;19(4):313-6.

- Wang HX, Xu W, Pei JJ. Leisure activities, cognition and dementia. Biochimica et Biophysica Acta; 2012. p. 482-91.

- Gelber RP, Petrovitch H, Masak KH, Abbott RD, Ross GW, Launer LJ et al. Lifestyle and the risk of dementia in Japanese-american men. J Am Geriatr Soc. 2012;60(1):118-23.

- **Tipo de indicador**

Processo.

Apêndices

- **Numerador**

Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos três meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de avaliação da função} & & \text{Número de idosos com avaliação da} \\ \text{cognitiva do idoso} & = & \text{função cognitiva realizada} \\ & & \text{nos últimos três meses} \\ & & \text{Número total de idosos frequentadores} \\ & & \text{há três meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array} \quad \times \quad 100$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre a avaliação da função cognitiva e sua reavaliação.

- **Crítérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da avaliação da função cognitiva por meio de instrumentos específicos, realizado por membro da equipe interprofissional. A ausência de registro indica que não houve avaliação da função cognitiva.

- **Periodicidade da avaliação**

Trimestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR 5 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA DO IDOSO

Código	Componente	Evidência
I5-C1	Há registro de avaliação da função cognitiva na admissão.	C
I5-C2	Há registro de reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de três meses.	C
I5-C3	Aplica instrumento específico de avaliação da função cognitiva.	B
I5-C4	Promove atividades de estimulação cognitiva para os idosos.	B
I5-C5	Possui profissional capacitado para realizar avaliação da função cognitiva.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR 5 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA DO IDOSO

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Avaliação da função cognitiva na admissão.	Sim
Reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de três meses.	Sim
Aplicação de instrumento específico de avaliação da função cognitiva.	Sim
Promoção de atividades de estimulação cognitiva para os idosos.	Sim
Possui profissional capacitado para realizar avaliação da função cognitiva.	Sim

Para avaliar o indicador *Avaliação da função cognitiva do idoso*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Avaliação da função cognitiva na admissão	Reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de três meses	Aplicação de instrumento específico de avaliação da função cognitiva	Atividades de estimulação cognitiva para os idosos	Profissional capacitado para realizar avaliação da função cognitiva
Idoso 1					
Idoso 2					
Idoso 3					
Idoso 4					
Idoso 5					

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE F - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR 6 – PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS

- **Título do indicador**

Participação dos idosos nas atividades socioculturais (6-PASC).

- **Descrição**

As atividades socioculturais são desenvolvidas por pessoas, grupos ou instituições com o objetivo de promover a participação ativa das pessoas em seu processo de desenvolvimento social e/ou cultural. No âmbito social, essas atividades auxiliam na redução das desigualdades sociais, garantia da liberdade de expressão, estimulação do desenvolvimento social e comunitário, formação da consciência coletiva e melhora da qualidade de vida. No aspecto cultural, elas contribuem para o desenvolvimento cultural, a igualdade de oportunidades de participação, o aumento da inovação cultural e a criação de espaços culturais (Trilla, 2004). A participação dos idosos em atividades socioculturais pode atenuar as limitações físicas e cognitivas e favorecer as relações sociais (Costa, 2012).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Trilla J (coordenador). Animação sociocultural. Teorias, programas e âmbitos. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.

- Costa AAF. Animação sociocultural de idosos: um modo de promover o envelhecimento ativo em contexto institucional [dissertação]. Portugal: Faculdade de Letras, Universidade do Porto; 2012.

- **Tipo de indicador**

Resultado.

- **Numerador**

Número de idosos que participaram das atividades socioculturais promovidas pelo centro dia nos últimos três meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de participação dos} & & \text{Número de idosos que participaram das} \\ \text{idosos nas atividades} & = & \text{atividades socioculturais promovidas} \\ \text{socioculturais} & & \text{pelo centro dia nos últimos três meses} \\ & & \text{Número total de idosos frequentadores} \\ & & \text{há três meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array} \quad \times \quad 100$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores no centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre atividades socioculturais promovidas pelo centro dia e relação de idosos que participaram.

Apêndices

- **CrITÉRIOS para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da participação dos idosos nas atividades socioculturais promovidas pelo centro dia, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais.

- **Periodicidade da avaliação**

Trimestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR 6 – PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS

Código	Componente	Evidência
I6-C1	Há registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia.	C
I6-C2	Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais.	C
I6-C3	Realiza avaliação das atividades socioculturais promovidas.	C
I6-C4	Possui profissional capacitado para realizar atividades socioculturais com idosos.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR 6 – PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Há registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia.	Sim
Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais.	Sim
Realiza avaliação das atividades socioculturais promovidas.	Sim
Possui profissional capacitado para realizar atividades socioculturais com idosos.	Sim

Para avaliar o indicador *Participação dos idosos nas atividades socioculturais*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia.	Lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais	Avaliação das atividades socioculturais promovidas	Profissional capacitado para realizar atividades socioculturais com idosos
Idoso 1				
Idoso 2				
Idoso 3				
Idoso 4				
Idoso 5				

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE G - CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES

Prezado(a) NOME DO JUIZ,

Eu, Flávia Renata Fratezi, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Daisy Maria Rizatto Tronchin, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Construção e validação de indicadores de qualidade assistencial em centros dia para idosos”. O estudo tem como objetivos construir e validar indicadores para monitorar a qualidade assistencial em centros dia para idosos, pautado no modelo avaliativo Donabedian.

Por sua experiência e conhecimentos na temática, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa como especialista, compondo um COMITÊ DE JUÍZES. A finalidade da sua participação é emitir um julgamento acerca dos indicadores elaborados para avaliar a qualidade assistencial ao idoso em centros dia, para validação de conteúdo.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar, enviaremos posteriormente o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**; o **Manual Operacional**, com os construtos de cada indicador; as **Instruções para julgamento dos indicadores**; e o **Questionário para Validação de Conteúdo dos Indicadores**, o qual o(a) senhor(a) deverá preencher para obtermos o consenso entre os especialistas. Para isso, estabelecemos o Índice de Consenso $\geq 80\%$. Não havendo consenso, o instrumento poderá ser reenviado para segunda rodada.

Os indicadores a serem julgados são: monitoramento do plano de atenção individual; avaliação da capacidade funcional do idoso; adaptação ergonômica e ambiental; educação permanente para os profissionais; avaliação da função cognitiva do idoso; participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Solicitamos, por gentileza que, caso aceite participar, nos envie uma confirmação positiva em resposta a este convite dentro dos próximos 7 dias. O(a) senhor(a) poderá optar por receber o material para a validação por meio eletrônico ou impresso.

Agradecemos sua atenção e nos colocamos à disposição para esclarecimentos. Contatos: E-mail: flaviafratezi@gmail.com / Tel.: (11) [REDACTED].

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin
Prof^a. Associada da EE-USP

Flávia Renata Fratezi
Doutoranda da EE-USP

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS MEMBROS DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS/JUÍZES

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa

Prezado(a) [nome do juiz],

Eu, Flávia Renata Fratezi, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Construção e validação de indicadores de qualidade assistencial em centros dia para idosos*, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin.

O estudo tem como objetivos construir e validar indicadores para monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos, pautado no modelo avaliativo Donabediano.

Por sua experiência e conhecimentos na temática, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa como especialista, compondo um COMITÊ DE JUÍZES. A finalidade da sua participação é emitir um julgamento acerca dos indicadores elaborados, para validação de conteúdo.

Sua participação é voluntária, o que significa que não receberá nenhum pagamento ao consentir com a pesquisa e que possui total liberdade em recusar-se ou retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízo ou penalidade.

Este estudo é conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), respeitando a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos seus dados e esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados durante a pesquisa. Os dados coletados não serão identificados com o seu nome e serão utilizados apenas para fins científicos.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, uma vez que haverá ocupação do seu tempo para responder ao questionário.

Os benefícios da sua participação são indiretos e correspondem, essencialmente, na cooperação para a obtenção de uma ferramenta para monitorar a qualidade assistencial ao idoso em centros dia.

Caso o(a) senhor(a) tenha alguma despesa decorrente da sua participação nesta pesquisa, é garantido o direito a ressarcimento, efetuado pela pesquisadora, mediante reembolso do valor. Outrossim, garanto o direito de indenização, caso ocorra algum dano em função de sua participação no presente estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Este Termo de Consentimento será emitido em 2 (duas) vias, sendo que uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone: (11) [REDACTED] ou e-mail: flaviafratezi@gmail.com.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Endereço: Avenida Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP; Telefone: (11) 3061-8858; E-mail: cepee@usp.br.

Rubrica do participante da pesquisa: [Clique para inserir texto.](#)

Local: [Clique para inserir texto.](#)
Flávia Renata Fratezi
Pesquisadora

Data: [Clique para escolher uma data.](#)
Prof^a. Dr^a. Daisy M. Rizatto Tronchin
Orientadora

Apêndices

II. Consentimento pós esclarecido

Eu, [Clique para inserir texto.](#) RG [Clique para inserir texto.](#), declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora, compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre.

Local: [Clique para inserir texto.](#)

Data: [Clique para escolher uma data.](#)

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM CENTROS DIA PARA IDOSOS – PRIMEIRA RODADA

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Idade: Clique para inserir número. anos

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Instituição em que trabalha: Clique para inserir texto.

Natureza jurídica da instituição: ☐ Pública ☐ Privada ☐ Outra Clique para inserir texto.

Cargo ocupado: Clique para inserir texto.

Tempo nesta ocupação: Clique para inserir número. anos

Área de atuação: ☐ Ensino ☐ Assistência ☐ Gestão ☐ Pesquisa ☐ Outra Clique para inserir texto.

Graduação: Clique para inserir texto.

Tempo de formação: Clique para inserir número. anos

Última titulação acadêmica: ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

☐ Outra Clique para inserir texto. **Área:** Clique para inserir texto.

PARTE II – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES

Prezado(a) Avaliador(a), recomendamos que o(a) senhor(a) tenha em mãos o Manual Operacional dos indicadores e realize uma leitura prévia das instruções de preenchimento deste questionário. Por gentileza, solicitamos que o(a) senhor(a) emita seu julgamento para cada um dos seis indicadores, preenchendo este questionário na íntegra. Desde já agradecemos sua valiosa colaboração!

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador

Instruções de preenchimento:

Este julgamento avalia o conteúdo do Manual Operacional que foi empregado para construir os indicadores. Por favor, assinale **Sim** ou **Não** para cada proposição e, caso necessário, utilize o espaço destinado para comentários/sugestões.

1) O título do indicador apresenta clareza quanto ao que se pretende medir.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

2) A descrição do indicador:

a) Explicita o que ele mensura.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

b) Explicita a sua importância para a avaliação da qualidade assistencial em centros dia para idosos.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

3) A fundamentação teórico-científica:

a) Está atualizada.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

b) É relevante para o indicador.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

4) O tipo de indicador (estrutura, processo, resultado) é adequado para medir o que se pretende.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

5) O numerador indica com clareza o fenômeno que se pretende medir.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

6) O denominador incorpora a totalidade dos fenômenos/indivíduos avaliados.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

7) A população ou amostra é adequada para retratar a totalidade dos fenômenos/indivíduos.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.

Apêndices

8) As fontes de informação:

a) São apropriadas para obter os dados acerca do que se pretende medir.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

b) São acessíveis para obter os dados acerca do que se pretende medir.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

9) Os critérios para qualificar os dados são objetivos, possibilitando a mesma interpretação para diferentes avaliadores.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

10) A periodicidade da avaliação é adequada para o que se pretende medir.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

Julgamento 2 - Atributos do indicador

Instruções de preenchimento:

Esse julgamento avalia as características qualitativas dos indicadores enquanto medidas de avaliação da qualidade assistencial em centros dia para idosos. Por favor, assinale o item que julgar mais adequado para cada atributo, considerando as seguintes definições:

- *Não atende totalmente* (1): o indicador é incapaz de atender ao atributo;
- *Não atende parcialmente* (2): o indicador é incapaz de atender ao atributo e requer ampla revisão;
- *Atende parcialmente* (3): o indicador é capaz de atender ao atributo, necessitando pouca revisão;
- *Atende totalmente* (4): o indicador é capaz de atender ao atributo.

Caso necessário, utilize o espaço destinado para comentários/sugestões.

1) **Validade:** o indicador alcança seu objetivo e identifica as situações em que a qualidade assistencial em centros dia para idosos pode ser melhorada.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

2) **Atribuível:** o indicador reflete a qualidade da atividade a que se relaciona.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

3) **Credibilidade:** o indicador é de fácil entendimento.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Apêndices

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

4) *Sensibilidade*: o indicador identifica situações que apresentam problemas de qualidade.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

5) *Especificidade*: o indicador identifica somente os casos em que há reais problemas de qualidade.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

6) *Acessível*: os dados para compor o cálculo do indicador podem ser acessados de forma rápida e com baixo custo.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

7) *Efetivo*: o indicador mede o que se propõe a medir.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

8) *Exequível*: a medida é aplicável.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

Julgamento 3 - Componentes do indicador

Instruções de preenchimento:

Esse julgamento avalia cada um dos componentes do indicador. Por favor, assinale **Sim** ou **Não** para cada proposição, considerando as seguintes características:

- *Clareza* - as expressões são claras, não admitindo dúvidas;
- *Pertinência* – o componente reproduz o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador;
- *Simplicidade* - expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações;
- *Objetividade*: possibilita resposta pontual;
- *Precisão*: o componente é distinto dos demais que integram o indicador;
- *Credibilidade*: o componente relaciona-se diretamente ao indicador.

Caso necessário, utilize o espaço destinado para comentários/sugestões.

1) *Clareza*: as expressões são claras, não admitindo dúvidas.

☐ Sim ☐ Não

Caso não, identifique qual(is) componente(s) e descreva o motivo.

[Clique para inserir texto.](#)

2) *Pertinência*: o componente reproduz o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador.

☐ Sim ☐ Não

Caso não, identifique qual(is) componente(s) e descreva o motivo.

[Clique para inserir texto.](#)

3) *Simplicidade*: expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações.

☐ Sim ☐ Não

Apêndices

Caso não, identifique qual(is) componente(s) e descreva o motivo.

Clique para inserir texto.

4) Objetividade: possibilita resposta pontual.

☐ Sim ☐ Não

Caso não, identifique qual(is) componente(s) e descreva o motivo.

Clique para inserir texto.

5) Precisão: o componente é distinto dos demais que integram o indicador.

☐ Sim ☐ Não

Caso não, identifique qual(is) componente(s) e descreva o motivo.

Clique para inserir texto.

6) Credibilidade: o componente relaciona-se diretamente ao indicador.

☐ Sim ☐ Não

Caso não, identifique qual(is) componente(s) e descreva o motivo.

Clique para inserir texto.

APÊNDICE J – INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES – PRIMEIRA RODADA

Prezado(a) NOME DO JUIZ,

Este instrumento foi construído com base na literatura acerca de construção e validação de indicadores de qualidade em saúde¹⁻³. A seleção das atividades a serem mensuradas pelos indicadores foi baseada nos seguintes critérios:

- *Guia de atividades de atenção ao idoso, desenvolvidas em centros dia, na perspectiva do envelhecimento ativo*⁴;
- Critérios descritos na literatura com relação a: *importância da medida* a ser avaliada, *alto risco* para morbidade e mortalidade, *alto volume* de utilização pelos serviços, *alto custo* da terapêutica, *capacidade de influenciar no resultado* da assistência ao idoso e possibilidade de promover a *melhoria contínua* da qualidade^{5,6};
- Construção de indicadores nos componentes estrutura, processo e resultado do modelo avaliativo Donabediano⁷;

O Quadro abaixo apresenta as atividades selecionadas e os indicadores correspondentes.

N	Atividades selecionadas	Indicadores
1	Monitorar e avaliar, periodicamente, o plano de atenção individual, planejando as ações mediante as necessidades identificadas	Monitoramento do plano de atenção individual (MPAI)
2	Avaliar a capacidade funcional do idoso	Avaliação da capacidade funcional do idoso (ACFI)
3	Realizar a adaptação ergonômica e ambiental adequada ao idoso	Adaptação ergonômica e ambiental (AEA)
4	Promover atividades de educação permanente para os profissionais que atuam no centro dia	Educação permanente para os profissionais (EPP)
5	Avaliar a função cognitiva do idoso	Avaliação da função cognitiva do idoso (AFCI)
6	Promover atividades socioculturais, respeitando as limitações físicas e cognitivas dos idosos	Participação dos idosos nas atividades socioculturais (PASC)

Este questionário é composto por duas partes: a caracterização dos juízes e a validação de conteúdo dos indicadores, conforme será descrito e explicado a seguir.

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Tem como objetivo identificar o perfil dos profissionais que compõem o comitê de juizes. A caracterização dos especialistas ocorrerá mediante as seguintes variáveis: idade, sexo, instituição em que trabalha e natureza jurídica da instituição, cargo ocupado e tempo de ocupação, área de atuação, graduação e tempo de formação, última titulação acadêmica e área.

PARTE II: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES

Esta parte é destinada ao julgamento dos indicadores em três etapas: *conteúdo do Manual Operacional*, *Atributos do Indicador* e *Componentes do Indicador*. Destacamos que, após cada um desses julgamentos, há espaços destinados aos seus comentários e sugestões.

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional

A avaliação do Manual Operacional de cada indicador permitirá verificar sua singularidade, constructo e aplicabilidade. Esse julgamento será composto por assertivas que permitirão respostas positivas e negativas. O(a) senhor(a) deverá assinalar **Sim** ou **Não** para cada proposição e, caso considerar necessário, utilize o espaço para comentários/sugestões.

As proposições avaliadas relacionam-se aos seguintes itens que constituem o Manual Operacional¹⁻³:

- *Título do indicador*: indica a atividade a que se refere o indicador;
- *Descrição*: explicita o que o indicador mensura e a importância da sua avaliação;
- *Fundamentação teórico-científica*³: apresenta os pressupostos teóricos/científicos que respaldam o conteúdo do indicador⁸;
- *Tipo de indicador*⁴: retrata a tipologia do indicador – estrutura, processo ou resultado, de acordo com o modelo avaliativo de Donabedian⁹;
- *Numerador e denominador*: aponta a equação para cálculo do indicador, demonstrando clara e objetivamente o que se pretende medir;

³ Nível A - revisões sistemáticas e metanálises; ensaios clínicos randomizados controlados; diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas ou ensaios clínicos; e guidelines ou recomendações de entidades internacionais referências na área do envelhecimento; Nível B - estudos observacionais, sequenciais, experimentais, não randomizados, de coorte ou de caso-controle; revisões sistemáticas, integrativas ou de escopo; e guidelines ou recomendações de entidades nacionais referências na área do envelhecimento; Nível C - estudos qualitativos ou descritivos; opiniões de autoridades ou relatórios elaborados por comitês de especialistas; normas/diretrizes governamentais; e livros.

⁴ Estrutura: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, considerando, também, o financiamento e a disponibilidade de profissionais qualificados. Processo: conjunto de atividades ou procedimentos, relação entre profissionais e pacientes/usuários, voltado à produção do serviço e podendo ser analisado técnica ou administrativamente. Resultado: produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas do paciente/usuário, dos profissionais ou dos gestores.

Apêndices

- *População ou amostra*: retrata os fenômenos ou indivíduos envolvidos na avaliação, os quais representam a totalidade da realidade;
- *Fontes de informação*: estabelecem os locais ou fontes para a coleta de informações necessárias à avaliação, devendo propiciar a fidedignidade e a acessibilidade da informação;
- *Crítérios para qualificar os dados obtidos*: evidenciam como o dado deve ser coletado e qualificado;
- *Periodicidade da avaliação*: recomenda o intervalo de tempo em que a avaliação do indicador deve ser realizada.

Julgamento 2 - Atributos do indicador

Esse julgamento avaliará as características qualitativas dos indicadores enquanto medidas de avaliação da qualidade assistencial em centros dia para idosos. O(a) senhor(a) deverá assinalar o item que julgar mais adequado para cada atributo, considerando as seguintes definições¹⁰:

- *Não atende totalmente* (1): o indicador é incapaz de atender ao atributo;
- *Não atende parcialmente* (2): o indicador é incapaz de atender ao atributo e requer ampla revisão;
- *Atende parcialmente* (3): o indicador é capaz de atender ao atributo, necessitando pouca revisão;
- *Atende totalmente* (4): o indicador é capaz de atender ao atributo.

Caso considerar necessário, utilize o espaço destinado para comentários/sugestões.

Neste estudo, serão julgados os seguintes atributos do indicador⁶:

- *Validade*: grau com que o indicador alcança seu objetivo e identifica as situações em que a qualidade assistencial pode ser melhorada;
- *Atribuível*: capacidade do indicador refletir a qualidade da atividade a que se relaciona;
- *Credibilidade*: o quanto o indicador é de fácil entendimento;
- *Sensibilidade*: capacidade do indicador identificar situações que apresentam problemas de qualidade;
- *Especificidade*: o quanto o indicador identifica somente os casos em que há reais problemas de qualidade;

Apêndices

- *Acessível*: possibilidade de acessar os dados para compor o cálculo do indicador de forma rápida e com baixo custo;
- *Efetivo*: aponta se o indicador mede o que se propõe a medir;
- *Exequível*: indica se a medida é aplicável.

Julgamento 3 - Componentes do indicador

Esse julgamento avalia cada um dos componentes do indicador. O(a) senhor(a) deverá assinalar **Sim** ou **Não** para cada proposição, considerando as seguintes características:

- *Clareza*: as expressões são claras, não admitindo dúvidas;
- *Pertinência*: o componente reproduz o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador;
- *Simplicidade*: expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações;
- *Objetividade*: possibilita resposta pontual;
- *Precisão*: o componente é distinto dos demais que integram o indicador;
- *Credibilidade*: o componente relaciona-se diretamente ao indicador.

Caso considerar necessário, utilize o espaço destinado para comentários/sugestões.

Solicitamos a gentileza de responder ao questionário na íntegra.

Estamos à disposição para o que se fizer necessário e desde já agradecemos sua valiosa colaboração.

Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

Prof^a. Associada da EE-USP

Flávia Renata Fratezi

Doutoranda da EE-USP

REFERÊNCIAS

1. Fernandes MVL. Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
2. Silva CPR. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
3. Nicole AG. Construção e validação de indicadores de avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.
4. Fratezi FR. Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
5. McGlynn EA, Asch EM. Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med*. 1998;14(3S):14-21.
6. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30.
7. Donabedian, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985.

8. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
9. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessments: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.
10. Lynn MR. Determination and qualification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6):382-5.

APÊNDICE K – QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM CENTROS DIA PARA IDOSOS - SEGUNDA RODADA

INDICADOR 1: Monitoramento do plano de atenção individual	
Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador 1	
Item avaliado: 1) O <i>título do indicador</i> apresenta clareza quanto ao que se pretende medir.	
Consenso alcançado: 67%	
Item original: Monitoramento do plano de atenção individual	Item alterado: Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa
Para o(a) senhor(a), o título do indicador, após alteração, apresenta clareza quanto ao que se pretende medir?	
☐ Sim ☐ Não	
Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.	
Item avaliado: 10) A <i>periodicidade da avaliação</i> é adequada para o que se pretende medir.	
Consenso alcançado: 56%	
Item original: Periodicidade da avaliação semestral	Item alterado: Periodicidade da avaliação trimestral
Comentários da pesquisadora: Concordamos que, em virtude das características dos idosos que frequentam os centros dia, a periodicidade de avaliação trimestral para este indicador seja mais adequada.	
Para o(a) senhor(a), a periodicidade da avaliação, após alteração, é adequada para o que se pretende medir?	
☐ Sim ☐ Não	
Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.	
Julgamento 2 - Atributos do indicador 1	
Item avaliado: 5) <i>Especificidade</i> : o indicador identifica somente os casos em que há reais problemas de qualidade.	
Consenso alcançado: 66%	
Comentários da pesquisadora: Considerando que este indicador irá monitorar o plano de atenção individual em um determinado período, acreditamos que seja específico para identificar somente casos em que houver problemas frente a qualidade assistencial. Outrossim, a descrição dos seus componentes vem ao encontro do atributo especificidade.	
Para o(a) senhor(a), o indicador identifica somente os casos em que há reais problemas de qualidade?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.	

INDICADOR 2: Avaliação da capacidade funcional do idoso

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador 2

Item avaliado: 10) *A periodicidade da avaliação* é adequada para o que se pretende medir.

Consenso alcançado: 67%

Item original: Periodicidade da avaliação trimestral

Item alterado: Periodicidade da avaliação semestral

Comentários da pesquisadora: Concordamos que, do ponto de vista clínico e operacional, a coleta **semestral**, se adequa melhor à mensuração do indicador.

Para o(a) senhor(a), a periodicidade da avaliação, após alteração, é adequada para o que se pretende medir?

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

Julgamento 3 - Componentes do indicador 2

Item avaliado: 2) *Pertinência*: o componente reproduz o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador.

Consenso alcançado: 56%

Comentários da pesquisadora: Este indicador destina-se a avaliar o percentual de idosos submetidos a avaliação da capacidade funcional e neste momento, não tem a pretensão de emitir julgamento como a avaliação foi conduzida (qualificar esta avaliação). Portanto, a pertinência busca reproduzir o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador, neste caso, o número de idosos que foram submetidos à avaliação.

Para o(a) senhor(a), o componente reproduz o que é preconizado para o que se pretende medir com o indicador?

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

INDICADOR 3: Adaptação ergonômica e ambiental

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador 3

Item avaliado: 1) O *título do indicador* apresenta clareza quanto ao que se pretende medir.

Consenso alcançado: 56%

Item original: Adaptação ergonômica e ambiental

Item alterado: Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos

Comentários da pesquisadora: Concordamos que o termo “adaptação” indica que o ambiente passou por adaptação, não atendendo o que realmente pretendíamos mensurar (questões de infraestrutura e ergonomia, com base na legislação vigente e política de atenção ao idoso). Portanto, alteramos o título e o numerador deste indicador: “número de espaços adaptados segundo a legislação vigente” para “**número de espaços adequados segundo a legislação vigente**”.

Para o(a) senhor(a), o título do indicador, após alteração, apresenta clareza quanto ao que se pretende medir?

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

INDICADOR 4: Educação permanente para os profissionais

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador 4

Item avaliado: 4) O *tipo de indicador* (estrutura, processo, resultado) é adequado para medir o que se pretende.

Consenso alcançado: 56%

Item original: Tipo de indicador - resultado

“Item alterado”: Mantivemos como indicador **de resultado**, mediante justificativa abaixo.

Comentários da pesquisadora: Este indicador avalia o número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas pelo centro dia. Nesse sentido, consideramos tratar-se de indicador de resultado (modelo Donabedian), uma vez que mensura o percentual de profissionais que participaram de atividades e ações desenvolvidas pelo serviço (efeito da ação). Não se pretende, com este indicador, avaliar qualitativamente os procedimentos ou o desenvolvimento dessas atividades ou ações. Concordamos que número de profissionais capacitados seja um indicador de estrutura, porém, o indicador supracitado foi construído para averiguar a participação dos profissionais.

Para o(a) senhor(a), o tipo de indicador, é adequado para medir o que se pretende?

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

Item avaliado: 5) O *numerador* indica com clareza o fenômeno que se pretende medir.

Consenso alcançado: 67%

Item original: Numerador - Número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas pelo centro dia nos últimos seis meses

Item alterado: Numerador - Número de profissionais que participaram das ações de educação permanente promovidas/subsidiadas pelo centro dia nos últimos seis meses

Comentários da pesquisadora: Consideramos neste indicador todas as ações de educação permanente, internas ou externas, promovidas e/ou subsidiadas pelo centro dia para os seus profissionais e realizadas dentro da sua carga horária de trabalho.

Para o(a) senhor(a), o numerador, após alteração, indica com clareza o fenômeno que se pretende medir?

☐ Sim ☐ Não **Comentários/sugestões:** [Clique para inserir texto.](#)

Item avaliado: 9) Os *critérios para qualificar os dados* são objetivos, possibilitando a mesma interpretação para diferentes avaliadores.

Consenso alcançado: 67%

Item original: Critérios para qualificar os dados - Deve-se considerar o registro da participação dos profissionais nas ações de educação permanente promovidas pelo centro dia, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação de profissionais nas ações de educação permanente.

Item alterado: Critérios para qualificar os dados - Deve-se considerar o registro da participação dos profissionais nas ações de educação permanente, internas ou externas, promovidas e/ou subsidiadas pelo centro dia, no período que corresponda à carga horária de trabalho dos profissionais, identificada por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação de profissionais nas ações de educação

	permanente.
<p>Para o(a) senhor(a), os critérios para qualificar os dados, após alteração, são objetivos, possibilitando a mesma interpretação para diferentes avaliadores.</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p> <p>Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.</p>	
Julgamento 3 - Componentes do indicador 4	
<p>Item avaliado: 3) <i>Simplicidade</i>: expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações.</p>	
<p>Consenso alcançado: 67%</p>	
<p>Comentários da pesquisadora: Este indicador não tem como objetivo avaliar a qualidade das ações de educação permanente, e sim avaliar o percentual de profissionais que participaram dessas ações. Concordamos que o componente C3 – Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas – não se aplica a esse objetivo, por isso, foi excluído.</p> <p>Logo, contará com os componentes:</p> <p>C1 - Há registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais.</p> <p>C2 - Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente.</p>	
<p>Para o(a) senhor(a), o(s) componente(s) do indicador expressam uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações?</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p> <p>Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.</p>	
<p>Item avaliado: 4) <i>Objetividade</i>: possibilita resposta pontual.</p>	
<p>Consenso alcançado: 67%</p>	
<p>Comentários da pesquisadora: Este indicador não tem como objetivo avaliar a qualidade das ações de educação permanente, e sim avaliar o percentual de profissionais que participaram dessas ações. Concordamos que o componente C3 – Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas – não se aplica a esse objetivo, por isso, foi retirado.</p> <p>Logo, contará com os componentes:</p> <p>C1 - Há registro de ações de educação permanente promovidas pelo centro dia para os profissionais.</p> <p>C2 - Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de profissionais nas ações de educação permanente.</p>	
<p>Para o(a) senhor(a), o componente do indicador possibilita resposta pontual?</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p> <p>Comentários/sugestões: Clique para inserir texto.</p>	

INDICADOR 5: Avaliação da função cognitiva do idoso**Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador 5**

Item avaliado: 10) A *periodicidade da avaliação* é adequada para o que se pretende medir.

Consenso alcançado: 67%

Item original: Periodicidade da avaliação trimestral

Item alterado: Periodicidade da avaliação semestral

Comentários da pesquisadora: Concordamos que, do ponto de vista clínico e operacional, a coleta **semestral**, se adequa melhor à mensuração do indicador.

Para o(a) senhor(a), a periodicidade da avaliação, após alteração, é adequada para o que se pretende medir?

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

INDICADOR 6: Participação dos idosos nas atividades socioculturais**Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional do indicador 6**

Item avaliado: 9) Os *critérios para qualificar os dados* são objetivos, possibilitando a mesma interpretação para diferentes avaliadores.

Consenso alcançado: 67%

Item original: Critérios para qualificar os dados - Deve-se considerar o registro da participação dos idosos nas atividades socioculturais promovidas pelo centro dia, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Duplicação da palavra relação.

Item alterado: Critérios para qualificar os dados - Deve-se considerar o registro da participação dos idosos que frequentam o centro dia nas atividades socioculturais, internas ou externas, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais.

Excluída a duplicação.

Para o(a) senhor(a), os critérios para qualificar os dados, após alteração, são objetivos, possibilitando a mesma interpretação para diferentes avaliadores.

☐ Sim ☐ Não

Comentários/sugestões: [Clique para inserir texto.](#)

APÊNDICE L – QUADROS COM OS COMENTÁRIOS/SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES, POR INDICADOR, COMPREENDENDO AS DUAS RODADAS, NOS TRÊS JULGAMENTOS

Quadro 10 - Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Monitoramento do plano de atenção individual”, São Paulo – 2019
(continua)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Título do indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir por Monitoramento do plano de atenção individual ao idoso. - Substituir por Monitoramento do plano individual da pessoa idosa. - Acrescentar índice no início do título, para ficar claro que se trata de avaliar o percentual de alcance em relação a um padrão. Sem isso fica muito vago. - Avaliar condições de saúde é importante para orientar o plano de atenção individual a fim de prevenir agravos. Mas, é preciso ter cautela para não perder a filosofia do serviço, que é manter o foco no cliente e sua potência de vida. - Substituir por Monitoramento do Plano Individual de Atenção (MPIA), uma vez que o Plano Individual de Atenção é utilizado por ILPIs e outros serviços específicos para idosos. - Substituir por Monitoramento do Plano de Atenção Individual da Pessoa Idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenho dúvida se o plano de atenção é à pessoa idosa ou da pessoa idosa. - O indicador direcionou o público alvo.
2a) Descrição (explicita o que o indicador mensura)	<ul style="list-style-type: none"> - Detalhar como seria o adequado monitoramento, no que exatamente consiste, periodicidade ideal. - Incluir: melhoria, manutenção ou promoção da capacidade funcional. Seria importante avaliar se o plano considera as necessidades das pessoas idosas e se os serviços/equipamentos são públicos ou privados e se a pessoa idosa possui recursos para utilização do serviço. 	Sem comentários/sugestões.

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
3a) Fundamentação teórico-científica (atualizada)	- Incorporar elementos legais sobre esta modalidade pautadas nas leis e outros: BRASIL. Decreto nº 1.948, de 10 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 12233; BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 1; BRASIL. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 174; NADSA-National Adult Day Service Association. About Adult Day Services. 2010; SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso - "Centro Novo Dia" / Secretaria de Desenvolvimento Social. - São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, p.22, 2014; Iecovich E, Carmel, S. Differences between users and non-users of day care centers among frail elderly persons in. Journal of Applied Gerontology. 2011; 30:443–462; Iecovich E, Biderman A. Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. Int Psychogeriatr. 2012 Mar;24(3):439-48; Jarrott SE, Zarit SH, Berg S, Johansson L. Adult day care for dementia: a comparison of programs in Sweden and the United States. Journal of Cross-Cultural Gerontology.1998; 13: 99–108.	Sem comentários/sugestões.
3b) Fundamentação teórico-científica (relevante para o indicador)	- Sim, porque a fundamentação teórica são normatizações para o funcionamento da instituição.	Sem comentários/sugestões.
4) Tipo de indicador	- Trata-se de um indicador de processo.	Sem comentários/sugestões.
5) Numerador	- Como o indicador é composto por mais de um componente a ser medido, não está claro se com o numerador serão considerados somente os planos que atendem completamente a todos os componentes. - Não ficou claro se o número de planos monitorados nos últimos 6 meses seriam os preenchidos, completos, incompletos. - Não ficou claro o critério para a definição de monitoramento de planos de atenção individual. O que será considerado como monitoramento?	Sem comentários/sugestões.

(continua)

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
7) População/ amostra	<ul style="list-style-type: none"> - Em muitos centros dia a frequência de dois dias na semana é alta. Esta amostra poderá indicar um vies neste indicador. - No cotidiano do centro dia, quando uma instituição possui um maior número de vagas, há uma alta rotatividade e mudança da população a cada 3 meses, inclusive em relação aos fenômenos. 	Sem comentários/sugestões.
8a) Fontes de informação (apropriadas para obter os dados)	<ul style="list-style-type: none"> - Senti falta do histórico do idoso. - A fonte não deve se restringir apenas aos dados institucionais, deve haver a participação de toda a equipe do centro dia. 	Sem comentários/sugestões.
9) Critérios para qualificar os dados	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, se a equipe estiver qualificada para o trabalho neste local. Na maioria dos serviços no Brasil, a equipe apresenta fragilidades em sua formação para interpretar os dados de avaliação. - Como será avaliada a participação familiar na elaboração do plano? Existe um local onde isso estaria registrado? Esclarecer se para o componente ser considerado completo todos os membros da equipe multidisciplinar devem ter registros e se o plano completo é aquele em que todos os componentes foram atendidos de forma completa. - Na primeira leitura o sentido do termo “monitorados” gerou dúvida de interpretação. 	Sem comentários/sugestões.
10) Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> - A periodicidade deveria ser bimensal, em virtude das frequentes mudanças a que a população deste estudo está sujeita. - Muitas ferramentas de avaliação são indicadas para reaplicação nesta periodicidade. - Diminuir o tempo para 3 meses, considerando a concretização dos projetos dos idosos e pertinência em relação à necessidade do idoso no tempo e espaço. Modificar para 3 em 3 meses, pois os idosos do centro dia tem maior fragilidade. - Indicar o referencial utilizado para definição da periodicidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Na teoria pode ser um bom mecanismo, mas no dia a dia de trabalho não é viável, e poderá gerar avaliações sem aprofundamentos adequados. - Consensuar de acordo com os comentários dos juízes.
Julgamento 2 - Atributos do indicador		
1) Validade	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar a qualidade das informações apontadas pelos profissionais nos relatórios, excluindo interpretações pessoais. 	Sem comentários/sugestões.
4) Sensibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Se estiver em alinhamento com as informações dos relatórios de atividades. - Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)? 	Sem comentários/sugestões.

(continua)

(continuação)

Julgamento 2 - Atributos do indicador		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
5) Especificidade	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ser sensível a casos com uma qualidade baixa. - Compreendo que o indicador englobe um N maior para que sejam identificadas as situações problema. - Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)? 	- Sim, porém, não está claro para mim como se dará o cômputo para considerar que existe o monitoramento; quando todos os componentes forem classificados com "A"?
Julgamento 3 - Componentes do indicador		
1) Clareza	- Qual o critério de classificação de monitoramento do plano? O fato de monitorar significa executar o plano?	Sem comentários/sugestões.
2) Pertinência	- Adequar a nomenclatura deste indicador "Monitoramento do PIA" para uma melhor pertinência.	Sem comentários/sugestões.
3) Simplicidade	- Esclarecer como se dá o monitoramento do componente C6. A palavra "monitorado" gerou dúvidas. Qual o critério de classificação de monitoramento do plano?	Sem comentários/sugestões.

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

Quadro 11 - Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador "Avaliação da capacidade funcional do idoso", São Paulo – 2019

(continua)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Título do indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a palavra Índice no início do título. - Substituir por Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa. 	Sem comentários/sugestões.
2a) Descrição (explicita o que o indicador mensura)	- Esclarecer qual o padrão de qualidade de uma adequada avaliação funcional e qual a periodicidade recomendada e quem são os profissionais adequados para fazer essa avaliação.	Sem comentários/sugestões.
2b) Descrição do indicador (explicita sua importância)	<ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar a importância deste indicador não só para a qualidade assistencial, mas também para a qualidade do planejamento da rotina nos centros dia. - O único componente que explicita indiretamente a preocupação com a qualidade da avaliação funcional é o C5. 	Sem comentários/sugestões.
3a) Fundamentação teórico-científica (atualizada)	- Buscar material de Perracini que complementar a avaliação funcional.	Sem comentários/sugestões.
3b) Fundamentação teórico-científica (relevante)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, é um dos itens disparadores para o funcionamento de sucesso de um centro dia. - Inserir a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade. 	Sem comentários/sugestões.
4) Tipo de indicador	- Indicador de resultado, pois a capacidade funcional pode ser considerada um resultado das ações executadas no serviço.	Sem comentários/sugestões.

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
5) Numerador	<ul style="list-style-type: none"> - No operacional ele não funcionará. Semestral é o mais praticado, em consonância com algumas indicações de viabilidade de algumas ferramentas de avaliação, assim como, disponibilidade da equipe. - Não está claro se com o numerador serão considerados somente os planos que atendem completamente a todos os componentes. - O indicador poderia também verificar o resultado obtido nas avaliações realizadas. Somente o fato de avaliar se o serviço realiza ou não a capacidade funcional não sinaliza a qualidade do serviço, pois a instituição pode aplicar as avaliações sistematicamente, contudo, esse fato não expressa o resultado da avaliação da capacidade funcional das pessoas idosas. 	Sem comentários/sugestões.
7) População/ amostra	<ul style="list-style-type: none"> - Em muitos centros dia, a frequência de dois dias na semana é alta. Esta amostra poderá indicar um vies neste indicador. 	Sem comentários/sugestões.
9) Critérios para qualificar os dados	<ul style="list-style-type: none"> - Depende da formação da equipe e sua sensibilidade de interpretação. - Definir quais são os profissionais adequados para fazer a avaliação. - Certificar-se que todos os profissionais apliquem e interpretem os dados da mesma forma. - Há vários instrumentos para avaliação da capacidade funcional, o que pode influenciar quanto à qualificação deste indicador. 	Sem comentários/sugestões.
10) Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Deveria ser bimensal, visando à adequação contínua da avaliação da capacidade funcional do idoso. - No operacional esta periodicidade não será viável. - Definir o porquê esse indicador considera 3 meses, diferente do anterior que é 6. - Realizar a avaliação a cada 6 meses, antecipando-se nos casos em que haja observação de declínio funcional. Depende também da clientela de cada CDI, pois há uma tendência à heterogeneidade atribuída ao próprio processo de envelhecimento, mas também às diversas condições biopsicossociais dos clientes. - A depender do grau de dependência do idoso, pode ser determinada a periodicidade da aplicação de escalas avaliativas como para avaliar funcionalidade, bem como cognição, sabendo que no geral o perfil do idoso para o CDI é de idosos em grau I de dependência, talvez pudesse ser 6 meses de periodicidade para este indicador, é para se discutir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consensuar de acordo com os comentários dos juízes.

(continua)

(continuação)

Julgamento 2 - Atributos do indicador		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Validade	- Já que no descritor está explicitado quais aspectos são considerados na avaliação da capacidade funcional, dizer quais serão avaliados para se considerar que o componente C1 atende ao padrão.	Sem comentários/sugestões.
2) Atribuível	- Não deixa claro o tipo de assistência que o idoso necessita em relação a qual atividade, em qual situação.	Sem comentários/sugestões.
4) Sensibilidade	- Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)?	Sem comentários/sugestões.
5) Especificidade	- É mais abrangente que isso. - Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)?	Sem comentários/sugestões.
6) Acessível	- É necessário o recurso humano qualificado para produzir as informações corretas.	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 3 - Componentes do indicador		
2) Pertinência	- Necessita de informação sobre o desempenho do idoso em determinada função e não apenas de forma geral. - Delimitar a abrangência da avaliação dos componentes C1 ou C5. - O indicador poderia verificar os resultados (pontuação) obtidos nas avaliações realizadas.	- Acredito que seja mais adequado utilizar outra palavra para descrever este componente e evitar erros de interpretação. - O indicador é formado por 5 componentes. Não está claro para mim como se dará o cômputo para considerar que existe o monitoramento; quando todos os componentes forem classificados com "A"?
3) Simplicidade	- Delimitar a abrangência da avaliação dos componentes C1 ou C5. - O título deu a entender que verificaria o grau de capacidade funcional.	Sem comentários/sugestões.

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

Quadro 12 - Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Adaptação ergonômica e ambiental”, São Paulo – 2019**(continua)**

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Título do indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir por Adaptação ergonômica e ambiental de centros dia para idosos. - Utilizar o termo acessibilidade ao invés de adaptação para estabelecer parâmetros acessíveis desde a concepção e não apenas adaptados. - Usar o termo Índice no início do título. - A nomenclatura deste indicador pode não ser clara e compreensível para as equipes dos centros dia, talvez poderia ser “Adequação da infraestrutura e ambientes do centro dia”. Todavia, compreendo que o uso do termo “ergonômica” deve-se ao fato de maior amplitude para esta temática a qual o indicador pretende medir. - Substituir por Adaptação ergonômica e ambiental de centro dia. 	Sem comentários/sugestões.
3a) Fundamentação teórico-científica (atualizada)	<ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar critérios ergonômicos referentes ao público com déficits cognitivos, mensurando a qualidade e quantidade de estímulos auditivos/ruídos e visuais com espaços mais acolhedores. 	Sem comentários/sugestões.
3b) Fundamentação teórico-científica (relevante)	<ul style="list-style-type: none"> - Faltou um item de acessibilidade para locomoção das pessoas idosas para piso superior. Incluir um componente de avaliação de elevador: “havendo escadas/elevadores, suas dimensões são adequadas, conforme legislação presente”. Incluir componente para avaliação da transição de pessoas no ambiente interno-externo, como por exemplo, a segurança da calçada; odores são incluídos na parte de ventilação? Importante sinalizar que a planilha continua na página seguinte. 	Sem comentários/sugestões.
4) Tipo de indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Aprimorar os critérios de acolhimento/ambiente acolhedor. 	Sem comentários/sugestões.
5) Numerador	<ul style="list-style-type: none"> - Existe um grupo em São Paulo (Fórum dos Centros Dia) que está trabalhando para indicações de fiscalização e normas gerais para funcionamento dos CD no estado, inclusive estão articulados com a Visam para incluir a fiscalização por este órgão, entendendo que esta modalidade é híbrida e acolhe assistência social e de saúde. Portanto, aspectos da legislação vigente poderão sofrer alterações em um futuro muito próximo. - Não está claro se com o numerador serão considerados somente os planos que atendem completamente a todos os componentes. 	Sem comentários/sugestões.
7) População/ amostra	<ul style="list-style-type: none"> - Faltaram critérios para proporcionar ambientes seguros e acolhedores para idosos com déficits cognitivos e ou transtornos mentais. - No texto foi relatado “todos os espaços internos e externos”, porém, na descrição dos componentes somente foram considerados os internos. 	Sem comentários/sugestões.

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
8a) Fontes de informação (apropriadas para obter os dados)	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer mais objetivamente qual a extensão do espaço externo do centro dia (irá incluir calçadas externas?), e sobre identificação dos móveis (I3-C9: está confuso o uso de "robustos e leves"). - Muito focado em superar barreiras arquitetônicas, precisa colocar mais elementos de superação de barreiras de comunicacionais/atuais e sociais. Sugestão da publicação do MCTI (Tecnologia Assistiva e Acessibilidade: Como se faz?). 	Sem comentários/sugestões.
8b) Fontes de informação (acessíveis)	<ul style="list-style-type: none"> - Durante o processo de avaliação o serviço pode ter dificuldades para a realização da avaliação sonora. 	Sem comentários/sugestões.
9) Critérios para qualificar os dados	<ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar entre os critérios se há "placa" (ou similar) de reconhecimento do serviço, com seu respectivo nome. 	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 2 - Atributos do indicador		
6) Acessível	<ul style="list-style-type: none"> - A verificação de todos os itens não ocorrerá de maneira moderada. Como poderá ser realizada a medida sonora? (dependendo será necessária compra de equipamento de aferição). 	Sem comentários/sugestões.
7) Efetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Faltou componente para avaliação do ambiente externo, como calçada. 	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 3 - Componentes do indicador		
1) Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - O termo "ergonômico" pode não ser claro para centros dia. 	Sem comentários/sugestões.
2) Pertinência	<ul style="list-style-type: none"> - O indicador pretende avaliar a qualidade do ambiente centro dia para os idosos e está se limitando a critérios arquitetônicos, deixando a desejar critérios de acolhimento no ambiente. A menos que a intenção seja medir os decibéis dos ruídos e as dimensões das escadas, eu sugiro retirar os valores de referência e substituir por termos como nível de ruído que não incomoda o usuário, ou dimensões das escadas que possibilitam seu uso de forma segura, algo mais subjetivo, porém, não sem importância, neste caso. 	Sem comentários/sugestões.

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

Quadro 13 - Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Educação permanente para os profissionais”, São Paulo – 2019

(continua)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Título do indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir por Educação permanente para os profissionais atuantes em centros dia para idosos. - Incluir o termo Índice no início do título. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar “indicador de participação”. - Mudar o descritor, pois da forma como está sugere indicador de estrutura. No descritor lê-se que a educação permanente “auxilia os profissionais na identificação de demandas dos idosos para proporcionarem um cuidado mais adequado”. O componente I4-C3 - Realiza avaliação das ações de educação permanente promovidas reitera que deva existir avaliação das ações. Mais adiante, verifiquei que este componente foi excluído, portanto, ainda vale a recomendação de reajustar o enfoque do descritor.
2a) Descrição (explicita o que o indicador mensura)	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar no título o período, no caso deste indicador. - Substituir “demandas” por “necessidades das pessoas idosas”. A forma de contratação e rotatividade dos profissionais não seriam itens importantes para a avaliação da qualidade do serviço? Seria interessante a inclusão de um componente que verifique se a instituição contempla os processos de capacitação de acordo com as necessidades dos profissionais “Há registro de ações de educação permanente baseadas nas necessidades dos profissionais atuantes no centro dia”. 	Sem comentários/sugestões.
4) Tipo de indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Não deixa claro a qualidade da ação realizada por parte do aproveitamento do profissional. - Capacitação profissional é indicador de estrutura. - Os recursos humanos compõem a “estrutura”, não acredito que seja um indicador de resultado. - Processo. A educação permanente não seria um processo da instituição para obtenção de resultados? 	Sem comentários/sugestões.

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
5) Numerador	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a satisfação do profissional que recebeu a ação educadora e avaliar o impacto da ação no trabalho diário. - O número de profissionais participantes não assegura a qualidade da aprendizagem. - As capacitações externas não seriam consideradas? Por exemplo, se a instituição subsidiar a participação dos profissionais em outro serviço (como por exemplo, na secretaria de saúde entre outros) não seria considerado? 	<ul style="list-style-type: none"> - As atividades subsidiadas não necessariamente ocorrem no período de trabalho dos profissionais. Acredito que tal informação não seja relevante ou cause algum erro de interpretação. - Pela minha experiência todo o trabalho de educação/orientação aos profissionais atuantes em centro dia deve ocorrer extra-horário de trabalho. Profissionais de nível superior costumam ser prestadores de serviços com permanência restrita e profissionais contratados, sobretudo cuidadores, além do gestor técnico trabalham em ritmo intenso, não resultando em aproveitamento da ação proposta.
6) Denominador	- Não ficou claro o critério para “profissionais contratados”.	Sem comentários/sugestões.
7) População/amostra	- Não ficou claro se profissionais com algum contrato de voluntariado entrariam nesse critério.	Sem comentários/sugestões.
8a) Fontes de informação (apropriadas para obter os dados)	<ul style="list-style-type: none"> - Se faz necessário mais informações sobre educação gerontológica e formação de cuidadores, mesmo para outros profissionais do centro dia, compreendendo que a ação “cuidados” é a principal operação do serviço. - Incluir o relato de toda a equipe do centro dia. 	Sem comentários/sugestões.
9) Critérios para qualificar os dados	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa dúvidas quanto às impressões dos profissionais que receberam a ação educadora. - Especificar que se considera educação permanente palestras, conferências promovidas à distância. - Dúvidas referentes aos critérios de classificação da população. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar de discordar do item, pois existem cursos fora do horário de trabalho que podem ser subsidiados pelo centro dia e contarem como educação permanente, mesmo assim o critério está claro. - Utilizar o termo jornada diária de trabalho, que mais se aplica. - Não concordo com base no argumento relativo à questão anterior (item 5).

(continua)

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
10) Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa dúvidas quanto às impressões dos profissionais que receberam a ação educadora. - É possível que haja dificuldade em considerar o <i>turnover</i> no período correlacionando com o quadro de RH na data da atividade educativa. Talvez se for mensal seja mais fácil. - Acredito que poderia ser no último ano. 	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 2 - Atributos do indicador		
4) Sensibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - É necessário considerar o <i>turnover</i> ocorrido no período de avaliação. Em 6 meses podem ter novos membros que não estavam presentes em determinadas atividades. 	Sem comentários/sugestões.
5) Especificidade	<ul style="list-style-type: none"> - Deve considerar o <i>turnover</i>. 	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 3 - Componentes do indicador		
1) Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar o último quadro, “para avaliar o indicador....” (onde se lê “idoso” não deveria ser “profissional?”). - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - Na primeira leitura, o termo “profissionais contratados gerou dúvida”. Caso seja um profissional que tenha assinado um termo de voluntariado, ou um estagiário/aprendiz contratado entraria nesse processo de avaliação? 	Sem comentários/sugestões.
2) Pertinência	<ul style="list-style-type: none"> - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - Antes deste indicador ou acoplado a ele, pudesse ter “se foi promovida educação permanente à equipe do centro dia”, porque EPP pode ocorrer em reuniões de equipe internamente ou externamente; e quem foram os profissionais que participaram, porque podem ocorrer ações educativas direcionadas para áreas específicas. 	Sem comentários/sugestões.
3) Simplicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa dúvida sobre quem está avaliando a qualidade da ação. O profissional que recebeu a ação ou o que aplicou? - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - Na primeira leitura, o termo “profissionais contratados gerou dúvida”. Caso seja um profissional que tenha assinado um termo de voluntariado, ou um estagiário/aprendiz contratado entraria nesse processo de avaliação? 	<ul style="list-style-type: none"> - No C1 ainda falta a palavra “subsidiados”.

(continua)

(continuação)

Julgamento 3 - Componentes do indicador		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
4) Objetividade	<ul style="list-style-type: none"> - O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação. - A presença dos profissionais na educação permanente não assegura por si só a aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais podem participar de diversas ações em locais e com interesses variados como cursos técnicos, aperfeiçoamento, extensão, avaliando diversas estratégias ao mesmo tempo. - Este indicador necessita ser revisto de forma geral, pois precisa de adequação quanto ao descritor e o cálculo. Não explicita se será considerado o <i>turnover</i>, que é uma variável importante, pois o número de funcionários capacitados deveria ser dividido pelo número de funcionários atuando, excluídos absenteísmos? Isto também precisa estar definido.
5) Precisão	- O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação.	Sem comentários/sugestões.
6) Credibilidade	- O componente C3 não se aplica à proposta de calcular uma taxa de servidores que participaram de atividades de capacitação.	Sem comentários/sugestões.

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

Quadro 14 - Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Avaliação da função cognitiva do idoso”, São Paulo – 2019

(continua)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Título do indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir Índice no início do título. - Poderia ser ampliado para avaliação da saúde mental? Ao refletir sobre o indicador fiquei pensando se esse eixo somente abordaria a função cognitiva ou poderia englobar fatores relacionadas à saúde mental, como, por exemplo, depressão entre outros. 	Sem comentários/sugestões.
2a) Descrição (explicita o que o indicador mensura)	- Se o formulário específico contém todos os atributos necessários para a avaliação da função cognitiva, sim, caso contrário, ou se for um formulário com respostas abertas, será necessário delimitar o que será considerado para avaliar o componente como atende. É necessário especificar quais são os profissionais capacitados para fazer essa avaliação.	Sem comentários/sugestões.

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
3a) Fundamentação teórico-científica (atualizada)	<ul style="list-style-type: none"> - Sugestão: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-781. - Existem outras estratégias de avaliação de função cognitiva para além dos protocolos clínicos padronizados mais condizentes com serviços sócio-sanitários. - Há uma vasta literatura, tanto nacional como internacional. 	Sem comentários/sugestões.
4) Tipo de indicador	- Está atrelado à visão de saúde e doença e não de funcionalidade no cotidiano.	Sem comentários/sugestões.
5) Numerador	<ul style="list-style-type: none"> - Traz um recorte pontual de momentos de avaliação padronizada apontando inconsistência nas impressões funcionais reais. - Não está claro se com o numerador serão considerados somente os planos que atendem completamente a todos os componentes. 	Sem comentários/sugestões.
7) População/ amostra	- Todos os idosos frequentadores do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana, não influenciando o período (matutino, vespertino ou integral) permanente na instituição.	Sem comentários/sugestões.
9) Critérios para qualificar os dados	<ul style="list-style-type: none"> - Pode apontar divergência de resultados em relação ao resultado, a depender do estado do idoso no momento da avaliação. - Desde que se assegure que os profissionais apliquem e interpretem as avaliações validadas do mesmo modo. - Talvez algo que seja uma problemática aqui são os diversos testes para avaliação da cognição, que por exemplo se houver uma psicóloga com especialização na área de neuropsicologia estará habilitada a utilizar muitas escalas. 	Sem comentários/sugestões.
10) Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> - A avaliação cognitiva do idoso, assim como a funcional deveriam ser bimensais, visando subsidiar a adequação do PAI. Nesse sentido, proponho que o monitoramento do plano e as avaliações funcionais e cognitivas do idoso sejam realizadas a cada dois meses. - Operacionalmente não é efetivo, e alguns instrumentos são indicados para no mínimo a cada 6 meses. - Aplicar a cada 04 meses. Os idosos comumente se cansam pela extensão das avaliações e nem sempre é possível, tampouco recomendável, aplicá-las em um único encontro. - A depender do grau de dependência do idoso, a periodicidade pode ser de 6 meses, contudo, isso deve ser discutido, porque há muitas controvérsias na literatura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considerando que este item está avaliando o conteúdo do manual operacional e não a função cognitiva do idoso. - Consensuar de acordo com os comentários dos juízes.

(continua)

(continuação)

Julgamento 2 - Atributos do indicador		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Validade	- A função do centro dia não é fazer levantamento de funcionalidade com critério de saúde ou doença, mas sim de apontar estratégias para superar dificuldades. - Delimitar quais são os parâmetros de referência, são os da literatura apresentada como fundamentação? Eles correspondem aos do formulário específico? Caso contrário, parecerá que o foco da avaliação é a presença ou não do registro.	Sem comentários/sugestões.
2) Atribuível	- Delimitar quais são os parâmetros de referência, são os da literatura apresentada como fundamentação? Eles correspondem aos do formulário específico? Caso contrário, parecerá que o foco da avaliação é a presença ou não do registro.	Sem comentários/sugestões.
4) Sensibilidade	- Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)?	Sem comentários/sugestões.
5) Especificidade	- Na avaliação da qualidade da atenção oferecida, vai ser possível detectar os casos em que não há registro de monitoramento devido ao paciente não ter comparecido no dia agendado para o atendimento (ajuste de risco)?	Sem comentários/sugestões.
6) Acessível	- A aplicação dos protocolos estabelecidos que devem ser feitas por profissionais qualificados aumentam custos que não expressam a utilidade da ação.	Sem comentários/sugestões.
7) Efetivo	- Não estabelece critérios de qualidade funcional na rotina dos idosos, apresenta apenas momentos pontuais que podem distorcer a situação real da funcionalidade do idoso.	Sem comentários/sugestões.
8) Exequível	- Sugiro que tais medidas sejam aplicadas em ambiente clínico quando da dúvida de sequência e continuidade nas ações estabelecidas no PAI, por dúvidas de impacto da ação na saúde do idoso e jamais em relação a critério de participação e frequência nas atividades do centro dia.	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 3 - Componentes do indicador		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
3) Simplicidade	- Não impacta na qualidade da participação e satisfação do idoso nas atividades desenvolvidas no centro dia.	Sem comentários/sugestões.
6) Credibilidade	- É indicado que o centro dia estabeleça critério de avaliação de funcionalidade do idoso com base na análise das atividades (feita pelo terapeuta ocupacional) desenvolvidas no dia a dia que trarão resposta mais fiel à realidade e apontarão a funcionalidade em ambiente social, necessitando de aparato de avaliação clínica padronizada apenas quando não for possível identificar estratégias para atividades com base nas análises das atividades do cotidiano.	Sem comentários/sugestões.

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

Quadro 15 - Comentários/sugestões, nas duas rodadas, para o indicador “Participação dos idosos nas atividades socioculturais”, São Paulo – 2019
(continua)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Título do indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o termo índice no início do título. - Substituir por Participação dos idosos em atividades socioculturais. 	Sem comentários/sugestões.
2a) Descrição (explicita o que o indicador mensura)	<ul style="list-style-type: none"> - Delimitar quem é o profissional adequado para realizar essas atividades. - O indicador poderia ir além de medir as atividades socioculturais apenas promovidas pelo centro dia e as promovidas pela rede de serviços e que o centro dia pode se inserir com a participação de seus idosos. 	Sem comentários/sugestões.
2b) Descrição do indicador (explicita sua importância)	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa um caráter mais lúdico e superficial do que realmente pode apresentar em qualidade e impacto nos projetos dos idosos. - No que se refere à oferta de atividades, sim, entretanto a participação do idoso não sendo obrigatória, pode levar à indução de diminuição na qualidade assistencial. - Acredito que poderia haver literatura da realidade brasileira referente a esta temática. 	Sem comentários/sugestões.
3a) Fundamentação teórico-científica (atualizada)	<ul style="list-style-type: none"> - Sugestão: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/87460/2/162401.pdf. - Está superficial não apontando o impacto cognitivo, resgate de histórias de vida e memória, fortalecimento de cultura, valorização da vivência, apresentados em um país de cultura plural como o Brasil. 	Sem comentários/sugestões.
4) Tipo de indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Não apresenta o processo do envolvimento/interesse do idoso na ação. - A partir do descritor, as atividades promovidas visam a qualidade de vida, por exemplo, então essas atividades fazem parte do processo de melhoria da qualidade de vida, que seria o resultado. Sendo assim, esse indicador é de processo, ou seja, o que está sendo medido não são os resultados dessas atividades, mas sim a participação do indivíduo nessas. 	Sem comentários/sugestões.
6) Denominador	<ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar a referência: Lima, C.R. Programas intergeracionais: um estudo sobre as atividades que aproximam as diversas gerações. Campinas: Editora Alínea; 2008. 	Sem comentários/sugestões.

(continuação)

Julgamento 1 - Conteúdo do Manual Operacional		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
7) População/ amostra	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a periodicidade de 3 meses. - Pode ser dessa forma, mas, a título de reflexão, diferentemente dos indicadores anteriores, onde a não assiduidade compromete a terapêutica proposta, nesse caso a assiduidade no centro dia não deveria ser tão valorizada, pois os benefícios dessas atividades são diretos e independentes da participação dos indivíduos nas demais fases que compõem o “pacote terapêutico”. Minha sugestão seria não determinar a assiduidade como critério de inclusão para este indicador. 	Sem comentários/sugestões.
8a) Fontes de informação (apropriadas para obter os dados)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta retratar a participação do idoso no processo de escolha, interesse pelo tema, impacto no projeto individual. 	Sem comentários/sugestões.
9) Critérios para qualificar os dados	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as questões subjetivas que envolvem a participação ou não do idoso na atividade. - Ampliar para as atividades promovidas pela rede e que o centro dia participou com a inserção dos idosos. - No texto a palavra “relação” foi escrita duas vezes. Não ficou claro o que englobaria “relação de participantes”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Além da exclusão da duplicidade ocorreram mais alterações no texto. - Deve-se observar que, em se tratando de idosos com comprometimento cognitivo e outros, nem sempre o idoso permanece em tempo integral numa atividade. Pode haver uma flutuação na permanência ou desinteresse no tipo de atividade por ausência de compreensão ou significado da atividade proposta, o que pode dificultar aferir a presença/participação do idoso.
10) Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> - No operacional nem sempre é viável. - O idoso no início da sua inserção na instituição talvez tenha que realizar algumas adaptações na participação das atividades socioculturais em um período menor, mensalmente. Trimestral é muito tempo para quem frequenta a instituição no mínimo três vezes por semana. 	Sem comentários/sugestões.

(continua)

(continuação)

Julgamento 2 - Atributos do indicador		
Item	Comentários/sugestões na primeira rodada	Comentários/sugestões na segunda rodada
1) Validade	- Não apresenta parâmetros da qualidade da ação, aponta apenas a quantidade de ações desenvolvidas.	Sem comentários/sugestões.
2) Atribuível	- Não apresenta o envolvimento e interesse do idoso em relação à atividade proposta.	Sem comentários/sugestões.
5) Especificidade	- Entendo que apresente apenas os casos de participação na atividade, mas não de qualidade e satisfação.	Sem comentários/sugestões.
7) Efetivo	- A quantidade de atividades socioculturais não retrata necessariamente o impacto das atividades nos PAIs.	Sem comentários/sugestões.
Julgamento 3 - Componentes do indicador		
1) Clareza	- Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4? - No texto a palavra “relação” foi escrita duas vezes. Não ficou claro o que englobaria “relação de participantes”.	Sem comentários/sugestões.
2) Pertinência	- Aponta apenas a quantidade de ações e não a qualidade das mesmas em relação ao PAI. - Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4?	Sem comentários/sugestões.
3) Simplicidade	- Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4?	Sem comentários/sugestões.
4) Objetividade	- Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4? - Nem sempre, pois depende diretamente da vontade expressa do idoso em participar e das questões implícitas a esta decisão. Há componentes subjetivos que podem levar a uma interpretação pouco objetiva.	Sem comentários/sugestões.
5) Precisão	- Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4?	Sem comentários/sugestões.
6) Credibilidade	- Não retrata o impacto da ação sócio cultural no PAI e na qualidade de vida do idoso. - Os componentes não se aplicam ao que se pretende medir, se queremos saber o índice de participação, por que avaliar C3 e C4?	Sem comentários/sugestões.

Fonte: A pesquisadora.

(conclusão)

APÊNDICE M - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR AMBIENTE E ERGONOMIA EM CENTROS DIA PARA IDOSOS APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

- **Título do indicador**

Ambiente e ergonomia em centros dia para idosos (AECDI).

- **Descrição**

O ambiente é construído por valores objetivos, como função, cor, ventilação, temperatura, iluminação, e por valores subjetivos, relacionados à experiência de vida e sensação de bem-estar (Bestetti, 2014). Os fatores objetivos podem modificar ou qualificar um espaço, gerando ambientes acolhedores e estimulantes (Brasil, 2010). Ergonomia refere-se à compreensão das interações entre as pessoas e todos os aspectos relacionados à atividade humana, adaptando o ambiente às suas necessidades, limitações e habilidades para promover o bem-estar e melhorar seu desempenho (Abergo, 2000). A Norma Brasileira NBR 9050/2015 estabelece os critérios para acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos para proporcionar a utilização do ambiente de maneira segura, autônoma e independente (ABNT, 2015). No centro dia, o conforto ambiental e a acessibilidade devem ser componentes da autonomia e da qualidade de vida dos idosos, estimulando suas capacidades, relacionamentos e utilização do local (Brasil, 2001). Assim, a adaptação ergonômica e ambiental refere-se a modificar um espaço para que este se torne acessível (ABNT, 2015).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Associação Brasileira de Ergonomia, ABERGO. O que é ergonomia [citado 2018 mai. 07]. Disponível em: http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT; 2015.
- Bestetti MLT. Ambiência: espaço físico e comportamento. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(3): 601-10.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 jun. 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social, Secretaria de Políticas de Assistência Social, Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social, Gerência de Atenção à Pessoa Idosa. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Institui as normas de funcionamento dos serviços de atenção ao idoso no Brasil. In: Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Normas de funcionamento dos serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília; 2001.

- **Tipo de indicador**

Estrutura.

- **Numerador**

Número de espaços adaptados segundo a legislação vigente.

Apêndices

- **Denominador**

Número total de espaços verificados do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{l} \text{Índice de adaptação ergonômica} \\ \text{e ambiental} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Número de espaços adaptados} \\ \text{segundo legislação vigente} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Número total de espaços verificados} \\ \text{do centro dia sob avaliação} \end{array}} \times 100$$

- **População ou amostra**

Todos os espaços internos e externos do centro dia em que haja circulação de idosos.

- **Fontes de informação**

Observação dos espaços internos e externos do centro dia.

- **Critérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar a Norma Brasileira NRB 9050 vigente, estabelecida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

- **Periodicidade da avaliação**

Anual.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR AMBIENTE E ERGONOMIA EM CENTROS DIA PARA IDOSOS

Código	Componente	Evidência
I3-C1	Há espaço livre para circulação.	C
I3-C2	Há corrimão nas áreas de circulação.	C
I3-C3	Há pisos antiderrapantes.	C
I3-C4	Há sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível, quando necessário.	C
I3-C5	Há rampas para vencer desníveis, quando necessário.	C
I3-C6	Há porta com dimensão adequada, conforme descrito na legislação vigente.	C
I3-C7	Há iluminação natural e/ou artificial.	C
I3-C8	Há segurança contra incêndio.	C
I3-C9	Há móveis estáveis, robustos e leves.	C
I3-C10	Há assentos com altura adequada, segundo legislação vigente.	C
I3-C11	Há sanitários que contemplam as especificações da legislação vigente.	C
I3-C12	Há ventilação adequada.	C
I3-C13	Há ausência de sons acima de 120 dB.	C
I3-C14	Há sinalização direcional/informativa.	C
I3-C15	Há ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares.	C
I3-C16	Havendo escadas, suas dimensões são adequadas, conforme legislação vigente.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR AMBIENTE E ERGONOMIA EM CENTROS DIA PARA IDOSOS

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Há espaço livre para circulação.	Sim
Há corrimão nas áreas de circulação.	Sim
Há pisos antiderrapantes.	Sim
Há sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível, quando necessário.	Sim
Há rampas para vencer desníveis, quando necessário.	Sim
Há porta com dimensão adequada, conforme descrito na legislação vigente.	Sim
Há iluminação natural e/ou artificial.	Sim
Há segurança contra incêndio.	Sim
Há móveis estáveis, robustos e leves.	Sim
Há assentos com altura adequada, segundo legislação vigente.	Sim
Há sanitários que contemplam as especificações da legislação vigente.	Sim
Há ventilação adequada.	Sim
Há ausência de sons acima de 120 dB.	Sim
Há sinalização direcional/informativa.	Sim
Há ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares.	Sim
Havendo escadas, suas dimensões são adequadas, conforme legislação vigente.	Sim

Para avaliar o indicador ambiente e ergonomia em centros dia para idosos, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Espaço livre para circulação	Corrimão nas áreas de circulação	Pisos antiderrapantes	Sinalização tátil e visual no piso para demarcação de mudança de nível	Rampas para vencer desníveis	Porta com dimensão adequada	Iluminação natural e/ou artificial	Segurança contra incêndio
Idoso 1								
Idoso 2								
Idoso 3								
Idoso 4								
Idoso 5								

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

Para avaliar o indicador ambiente e ergonomia em centros dia para idosos, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Móveis estáveis, robustos e leves	Assentos com altura adequada	Sanitários que contemplam as especificações da legislação	Ventilação adequada	Ausência de sons acima de 120 dB	Sinalização direcional/ informativa	Ausência de capachos, carpetes, tapetes e similares	Escadas com dimensões adequadas
Idoso 1								
Idoso 2								
Idoso 3								
Idoso 4								
Idoso 5								

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE N – MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR

MONITORAMENTO DO PLANO DE ATENÇÃO INDIVIDUAL DA PESSOA IDOSA APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

- **Título do indicador**

Monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa (MPAI).

- **Descrição**

Monitorar e avaliar o Plano de Atenção Individual (PAI) refere-se às respostas do centro dia às necessidades/demandas do idoso, identificadas na sua admissão e a cada reavaliação do PAI (ISS, 2010). O PAI é uma estratégia para organizar, planejar, implementar e monitorar as ações e intervenções necessárias à melhoria ou manutenção da capacidade funcional do idoso. Preferencialmente, sua elaboração deve ser compartilhada entre idoso, seus familiares/cuidadores e os profissionais do centro dia. No Plano devem estar descritos: necessidades de saúde, psicológicas e sociais do idoso (o quê?); intervenções necessárias para responder às necessidades (como?); justificativas para realizar tais intervenções (por quê?); profissionais envolvidos (quem?); equipamentos de saúde ou sociais necessários para implementar as intervenções (onde?). A elaboração do PAI é composta pelas seguintes etapas: avaliação, planejamento, coordenação e implementação das ações, e monitoramento e avaliação do plano de atenção (Brasil, 2006; Moraes, 2012).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

- Instituto da Segurança Social, ISS. Manual de processos-chave centro de dia. 2ª ed. Portugal: Instituto da Segurança Social; 2010.

- Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

- **Tipo de indicador**

Processo.

- **Numerador**

Número de planos de atenção individual monitorados nos últimos três meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de monitoramento} & & \\ \text{do plano de atenção individual} & = & \frac{\text{Número de planos de atenção individual}}{\text{Número total de idosos frequentadores}} \times 100 \\ \text{da pessoa idosa} & & \begin{array}{l} \text{monitorados nos últimos três meses} \\ \text{há três meses ou mais do centro dia} \\ \text{sob avaliação} \end{array} \end{array}$$

- **População ou amostra**

Apêndices

Todos os idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam as datas de admissão e de reavaliação do plano de atenção individual.

- **Critérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da avaliação e monitoramento do plano de atenção individual, realizado por qualquer membro da equipe interprofissional. A ausência de registro indica que não houve monitoramento do plano no período considerado.

- **Periodicidade da avaliação**

Trimestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR MONITORAMENTO DO PLANO DE ATENÇÃO INDIVIDUAL DA PESSOA IDOSA

Código	Componente	Evidência
I1-C1	Há registro de elaboração de plano de atenção individual na admissão.	C
I1-C2	Há registro de monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de três meses.	C
I1-C3	Há registro das necessidades/demandas de saúde, psicológicas e sociais do idoso.	C
I1-C4	Há registro das intervenções necessárias para responder às necessidades identificadas.	C
I1-C5	Há registro da implementação das intervenções necessárias no prazo estabelecido no plano.	C
I1-C6	O plano de atenção foi elaborado de forma compartilhada entre idoso, familiares/cuidadores e profissionais do centro dia.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR MONITORAMENTO DO PLANO DE ATENÇÃO INDIVIDUAL DA PESSOA IDOSA

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Elaboração de plano de atenção individual na admissão.	Sim
Monitoramento do plano de atenção individual no prazo máximo de três meses.	Sim
Registro das necessidades/demandas de saúde, psicológicas e sociais do idoso.	Sim
Registro das intervenções necessárias para responder às necessidades identificadas.	Sim
Implementação das intervenções necessárias no prazo estabelecido no plano.	Sim
Elaboração do plano de forma compartilhada entre idoso, familiares/cuidadores e profissionais do centro dia.	Sim

Para avaliar o indicador *monitoramento do plano de atenção individual da pessoa idosa*, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Elaboração de PAI na admissão	Monitoramento do PAI no prazo máximo de três meses	Registro das necessidades/ demandas do idoso	Registro das intervenções necessárias	Implementação das intervenções no prazo estabelecido	Elaboração do plano de forma compartilhada
Idoso 1						
Idoso 2						
Idoso 3						
Idoso 4						
Idoso 5						

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE O - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

- **Título do indicador**

Avaliação da capacidade funcional do idoso (ACFI).

- **Descrição**

Capacidade funcional refere-se à interação entre os atributos pessoais – físicos e mentais – e os fatores ambientais que permitem a uma pessoa realizar as atividades que são importantes para ela e que possibilitam sua sobrevivência (OMS, 2015). A capacidade funcional está relacionada com as atividades de vida diária (AVD) básicas e instrumentais. As atividades básicas de vida diária (ABVD) são aquelas relacionadas ao autocuidado (exemplos: tomar banho, alimentar-se, vestir-se, mover-se). As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) favorecem a independência e a participação na comunidade (exemplos: arrumar a casa, usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, administrar as finanças, gerenciar o uso dos medicamentos) (Freitas, Costa, Galera, 2016; Neri, 2014).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Freitas EV, Costa EFA, Galera SC. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 15.

- Neri AL. Capacidade funcional. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Editora Alínea; 2014. p.111-18.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 [citado 2016 dez 08]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

- **Tipo de indicador**

Processo.

- **Numerador**

Número de idosos com avaliação da capacidade funcional realizada nos últimos seis meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de avaliação} & & \text{Número de idosos com avaliação da} \\ \text{da capacidade funcional} & = & \text{capacidade funcional realizada} \\ & & \text{nos últimos seis meses} \\ & & \hline & & \text{Número total de idosos frequentadores} \\ & & \text{há seis meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array} \quad \times \quad 100$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

Apêndices

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre a avaliação da capacidade funcional dos idosos e sua reavaliação.

- **Crítérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da avaliação da capacidade funcional por meio de instrumentos específicos, realizado por membro da equipe interprofissional. A ausência de registro indica que não houve avaliação da capacidade funcional.

- **Periodicidade da avaliação**

Semestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

Código	Componente	Evidência
I2-C1	Há registro de avaliação da capacidade funcional na admissão.	C
I2-C2	Há registro de reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de seis meses.	C
I2-C3	Aplica instrumento específico de avaliação da capacidade funcional.	B
I2-C4	Classifica os idosos em grupos, segundo o grau de funcionalidade.	B
I2-C5	Possui profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Avaliação da capacidade funcional na admissão.	Sim
Reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de seis meses.	Sim
Aplicação de instrumento específico de avaliação da capacidade funcional.	Sim
Classificação dos idosos em grupos, segundo o grau de funcionalidade.	Sim
Possui profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional.	Sim

Apêndices

Para avaliar o indicador Avaliação da capacidade funcional do idoso, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Avaliação da capacidade funcional na admissão	Reavaliação da capacidade funcional no prazo máximo de seis meses	Aplicação de instrumento específico de avaliação da capacidade funcional	Classificação dos idosos em grupos, segundo o grau de funcionalidade	Profissional de saúde capacitado para realizar avaliação da capacidade funcional
Idoso 1					
Idoso 2					
Idoso 3					
Idoso 4					
Idoso 5					

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE P - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA DO IDOSO APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

• Título do indicador

Avaliação da função cognitiva do idoso (AFCI).

• Descrição

A avaliação cognitiva é um processo extenso de avaliação das funções mentais para verificar se o envelhecimento cognitivo está ocorrendo de forma normal ou patológica. As funções cognitivas, como atenção, orientação, memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, raciocínio, linguagem e outras, são essenciais para manter a autonomia e a independência dos idosos. A avaliação cognitiva deve ser realizada por profissional treinado e requer algumas etapas, como: entrevista clínica; aplicação de testes e escalas para avaliação cognitiva, funcional e de humor; exame físico; e exames laboratoriais complementares. Caso sejam identificadas alterações nas funções cognitivas, o idoso deve ser encaminhado para uma avaliação mais abrangente e acompanhamento clínico (Aprahamian, Biella, Vanderlinde, 2016).

A estimulação cognitiva refere-se a uma intervenção que busca estimular e reforçar as funções cognitivas, visando a prevenir ou diminuir perdas e manter a funcionalidade e a independência (Abreu, Tamai; Pinheiro, Gomes, 2014). Ela está associada ao aumento do desempenho em testes cognitivos e da autonomia e à diminuição do risco de declínio cognitivo, de demência e de sintomas depressivos, e deve ser um componente essencial do cuidado ao idoso (Apóstolo et al., 2011; Vidovich, Almeida, 2011; Gelber et al., 2012; Wang et al., 2012).

• Fundamentação teórico-científica

- Aprahamian I, Biella MM, Vanderlinde F. Rastreio cognitivo em idosos. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. cap. 133.

- Abreu VPS, Tamai SAB. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p.1162-69.

- Pinheiro SB; Gomes ML. Efeitos das atividades lúdicas no idoso com alteração no cognitivo leve: uma revisão de literatura. Rev Pesq Fisioter. 2014;4(1):71-7.

- Apóstolo JLA, Cardoso DFB, Marta LMG, Amaral TIO. Efeito da estimulação cognitiva em idosos. Rev Enferm Ref. 2011;3(5):193-201.

- Vidovich M, Almeida OP. Cognition-focused interventions for older adults: the state of play. Australas Psych. 2011;19(4):313-6.

- Wang HX, Xu W, Pei JJ. Leisure activities, cognition and dementia. Biochimica et Biophysica Acta; 2012. p. 482-91.

- Gelber RP, Petrovitch H, Masak KH, Abbott RD, Ross GW, Launer LJ et al. Lifestyle and the risk of dementia in Japanese-american men. J Am Geriatr Soc. 2012;60(1):118-23.

• Tipo de indicador

Processo.

Apêndices

- **Numerador**

Número de idosos com avaliação da função cognitiva realizada nos últimos seis meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de avaliação da função} & & \text{Número de idosos com avaliação da} \\ \text{cognitiva do idoso} & = & \text{função cognitiva realizada} \\ & & \text{nos últimos seis meses} \\ & & \text{Número total de idosos frequentadores} \\ & & \text{há seis meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array} \quad \times \quad 100$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores há seis meses ou mais do centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre a avaliação da função cognitiva e sua reavaliação.

- **Crítérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da avaliação da função cognitiva por meio de instrumentos específicos, realizado por membro da equipe interprofissional. A ausência de registro indica que não houve avaliação da função cognitiva.

- **Periodicidade da avaliação**

Semestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA DO IDOSO

Código	Componente	Evidência
I5-C1	Há registro de avaliação da função cognitiva na admissão.	C
I5-C2	Há registro de reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de seis meses.	C
I5-C3	Aplica instrumento específico de avaliação da função cognitiva.	B
I5-C4	Promove atividades de estimulação cognitiva para os idosos.	B
I5-C5	Possui profissional capacitado para realizar avaliação da função cognitiva.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA DO IDOSO

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Avaliação da função cognitiva na admissão.	Sim
Reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de seis meses.	Sim
Aplicação de instrumento específico de avaliação da função cognitiva.	Sim
Promoção de atividades de estimulação cognitiva para os idosos.	Sim
Possui profissional capacitado para realizar avaliação da função cognitiva.	Sim

Apêndices

Para avaliar o indicador Avaliação da função cognitiva do idoso, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Avaliação da função cognitiva na admissão	Reavaliação da função cognitiva no prazo máximo de seis meses	Aplicação de instrumento específico de avaliação da função cognitiva	Atividades de estimulação cognitiva para os idosos	Profissional capacitado para realizar avaliação da função cognitiva
Idoso 1					
Idoso 2					
Idoso 3					
Idoso 4					
Idoso 5					

Legenda:

- A** Componente atende ao parâmetro de referência.
NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
SR Não há registro do componente.

APÊNDICE Q - MANUAL OPERACIONAL DO INDICADOR PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

- **Título do indicador**

Participação dos idosos nas atividades socioculturais (PASC).

- **Descrição**

As atividades socioculturais são desenvolvidas por pessoas, grupos ou instituições com o objetivo de promover a participação ativa das pessoas em seu processo de desenvolvimento social e/ou cultural. No âmbito social, essas atividades auxiliam na redução das desigualdades sociais, garantia da liberdade de expressão, estimulação do desenvolvimento social e comunitário, formação da consciência coletiva e melhora da qualidade de vida. No aspecto cultural, elas contribuem para o desenvolvimento cultural, a igualdade de oportunidades de participação, o aumento da inovação cultural e a criação de espaços culturais (Trilla, 2004). A participação dos idosos em atividades socioculturais pode atenuar as limitações físicas e cognitivas e favorecer as relações sociais (Costa, 2012).

- **Fundamentação teórico-científica**

- Trilla J (coordenador). Animação sociocultural. Teorias, programas e âmbitos. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.

- Costa AAF. Animação sociocultural de idosos: um modo de promover o envelhecimento ativo em contexto institucional [dissertação]. Portugal: Faculdade de Letras, Universidade do Porto; 2012.

- **Tipo de indicador**

Resultado.

- **Numerador**

Número de idosos que participaram das atividades socioculturais promovidas pelo centro dia nos últimos três meses.

- **Denominador**

Número total de idosos frequentadores há três meses ou mais do centro dia sob avaliação.

- **Cálculo do indicador**

$$\begin{array}{lcl} \text{Índice de participação dos} & & \text{Número de idosos que participaram das} \\ \text{idosos nas atividades} & = & \text{atividades socioculturais promovidas} \\ \text{socioculturais} & & \text{pelo centro dia nos últimos três meses} \\ & & \text{Número total de idosos frequentadores} \\ & & \text{há três meses ou mais do centro dia} \\ & & \text{sob avaliação} \end{array} \quad \times \quad 100$$

- **População ou amostra**

Todos os idosos frequentadores no centro dia, com assiduidade de, no mínimo, três vezes por semana.

Apêndices

- **Fontes de informação**

Bases de dados institucionais, nas quais constam informações sobre atividades socioculturais promovidas pelo centro dia e relação de idosos que participaram.

- **Critérios para qualificar os dados obtidos**

Deve-se considerar o registro da participação dos idosos que frequentam o centro dia nas atividades socioculturais, internas ou externas, por meio de lista de presença ou relação de participantes. A ausência de registro indica que não houve participação dos idosos nas atividades socioculturais.

- **Periodicidade da avaliação**

Trimestral.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO INDICADOR PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS

Código	Componente	Evidência
I6-C1	Há registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia.	C
I6-C2	Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais.	C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS

Data: ____/____/____

Parâmetros de referência:

Componente	Referência
Há registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia.	Sim
Há lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais.	Sim

Para avaliar o indicador Participação dos idosos nas atividades socioculturais, favor preencher a planilha a seguir, com seus respectivos componentes, de acordo com a legenda abaixo.

Usuário/ Componente	Registro de atividades socioculturais promovidas pelo centro dia.	Lista de presença ou relação de participantes com registro da participação de idosos nas atividades socioculturais
Idoso 1		
Idoso 2		
Idoso 3		
Idoso 4		
Idoso 5		

Legenda:

- A Componente atende ao parâmetro de referência.
- NA Componente não atende ao parâmetro de referência.
- SR Não há registro do componente.

Anexo

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de indicadores de qualidade assistencial em centros dia para idosos

Pesquisador: Flavia Renata Fratezi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89444218.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.712.786

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado intitulado "Construção e validação de indicadores de qualidade assistencial em centros dia para idosos".

Surgiram como pendências na primeira versão: "É necessário incluir no TCLE a possibilidade de indenização e ressarcimento conforme estabelece a Resolução 466/12 como item obrigatório do documento".

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos: "Propor uma ferramenta para o monitoramento da qualidade assistencial em centros dia para idosos, pautada no modelo avaliativo Donabedian". "Construir e validar um conjunto de indicadores de qualidade assistencial em centros dia para idosos"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aponta como riscos: "Indiretos, relacionados à disponibilidade de tempo dos juizes para responder ao questionário de validação de conteúdo; e dos responsáveis pelos centros dia, para disponibilizar o banco de dados institucional para coleta de dados".

E como Benefícios: "indiretos e correspondem, essencialmente, na cooperação para a obtenção de uma ferramenta para monitorar a qualidade assistencial ao idoso em centros dia".

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.712.786

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências referentes ao direito de indenização e ressarcimento foram inseridos no novo TCLE

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1096213.pdf	11/05/2018 16:11:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2018_0504.docx	04/05/2018 12:33:53	Flavia Renata Fratezi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Plataforma_Brasil_2018_0307.docx	29/03/2018 13:01:22	Flavia Renata Fratezi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_Aprovacao_2018_0328.docx	29/03/2018 12:59:25	Flavia Renata Fratezi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2018_0328.docx	29/03/2018 12:54:51	Flavia Renata Fratezi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada_2018_0328.pdf	29/03/2018 12:52:17	Flavia Renata Fratezi	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.712.786

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Junho de 2018

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br