**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FLÁVIA RENATA FRATEZI

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA
PARA IDOSOS NA PERSPECTIVA DO
ENVELHECIMENTO ATIVO: SUBSÍDIOS PARA
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

**SÃO PAULO
2015**

FLÁVIA RENATA FRATEZI

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA
PARA IDOSOS NA PERSPECTIVA DO
ENVELHECIMENTO ATIVO: SUBSÍDIOS PARA
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre 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

2015

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

Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços / Flávia Renata Fratezi. São Paulo, 2015.
161 p.

Dissertação (Mestrado) – 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. Envelhecimento. 2. Idosos. 3. Assistência a idosos.
4. Saúde do idoso. 5. Serviços de saúde – avaliação.
6. Avaliação de serviços. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Flávia Renata Fratezi

Título: Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof ^a . Dr ^a . Daisy Maria Rizatto Tronchin	Instituição: Escola de Enfermagem USP
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Para Fátima

Ao meu lado, trilhou muitos caminhos que me permitiram essa conquista.

Deixou muitos de seus sonhos para me ajudar a realizar os meus.

A você, mãe, meu muito obrigada! Te amo!

*Aos meus irmãos Fernando, Felipe e Frederico,
pelo amor, paciência, apoio e carinho.*

*Ao meu pai Fernando (in memoriam),
pelo amor e ensinamentos que me deixou.*

*Ao meu avô Silvio e à minha avó Deolinda (in memoriam),
pelo amor e exemplos de vida.*

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pela vida.

À Prof^a. Dr^a. *Daisy Maria Rizatto Tronchin*, pela orientação, dedicação e confiança e pelos valiosos conhecimentos e ensinamentos que me transmitiu.

À Prof^a. Dr^a. *Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez*, pela amizade, pelo incentivo e estímulo e por, desde a graduação, estar contribuindo com meu crescimento profissional e pessoal.

À Prof^a. Dr^a. *Marta Maria Melleiro*, pelo apoio e pelas importantes contribuições com este trabalho.

A *Jeane Roza Quintans*, pela sua valiosa amizade, pelo apoio, carinho, pela compreensão e pelas ajudas.

A *Tatiana Yonekura* e *Graziela Trevisan da Ros*, pelo apoio, pelas contribuições e amizade.

Às *especialistas* que compuseram o Comitê de Juízas, pela atenção e pelas importantes contribuições.

Aos meus *companheiros de trabalho* do Contínuo Florescer Centro Dia do Idoso, por toda a paciência, a compreensão, o incentivo e o apoio. E aos idosos, pela inspiração.

Às *colegas do Grupo de Pesquisa*, pelas experiências compartilhadas.

Aos meus *colegas do LIGRESS/HCor* - Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Regulação e Avaliação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração, pelo apoio no início desta caminhada.

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.

RESUMO

Introdução: O centro dia é uma alternativa promissora de atenção integral ao idoso que se baseia na promoção da saúde, na prevenção de agravos, na recuperação e na reabilitação e que possibilita aos idosos a oportunidade para vivenciar um envelhecimento ativo. **Objetivos:** Identificar as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, desenvolvidas em centros dia para idosos, nas dimensões saúde, participação, segurança e educação; e validar o conteúdo dessas atividades, para subsidiar a avaliação da qualidade da atenção ao idoso em centros dia. **Método:** Estudo metodológico, conduzido em três fases: identificação das atividades de atenção aos idosos desenvolvidas em centros dia; seleção e descrição das atividades, referentes à promoção da saúde e à prevenção de agravos, de acordo com as dimensões saúde, participação, segurança e educação; e validação de conteúdo das atividades, realizada por nove especialistas. O índice de consenso estabelecido correspondeu a 80% e as atividades foram validadas segundo os atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade. O período de coleta de dados da primeira e da segunda fase ocorreu de outubro a dezembro de 2013; e o da terceira fase, de setembro a novembro de 2014. **Resultados:** Oito atividades foram validadas pelos juízes e duas foram incluídas, conforme sugestões dos especialistas. Na dimensão saúde, as atividades foram: capacidade funcional e fragilidade, alimentação e nutrição, higiene e conforto, medicamentos de uso contínuo e manejo e estímulo cognitivo; na dimensão participação, as atividades socioculturais, acolhimento e monitoramento e apoio espiritual/religioso; na segurança, as atividades corresponderam a acessibilidade e controle dos fatores de risco para queda; e na dimensão educação, as atividades educativas. No total, foram avaliados 82 itens, dos quais 100% alcançaram o consenso estabelecido no atributo relevância; 91,4% na clareza; 97,5% na pertinência; e 92,6% na simplicidade. Apenas nove itens não atingiram o consenso proposto, dentre os quais, oito obtiveram consenso muito próximo ao estimado, 77%, e somente um obteve consenso de 66% e foi excluído, conforme sugestões dos especialistas. A maior parte das sugestões dos juízes deu-se em relação à clareza e à simplicidade das descrições. A avaliação dos especialistas possibilitou a construção do Guia de Atividades de Atenção ao Idoso, Desenvolvidas em Centros Dia, na Perspectiva do Envelhecimento Ativo. **Conclusões:** O estudo permitiu sistematizar as atividades a serem desenvolvidas em centros dia, no âmbito do cuidado. O Guia poderá subsidiar a avaliação dos centros dia, por parte dos gestores e dos profissionais que atuam nesses cenários, para promover a melhoria da qualidade do serviço prestado.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Assistência diurna. Atenção integral ao idoso. Avaliação de serviços de saúde. Estudos de validação. Envelhecimento ativo. Centro dia para idosos.

Fratezi FR. Activities developed in day-care centers for elderly aimed at active aging: subsidies for assessing the quality of services [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The day-care center is a promising alternative for the integral attention for elderlies. It develops the promotion of health, prevention of health dangers, recovery, and rehabilitation, aimed at an active aging for the elderly. **Objectives:** Identify activities for the health promotion and health danger prevention developed in a day-care center for elderly by promoting health, participation, safety and education; validate the content of such activities, in order to provide subsidies and assessment of services provided in a day-care center for the elderly. **Method:** Methodological study was carried out in three phases: identification of care activities for elderly developed in day-care centers; selection and description of activities concerning health promotion and health danger prevention, according to health, participation, safety and education principles; validation of activities content carried out by nine specialists. The established consensus rate was at 80%, and activities were assessed based on relevance, clearness, pertinence and simplicity. The data collection period for the first and second phases was between October and December 2013, and between September and November 2014 for the third phase. **Results:** The jury assessed eight activities, and specialists suggested to include two activities. They are classified as follows: concerning health: functional capacity and weakness, food and nutrition, hygiene and comfort, drugs of continuous use and handling and cognitive stimulation; concerning participation: the socio-cultural activities, acceptance and monitoring and spiritual/religious support; concerning safety: assessment and control of risk factor for falls; concerning education: educational activities. In the end, 82 items were assessed. 100% of them were considered relevant; 91.4% were considered clear; 97.5% were considered pertinent; and 92.6% were considered simple. Only nine items have not achieved the proposed consensus. Eight out of them were close to the proposed consensus rate at 77% and only one, with 66%, was excluded, according to specialists' orientations. The major part of jury's suggestions were related to clearness and simplicity of descriptions. The jury's assessment enabled the elaboration of the Elderly Attention Activities Guide, which are carried out in day-care centers, aiming at the active aging. **Conclusions:** The study organized the activities to be developed in day-care centers in relation to care. The Guide can support the administrators and professionals to assessing the day-care centers, and, therefore, improving the quality of provided service.

KEYWORDS: Aging. Day care. Comprehensive health care. Health services evaluation. Validation studies. Active Aging. Geriatric day care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma da revisão	38
Figura 2 -	Etapas para a validação das atividades	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descritores e estratégia de busca por bases de dados e literatura cinza	37
Quadro 2 -	Número de artigos obtidos nas bases de dados e na literatura cinza	39
Quadro 3 -	Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão saúde	41
Quadro 4 -	Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão participação	42
Quadro 5 -	Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão segurança	43
Quadro 6 -	Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão educação	43
Quadro 7 -	Sugestões/comentários das especialistas para aprimorar a definição das atividades em cada uma das dimensões	54
Quadro 8 -	Sugestões/comentários das especialistas para as descrições das atividades alimentação e nutrição e higiene e conforto, na dimensão saúde	58
Quadro 9 -	Sugestões/comentários das especialistas para as descrições das atividades otimização da capacidade mental, atividades socioculturais, acolhimento e monitoramento e apoio espiritual, na dimensão participação	63
Quadro 10 -	Sugestões/comentários das especialistas para as descrições da atividade acessibilidade e mobilidade, na dimensão segurança	67
Quadro 11 -	Sugestões/comentários das especialistas para as descrições das atividades socioeducativas, na dimensão educação	69

Quadro 12 - Descrição dos artigos, segundo autor principal, título, ano de publicação, país, fonte e idioma	109
Quadro 13 - Descrição das atividades desenvolvidas em centros dia para idosos, segundo os artigos selecionados	111
Quadro 14 - Sugestões/comentários das especialistas quanto à inclusão ou exclusão de descrições em cada uma das atividades	137
Quadro 15 - Sugestões/comentários das especialistas quanto à inclusão ou exclusão de atividades em cada uma das dimensões	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das especialistas segundo natureza jurídica da instituição, cargo, área de atuação e titulação acadêmica	52
Tabela 2 -	Consenso do julgamento pelas especialistas quanto à definição das atividades em cada uma das dimensões	53
Tabela 3 -	Consenso das especialistas para as descrições das atividades na dimensão saúde	55
Tabela 4 -	Consenso das especialistas para as descrições das atividades na dimensão participação	60
Tabela 5 -	Consenso das especialistas para as descrições da atividade na dimensão segurança	66
Tabela 6 -	Consenso das especialistas para as descrições da atividade na dimensão educação	68

LISTA DE SIGLAS

AAVDs	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
CDI	Centro Dia para Idosos
DCNTs	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
EA	Envelhecimento Ativo
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Consenso
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	MOTIVAÇÃO DO ESTUDO	16
1.2	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO AOS IDOSOS	18
1.3	OS CENTROS DIA PARA IDOSOS E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS	25
2	OBJETIVOS	32
3	MÉTODO	34
3.1	TIPO DE ESTUDO	35
3.2	ASPECTOS ÉTICOS	35
3.3	IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA PARA IDOSOS	35
3.3.1	Identificação das atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia	36
3.3.2	Seleção e descrição das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, nas dimensões saúde, participação, segurança e educação	39
3.4	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS ATIVIDADES SELECIONADAS	43
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
3.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	48
4	RESULTADOS	49
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES	51
4.2	VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO AOS IDOSOS, DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA, NA PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO ATIVO	53
5	DISCUSSÃO	72
6	CONCLUSÃO	88
6.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	108
	ANEXOS	157

1 Introdução

1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Meu interesse pelo tema do envelhecimento data da infância, pela relação pessoal com meus avós maternos e, também, por perceber que meus contatos no decorrer do tempo eram mantidos, mais fortemente, com pessoas dessa faixa etária.

Esses fatos despertaram o desejo de me adentrar nas especificidades e nas necessidades das pessoas idosas, para além do campo biológico, incluindo, também, os aspectos psicológicos e socioculturais.

Diante da possibilidade de exercer uma profissão na qual entraria em contato com os desafios de conhecer e assistir com qualidade as necessidades e as expectativas desse contingente populacional, decidi cursar a Graduação em Gerontologia, integrando a primeira turma de gerontólogos formados no Brasil, no ano de 2008, pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

A gerontologia é uma ciência que estuda o processo de envelhecimento nas dimensões biológica, psicológica e social e a formação do bacharel capacita-o para atuar junto às demandas assistenciais específicas dos idosos, seus familiares e cuidadores, objetivando a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos. Ao pautar suas ações na prevenção de agravos à saúde e na promoção do envelhecimento saudável e ativo, o gerontólogo contribui para que o envelhecimento seja um processo orientado, bem-sucedido e assistido.

Os cenários de atuação desse profissional são amplos e podem incluir, dentre outros: centros dia; convênios e planos previdenciários e de saúde; hospitais; ambulatórios; *home care*; unidades básicas de saúde; instituições de média e longa permanência; conselhos e organizações; escolas, universidades e centros educacionais; Secretarias de Saúde e de Assistência Social; serviços socioeducativos e centros de convivência.

No decorrer da graduação, ao adquirir essas competências e ao apreender a realidade da atenção prestada aos idosos nos estágios curriculares, minhas inquietações acerca da qualidade da atenção/serviços que abarcam essa população aumentaram, passando, então, a perceber os elementos constituintes do atributo qualidade.

Introdução

A minha trajetória profissional na gerontologia iniciou-se em 2010, com o atendimento em um consultório próprio, onde realizava a gestão de casos e orientação familiar. Nessa ocasião, também elaborei e ministrei cursos para formação de cuidadores de idosos.

Ao entrar nessa 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 emergentes no Brasil.

Assim, busquei oportunidades para aprofundar meu conhecimento, entendendo que a qualidade e os meios para monitorá-la e avaliá-la são elementos essenciais e de responsabilidade de todos os profissionais.

Dessa forma, cursei a disciplina *Qualidade e Avaliação de Serviços de Enfermagem e de Saúde*, como aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e, em seguida, passei a frequentar o Grupo de Pesquisa *Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem*, cadastrado no CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Em 2011, comecei a trabalhar no Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Regulação e Avaliação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração (LIGRESS/HCor), participando da pesquisa intitulada “*Apoio ao desenvolvimento de sistemas regionais de atenção integrada à saúde/regiões de saúde*”, que consistia na busca pelas melhores evidências de modelos de serviços nacionais e internacionais para apoiar o manejo integrado e continuado da cronicidade e do envelhecimento em nosso país.

Nesse período, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, vislumbrando a aquisição e a verticalização do conhecimento na temática qualidade de serviços de atenção ao idoso.

No ano de 2013, assumi a gestão de um centro dia no interior do Estado de São Paulo, passando a investigar os meios e os instrumentos capazes de mensurar e aprimorar a qualidade nesse cenário. Dessa forma, por ser recente a prática da modalidade centro dia no Brasil, venho enfrentando inúmeros desafios para reconhecer as atividades realizadas nesses serviços e indicar, como gerontóloga, instituições que assistam com qualidade e segurança e que monitorem esses atributos, avaliando o serviço prestado.

Ao recorrer à busca bibliográfica no sentido de encontrar indicadores para avaliar a qualidade dos centros dia, constatei a inexistência desse instrumento de avaliação. A busca nas bases de dados MEDLINE e LILACS, com os descritores *Outcome and Process Assessment (Health Care)*, *Aged* e *Day Care*, recuperou 147 artigos, dos quais nenhum se referia ao Brasil. A ampliação da busca, apenas com os descritores *Aged* e *Day Care* recuperou 1644 artigos, quatro brasileiros e apenas um se referia à avaliação de pacientes frequentadores de centro dia. Uma terceira busca, com os descritores *Aged*, *Quality Indicators*, *Health Care* e *Day Care* recuperou sete artigos, todos internacionais.

Então, pude verificar que a maior parte dos estudos referia-se à experiência do idoso ou do cuidador quanto à sua frequência nos centros dia, aos custos e às atividades de reabilitação. Na tentativa de compreender a escassez de estudos e medidas de avaliação da qualidade de centros dia para idosos em nosso país, observei que as atividades desenvolvidas nesses serviços ainda não estão sistematizadas e que não há um modelo ou instrumentos que fundamentem a avaliação nessas instituições. Assim, constatei a existência de uma lacuna em relação à avaliação da qualidade desses serviços.

Diante da problemática descrita e acreditando que a avaliação da qualidade constitui-se em elemento fundamental na atenção à população que envelhece, me dispus a realizar esta investigação.

1.2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO AOS IDOSOS

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo, irreversível, heterogêneo e envolve todas as fases do ciclo vital, iniciando-se com a concepção do indivíduo e acompanhando-o por todo o tempo de vida (Papaléo-Netto, 2006).

Esse processo é caracterizado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, representadas por modificação na capacidade de manutenção da homeostase, alterações celulares, funcionais e moleculares, mudança nas capacidades de percepção, rapidez da aprendizagem e memória e nos papéis e comportamentos sociais (Aykawa, Neri, 2005).

Introdução

De acordo com Neri (2008), o envelhecimento compreende as transformações do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Essas mudanças são de natureza interacional, iniciando-se em distintas épocas e ritmos e acarretando resultados diferentes para as diversas partes e funções do organismo.

As melhores condições de vida, o desenvolvimento econômico, os avanços tecnológicos e a modernização das sociedades, experimentados, inicialmente, pelos países europeus nas primeiras décadas do século XX e, posteriormente, por todos os países do mundo, levaram a um processo de transição demográfica, caracterizada pela diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida (Vasconcelos, Gomes, 2012; Veras, 2012).

A pessoa idosa é considerada aquela com idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (Brasil, 1994, 2003).

Uma das consequências dessa transição é o envelhecimento populacional, em que há diminuição relativa da proporção de crianças e jovens e aumento de adultos e idosos na população geral (IBGE, 2011).

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%. Os traços do envelhecimento também são evidentes dentro do grupo de idosos, com o aumento dos idosos muito idosos, aqueles com idade igual ou superior a 80 anos, cujo número poderá totalizar 400 milhões em todo o mundo em 2050 (WHO, 2012).

No Brasil, no ano de 2010, os idosos representavam 10,8% da população total. O envelhecimento no país pode ser ilustrado pelo fato de que em 1991, o grupo etário de 0 a 15 anos representava 34,7% da população e as pessoas com 65 anos ou mais somavam 4,8%. Em 2010, esses números se alteraram para 24,1% e 7,4%, respectivamente. A previsão é de que, em 2025, seremos o sexto país em número de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas nessa faixa etária (Schneider, Irigaray, 2008; IBGE, 2011).

Essa mudança no perfil demográfico, aliada ao aumento da renda, à urbanização, à industrialização, à mecanização da produção, ao maior acesso aos alimentos e à adoção de hábitos menos saudáveis pela população, é acompanhada

Introdução

por uma transição epidemiológica.

Esses fatores levaram a alterações no quadro de morbimortalidade, caracterizadas pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e maior prevalência de pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), perdas cognitivas, sintomas depressivos, limitações físicas, declínio sensorial e isolamento social (Lebrão, 2007; Veras et al., 2008).

Essas DCNTs, em geral, são complexas, onerosas, múltiplas, de longa duração, exigem cuidados contínuos e podem resultar em comprometimento para a realização das atividades de vida diária (AVDs) (Veras, 2009; Camarano, Kanson, 2010; Schmidt et al., 2011).

Dados de censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que, na faixa etária acima dos 65 anos, 77,6% dos entrevistados referiram ter ao menos uma doença crônica (IBGE, 2010).

A presença dessas doenças, associada às características de maior vulnerabilidade e necessidades de saúde específicas da população em processo de envelhecimento, aumenta a demanda por cuidado, com mais utilização dos serviços de saúde pelos idosos, maior frequência das internações hospitalares e elevado tempo de ocupação do leito (Rodrigues, 2007; Louvison et al., 2008).

Por isso, para melhor compreender o envelhecimento e possibilitar uma atenção adequada a essa população, considero fundamental explicitar o conceito de capacidade funcional, pois a sua avaliação no idoso produz uma visão mais ampliada acerca de sua condição de saúde física e psicológica e da sua situação social.

Para Aykawa e Neri (2005), capacidade funcional é o grau com que a pessoa consegue executar as AVDs com os próprios meios, como resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante a vida.

Ramos (2009) reiterou que essa capacidade é um indicador de saúde que varia de um grau de independência total nas atividades diárias, com autonomia completa, para um de dependência total, com perda completa de autonomia, possibilitando identificar o risco para hospitalização, institucionalização ou morte.

As medidas frequentemente empregadas para avaliar a capacidade funcional do idoso são a mobilidade e as atividades de vida diária, classificadas em básicas (ABVDs), que consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e se alimentar;

Introdução

instrumentais (AIVDs), que indicam a possibilidade de manter uma vida ativa e independente na comunidade; e avançadas (AAVDs), as quais, embora não sejam fundamentais para uma vida independente, representam o desempenho de papéis e atividades sociais (Aykawa, Neri, 2005).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, associado a doenças e incapacidade, observo que é expressiva a proporção de idosos que apresenta essas condições e, por isso, a incapacidade tem implicações não apenas no idoso, mas também na família, na comunidade e no sistema de saúde.

Os achados da pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), no ano de 2000, demonstraram que 19,2% dos idosos participantes apresentavam alguma dificuldade na realização das ABVDs e que, após o período de seis anos, esse índice aumentou para 26,6% e a proporção de idosos que declarou ter três ou mais dessas dificuldades passou de 5,6% para 12%. Dentre esses idosos, 67% não recebiam nenhuma ajuda para realizar as atividades (Duarte et al., 2010).

Desse modo, a diminuição da capacidade funcional aumenta a vulnerabilidade da pessoa idosa e limita seu desempenho nas atividades e na participação social, restringindo, assim, sua possibilidade de se manter ativa.

A Política Nacional de Saúde do Idoso assumiu que o principal problema que pode afetar as pessoas com 60 anos ou mais é a perda da capacidade funcional (Brasil, 2006a).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), destacou que a atenção à saúde do idoso deve incluir ações de prevenção, aconselhamento, identificação e acompanhamento nas situações de quedas e fraturas, violência, fragilidade, riscos e vulnerabilidades; detecção e tratamento precoce de problemas de saúde; levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade; imunização específica para o grupo etário; e avaliação da capacidade funcional (Brasil, 2012).

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

De acordo com a OMS, a promoção da saúde é um processo que permite às pessoas a melhoria e o controle da sua saúde; e a prevenção envolve as ações

direcionadas a evitar e tratar enfermidades. A OMS assume, ainda, que as políticas e programas de promoção e prevenção favorecem a capacidade funcional dos idosos, permitindo que eles vivam de forma independente por mais tempo (OMS, 2005).

Nessa perspectiva, Veras et al. (2013) propuseram um modelo de atenção ao idoso hierarquizado pela capacidade funcional em sete níveis. O primeiro nível é a porta de entrada no sistema, onde são realizadas ações de cadastramento, acolhimento e triagem; o segundo refere-se aos centros sócio-sanitários, em que o idoso recebe suporte social, realiza atividades de lazer, lúdicas, de integração e educacionais. O nível seguinte envolve os ambulatorios de complexidade 1 (clínicos) e 2 (geriátricos) para a elaboração de uma avaliação multidimensional e de um plano terapêutico. O quarto nível caracteriza-se pela assistência em domicílio, hospital dia e centro dia. O nível cinco é voltado para o tratamento da agudização das condições crônicas em hospitais de curta permanência. No sexto nível, a atenção é prestada em instituições de longa permanência e, finalmente, no sétimo, são realizados os cuidados paliativos.

O MS incluiu a saúde do idoso como um dos objetivos estratégicos na Agenda de Saúde do Brasil para o período de 2011 a 2015, visando garantir a atenção integral às pessoas idosas em todos os níveis de atenção (Brasil, 2011).

Contudo, a complexidade dos cuidados, a heterogeneidade do envelhecimento e a desarticulação dentro do próprio sistema de saúde tornam-se elementos dificultadores para a operacionalização desses modelos.

Diante desse cenário, corroboramos com a premissa de que as transições demográficas e epidemiológicas obrigam à mudança de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersectorial da saúde e na integração dos serviços de saúde (Paim et al., 2011).

Por isso, há a necessidade de reformulação dos serviços de saúde para responder às demandas da população idosa, considerando que o cuidado deve ser abrangente e envolver intervenções em distintos níveis de atenção e diversas instituições, incluindo, dentre outros, unidades de internação, hospitais-dia e instituições de cuidado prolongado (Coelho-Filho, 2000).

Ademais, a realidade dos serviços há de ser considerada em maior profundidade, a fim de se delinear efetivamente a melhor estratégia de organização da atenção ao idoso. O delineamento de unidades geriátricas, em diferentes níveis do sistema de saúde, deve, portanto, ser objeto de discussão e pesquisa no Brasil, a fim de que possam ser concebidas propostas custo-efetivas para provisão de cuidado digno às pessoas idosas (Coelho-Filho, 2000).

Nesse cenário, a OMS adotou, no final dos anos 1990, o termo Envelhecimento Ativo (EA), reconhecendo que, além da saúde física, fatores como a saúde mental e as relações sociais também afetam a maneira como as pessoas e as populações envelhecem.

A Política do Envelhecimento Ativo surgiu como uma contribuição da Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em 2002, em Madri, Espanha, a qual buscou identificar as prioridades relacionadas ao envelhecimento no mundo (OMS, 2005).

Como resultados da Assembleia, foram aprovados uma Declaração Política e o Plano Internacional de Madri, que apresentam um conjunto de 117 recomendações para as ações governamentais em três esferas prioritárias: idosos e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice, e ambiente propício e favorável aos idosos (UNRIC, 2002).

No Plano, os representantes de diversos países comprometeram-se a estabelecer metas para o Século XXI que favoreçam um envelhecimento ativo, ao assegurar aos idosos as garantias dos direitos humanos, oportunidades de realização pessoal, um envelhecimento saudável e seguro e a participação ativa na vida econômica, social, cultural e política (UNRIC, 2002).

Para a Assembleia, essa garantia deve dar-se por meio de: incentivo à vida saudável, acesso aos serviços, investimentos nos serviços sociais, estímulo à participação no mercado de trabalho e proteção aos direitos dos idosos (UNRIC, 2002).

A Organização das Nações Unidas indicou que o EA deve ter sua abordagem pautada nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. O EA diz respeito ao processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança e tem o objetivo de atuar sobre

esses três pilares, para melhorar a qualidade de vida ao envelhecer e possibilitar que o envelhecimento seja uma experiência positiva (OMS, 2005).

Dentre esses três pilares, a saúde pode ser entendida como favorecer o acesso aos serviços de saúde que atendam às necessidades físicas e/ou cognitivas dos idosos, garantindo, assim, melhor qualidade de vida, maior tempo de vida saudável e mais independência. A participação envolve a promoção de ações intersetoriais que proporcionem a integração das pessoas em atividades recreativas, culturais, de socialização e espirituais. A segurança pode ser alcançada mediante o desenvolvimento de políticas e programas que favoreçam a segurança social, física e financeira (OMS, 2005; São Paulo, 2013).

Atualmente, a Educação tem sido destacada como o quarto pilar da estrutura conceitual da Política do Envelhecimento Ativo, mediante a formação de recursos humanos especializados e de ações educativas para os idosos (Kalache, 2013; São Paulo, 2013).

O EA depende de diversos fatores determinantes, que envolvem indivíduos, famílias e países. A cultura e o gênero são considerados determinantes transversais, pois a primeira determina como cada sociedade lida com os idosos e o processo de envelhecimento; e o segundo, como os papéis que homens e mulheres ocupam interferem na forma como envelhecem (OMS, 2005).

Os demais fatores incluem os determinantes pessoais, sociais, econômicos e comportamentais, o ambiente físico e os serviços sociais e de saúde.

Segundo a OMS (2005), os determinantes pessoais envolvem a biologia, a genética e os fatores psicológicos. Os sociais são o apoio social, a violência, os maus-tratos, a educação e a alfabetização. Com relação aos determinantes econômicos, podemos citar a renda, a proteção social e o trabalho. Os comportamentais referem-se à adoção de um estilo de vida saudável, com a prática de atividade física, a alimentação adequada, a abstinência do fumo e do álcool, o uso correto de medicamentos, a adesão aos tratamentos e a saúde oral.

Os determinantes relacionados ao ambiente físico dizem respeito à moradia segura, ao acesso à água limpa, ao ar puro e aos alimentos seguros e à prevenção de quedas. Finalmente, os determinantes relativos aos sistemas de saúde e serviços sociais são a promoção da saúde e prevenção de doenças, o acesso aos serviços curativos, a assistência a longo prazo e a disponibilidade de serviços de saúde mental (OMS, 2005).

Em virtude do que foi mencionado, reconheço que as demandas decorrentes do processo de envelhecimento, as necessidades de articulação entre os serviços de saúde e de apoio social e da oferta de cuidados comunitários e de longa duração, e o entendimento de que a atenção ao idoso deve ser hierarquizada de acordo com a capacidade funcional têm propiciado o estabelecimento de novos modelos de atenção às pessoas idosas.

Nesse sentido, o centro dia tem sido descrito como uma alternativa promissora, fundamentada na promoção da saúde, na prevenção de agravos, na recuperação e na reabilitação e que possibilita aos idosos a oportunidade para vivenciar um envelhecimento ativo.

1.3 OS CENTROS DIA PARA IDOSOS E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS

No âmbito mundial, a atenção às pessoas idosas tem sido um desafio para os governantes, os sistemas de saúde, os profissionais e a família, no sentido de atender às necessidades de saúde e sociais e às expectativas da população nessa faixa etária.

Essa situação torna-se ainda mais complexa em decorrência de fatores como: o aumento da dependência, a maior prevalência de idosos portadores da doença de Alzheimer e outras demências, a insegurança, as alterações nas relações familiares, o insuficiente apoio às famílias cuidadoras e o déficit da coordenação entre o sistema de saúde e os serviços sociais (*Consejería de Bienstar Social*, 2007).

A integração dos serviços de saúde e de apoio social, a adoção de uma política de cuidados de longa duração e a oferta de um conjunto de serviços, como de reabilitação, assistenciais, abrigamento/residência, transporte e alimentação para as pessoas que necessitam de ajuda para realizar as AVDs é uma recomendação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Jacobzone, Cambois, Robine, 2000, 2001; *European Commission*, 2008).

Nessa perspectiva, diversos países, como Portugal, Espanha, Suécia, Japão, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Holanda, Reino Unido, Canadá e Noruega dispõem de modelos de cuidado continuado e integrado na atenção à dependência,

Introdução

cujos objetivos são a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, a recuperação da pessoa, a promoção da sua autonomia e a melhora da sua funcionalidade (Casado, Rico, Sabes, 2002; Portugal, 2006; *Institución del Ararteko al Parlamento Vasco*, 2007; Robertson, 2011; *Japan*, 2012).

No que tange aos princípios, esses modelos visam à proximidade da prestação dos cuidados, potencializando a oferta de serviços comunitários, dentre os quais, os centros dia têm sido apresentados como uma alternativa incorporada aos cuidados de longa duração (Casado, Rico, Sabes, 2002; Portugal, 2006).

Camarano e Mello (2010) afirmaram que, na realidade brasileira, não há programas governamentais destinados a auxiliar familiares de pessoas dependentes e que as políticas de atenção ao idoso não representam um campo claramente definido no contexto da atenção a essa população.

Para esses autores, a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, a diminuição das taxas de fecundidade e as mudanças nos padrões de nupcialidade aumentam a demanda por modelos alternativos de cuidado aos idosos dependentes, como hospitais dia, centros de convivência, cuidado domiciliar formal e centros dia para idosos (CDI).

O centro dia é um equipamento formal de suporte social ao idoso e seus familiares e cuidadores, destinado à permanência diurna de idosos fragilizados ou em risco de fragilidade, com dependência parcial para a realização das AVDs e que necessitam de atenção multiprofissional (Teixeira, 2008).

No Brasil, há aproximadamente 20 anos essa modalidade de atenção foi prevista, mediante o Decreto nº 1.948/1996 que regulamentou a Política Nacional do Idoso e que recomendou a criação de Unidades de Cuidados Diurnos, como hospitais dia e centros dia na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 2000, as Portarias nº 2.854 e nº 2.874 estabeleceram novas modalidades de atenção ao idoso como alternativas que reforçam sua autonomia e independência e que privilegiam a família como referência de atenção. Essas novas modalidades denominam-se: família acolhedora, casa-lar, república, centro dia e centro de convivência.

Segundo essas Portarias, o centro dia é

uma estratégia de atenção em instituições especializadas, onde o idoso permanece durante oito horas por dia, sendo prestados serviços de atenção à saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros, de acordo com as necessidades dos usuários.

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) reconheceu, nessas Portarias, a importância do CDI, uma vez que, nesse serviço, o idoso é atendido durante o dia e retorna para o domicílio à noite, o que 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 e a manutenção/melhoria da capacidade funcional e da autonomia.

De acordo com o MPAS, o CDI é um equipamento que proporciona

atenção integral às pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso (Brasil, 2001a).

No entender de Camarano e Mello (2010), os centros dia podem ser a melhor alternativa quando comparados à institucionalização, por não romperem os vínculos familiares e por apresentarem baixo custo. No entanto, esses autores destacaram a escassez desses serviços no Brasil, pois, no ano de 2009, foram identificados 286 centros dia públicos ou privados no país, distribuídos em 230 municípios.

No Estado de São Paulo, a iniciativa governamental de implantação dos CDIs é recente e está atrelada ao *Programa São Paulo Amigo do Idoso*, no âmbito de ações de proteção. De acordo com a Secretaria de Desenvolvimento Social, existiam, no ano de 2013, 24 centros dia públicos em funcionamento no estado e 18 instituições em construção, com a previsão de inauguração de 108 estabelecimentos

Introdução

até o final de 2014, localizados em 102 cidades¹.

A Lei nº 15.809/2013, que instituiu o *Programa Social Centro Dia do Idoso* no Município de São Paulo, iniciativa também recente, definiu que os objetivos desse serviço são oferecer assistência à família e proporcionar atenção ao idoso fragilizado como forma alternativa à institucionalização, por meio de atenção multiprofissional; além de evitar a exposição do idoso a situações de risco, como: acidentes e violência no domicílio, depressão, sedentarismo e isolamento social (São Paulo, 2013).

Esse documento determinou que os centros dia devem prestar diversos serviços de apoio, incluindo transporte adaptado de ida e/ou volta ao idoso impossibilitado de chegar ao local por meios próprios, auxílio e atendimento às AVDs, alimentação adequada, realização de atividades sociais, culturais, manuais e recreativas e acompanhamento de saúde.

De acordo com o exposto, podemos indicar como vantagens desta modalidade de atenção: a manutenção do convívio familiar e comunitário; o atendimento às demandas de saúde, psicológicas e sociais dos idosos em um único local; a prevenção do isolamento, da depressão, do aumento da dependência, da violência doméstica e do sedentarismo; e o baixo custo, por serem instituições que não exigem instalações especializadas e um quadro de funcionários complexo. Em razão dessas características, a procura pelos CDIs pode envolver causas familiares, sociais, físicas e psicológicas.

Apesar de o CDI ser uma modalidade de atenção ao idoso de caráter social, suas ações não se restringem a essa dimensão, pois serviços de cuidado à saúde e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, da mesma forma, são disponibilizados.

Nesse sentido, Gaidão (2012) verificou que o CDI assume um papel importante na promoção da autonomia, na representação de oportunidades para o envelhecimento ativo e na percepção dos idosos acerca dos resultados no seu cotidiano.

Assim, podemos observar que, na prática, essa é uma modalidade não ainda consolidada no nosso país, sendo escassos os dados do perfil da população

¹ Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social. Disponível em:
http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/programas_spamigodoidoso. Acesso em: 24 nov. 2013.

Introdução

que frequenta essas instituições e dos resultados na saúde física e mental dos idosos. Além disso, 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.

Por isso, os CDIs enfrentam, ainda, outro desafio que também está presente, tanto nos setores prestadores de serviços como nos de produção, nas esferas públicas e privadas: a busca pela qualidade dos serviços. Esse atributo objetiva atender às expectativas dos usuários internos e externos e repercute nos modelos gerenciais, nos processos de trabalho e nas políticas de recursos econômicos, humanos e materiais.

Especificamente na área da saúde, a qualidade é definida como um conjunto de características que inclui excelência profissional, uso eficiente de recursos e risco mínimo ao usuário, e pode, também, ser entendida como a satisfação das necessidades dos usuários, considerando os valores sociais existentes (Donabedian, 1988, 1992).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a qualidade na atenção é a manifestação da aplicação dos princípios de equidade, eficácia, eficiência e satisfação do usuário (OPAS, 2004).

Nas organizações de saúde, a qualidade assume um caráter político, técnico, ético e social que empreende esforços coletivos, ações sistematizadas pautadas no conhecimento técnico-científico e no estabelecimento de métodos capazes de avaliá-la e monitorá-la (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 o MS, a qualidade representa o nível de atendimento aos padrões constituídos, regulados por normas e protocolos existentes, que organizam as ações e práticas, bem como aos conhecimentos técnico-científicos atuais. Nessa concepção, a qualidade é sustentada pela execução de protocolos e atribuição de padrões pautados nas melhores evidências vigentes, podendo ser constantemente monitorada e revista por meio da avaliação (Brasil, 2006b).

Para Tanaka e Mello (2001), avaliar significa expor um valor assumido a partir de um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Na saúde, a avaliação é uma estratégia técnico-administrativa, destinada à tomada de decisão, na qual o exercício dessa capacidade é dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho.

No entender de Bittar (2001), mensurar a qualidade e a quantidade em programas e serviços de saúde é essencial para o planejamento, a organização, o direcionamento e a avaliação das atividades desenvolvidas.

Assim, a avaliação da qualidade deve ser um processo dinâmico e realizado por meio do emprego de instrumentos e estratégias passíveis de mensurar os elementos de estrutura, processos e resultados (Donabedian, 1992; Bittar, 2004).

A estrutura inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, considerando, também, o financiamento e a disponibilidade de profissionais qualificados. O processo envolve atividades, profissionais e pacientes, podendo ser analisado técnica ou administrativamente. O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas do paciente, dos profissionais ou dos gestores (Donabedian, 1980).

Nos serviços de atenção aos idosos, a estrutura deve ter características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que essas pessoas podem apresentar e as diversidades sociais. Além disso, os profissionais devem estar capacitados para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades desse grupo etário, de forma integrada com as práticas da rede de cuidado psicossocial (Piccini et al., 2006).

Nessa perspectiva, acreditamos que os resultados esperados envolvem preservar a autonomia, evitar agravos e manter ou melhorar a capacidade funcional.

Os procedimentos avaliativos da qualidade devem ser empregados sistematicamente, visando subsidiar a tomada de decisão e direcionar as estratégias para a prevenção de erros/riscos a que são expostos os usuários. Além disso, os dados e as informações geradas a partir da avaliação devem ser direcionados para provocar mudanças no contexto da prática. Logo, é imprescindível que os gestores saibam como e quais informações ou dados empregar e que não desperdicem esforços na avaliação de variáveis irrelevantes, ou para as quais não tenham governabilidade (Vituri, 2013).

No caso dos centros dia, destacam-se como critérios de qualidade: a garantia do exercício da cidadania e o acesso aos direitos, assegurando a autonomia, a privacidade, a participação, a confidencialidade, a individualidade, a dignidade e a igualdade de oportunidades; e o respeito às diferenças de gênero, sociais, econômicas, religiosas e culturais dos idosos (Instituto da Segurança Social, 2010).

Contudo, a não sistematização dos elementos para a avaliação da qualidade dos centros dia no Brasil pode ser considerada uma barreira para o planejamento das atividades, a organização do serviço e a tomada de decisão por parte dos gestores.

Por conseguinte, acredito que o desenvolvimento desta investigação poderá contribuir para sistematizar as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos essenciais à atenção ao idoso nos centros dia, no intuito de subsidiar a construção de instrumentos para a avaliação da qualidade nesses serviços.

2 Objetivos

Objetivos

- Identificar as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, nas dimensões saúde, participação, segurança e educação;
- Validar o conteúdo das atividades identificadas, no âmbito do cuidado, para subsidiar a avaliação da qualidade da atenção ao idoso em centros dia.

3 Método

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, destinado a identificar e validar atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, realizadas em centros dia para idosos.

Os estudos metodológicos envolvem a obtenção, a organização e a análise de dados e incluem o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa (Polit, Beck, 2011).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), sendo cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - CEP/EE-USP, CAAE 29147914.0.0000.5392 (Anexo 1).

Cabe pontuar que, ao CEP/EE-USP, foi enviado um ofício para que este emitisse parecer frente à necessidade do emprego do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos juízes, visto se tratar de um estudo de cunho metodológico. De acordo com o entendimento do referido Comitê, não houve a necessidade da assinatura do TCLE pelos juízes (Anexo 2).

3.3 IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA PARA IDOSOS

Para concretizar esta fase da pesquisa foram estabelecidos dois momentos: o primeiro destinado a identificar as atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia, a partir de uma revisão de literatura; e o segundo para selecionar e descrever as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, nas dimensões saúde, participação, segurança e educação.

Estudo semelhante foi conduzido por Costa e Fugulin (2010), com o objetivo de identificar e validar as atividades realizadas pela equipe de enfermagem em Centros de Material e Esterilização, como subsídio para definição da carga de trabalho da unidade.

3.3.1 Identificação das atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia

No intuito de identificar as atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia, recorreremos à busca sistematizada na literatura científica, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS). A literatura cinza também foi pesquisada por meio do *Google Acadêmico*, da página da Internet da OMS e de sítios governamentais.

A questão de pesquisa que norteou esse primeiro momento foi: Quais atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia encontram-se descritas na literatura?

A estratégia de busca e os descritores utilizados para cada base de dados e na literatura cinza estão descritos no Quadro 1. A busca na base de dados MEDLINE foi realizada por meio de duas estratégias diferentes, com amplo resultado de literatura. Quando as duas estratégias foram unidas, a busca não resultou em produção destinada ao objeto desta pesquisa.

Método

Quadro 1 - Descritores e estratégia de busca por bases de dados e literatura cinza, São Paulo - 2013

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA
MEDLINE	("Day Care"[MeSH]) AND "Health Services for the Aged"[MeSH]
MEDLINE	((("Aged"[MeSH]) AND "Community Health Services"[MeSH]) AND "Day Care"[MeSH])
LILACS	Descritor de assunto DeCS "assistência diurna"
IBECs	Descritor de assunto DeCS "assistência diurna"
Literatura cinza	Busca por palavra "centro-dia do idoso" "centro-dia geriátrico" <i>"community health services"</i> <i>"day care"</i> <i>"geriatric day care"</i> <i>"adult day services"</i> <i>"day care units"</i>

Os critérios de elegibilidade para a seleção dos estudos foram: estudos quantitativos, qualitativos, teóricos, de opinião, *guidelines* e manuais técnicos, escritos nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 2003 a 2013. O recorte a partir de 2003 deu-se pelo fato de ter sido o ano da aprovação do Estatuto do Idoso no Brasil. Os critérios de exclusão corresponderam à produção científica no formato de monografia, livro, pôster e relatório.

O fluxograma da revisão está representado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da revisão, São Paulo - 2013

Método

O Quadro 2 descreve o número de referências identificadas, selecionadas e incluídas, segundo as bases de dados e literatura cinza.

Quadro 2 - Número de artigos obtidos nas bases de dados e na literatura cinza, São Paulo - 2013

BASES DE DADOS	REFERÊNCIAS		
	IDENTIFICADAS	SELECIONADAS	INCLUÍDAS
MEDLINE	117	33	4
LILACS	34	1	1
IB ECS	19	3	0
Literatura cinza	42	42	14
Total	212	79	19

Os dados extraídos dos artigos foram as atividades desenvolvidas nos centros dia, conforme descrito pelos autores. A descrição dos estudos segundo autor principal, título, ano, país, fonte e idioma de publicação e as atividades encontram-se, respectivamente, nos Apêndices A e B.

No ano de 2014, o Governo do Estado de São Paulo publicou um Guia Técnico para Centros Dia, que foi incluído nos resultados da revisão por ter sido considerado, pelas pesquisadoras, um material relevante ao tema (Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014).

3.3.2 Seleção e descrição das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, nas dimensões saúde, participação, segurança e educação

Dentre as atividades identificadas, selecionamos para validação aquelas que visam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; que consideramos essenciais para a atenção ao idoso no centro dia; que são passíveis de avaliação por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado; que estejam relacionadas ao cuidado; e que abarcam as dimensões saúde, participação, segurança e educação.

Como nem todas as atividades selecionadas foram descritas nas referências identificadas, para melhor descrevê-las, recorreremos a outras fontes de

Método

dados, a saber: Duarte, Diogo (2005), Born (2008) e Brasil (2008a), caracterizadas como livro, manual e guia de orientação para cuidados com idosos.

O período de coleta de dados desse momento ocorreu entre outubro e dezembro de 2013.

Os Quadros 3, 4, 5 e 6 indicam as atividades selecionadas para posterior validação, categorizadas nas dimensões saúde, participação, segurança e educação, e as respectivas descrições.

Método

Quadro 3 - Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão saúde, São Paulo – 2013

DIMENSÃO SAÚDE	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
Alimentação e nutrição	<p>Apoiar o idoso durante a refeição</p> <p>Avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos</p> <p>Avaliar as preferências dos idosos por alimentos</p> <p>Avaliar disfagia, engasgos, náuseas e vômitos, constipação intestinal</p> <p>Avaliar o estado nutricional dos idosos</p> <p>Estimular a ingestão de água</p> <p>Estimular, auxiliar e supervisionar a alimentação do idoso</p> <p>Reeducar os hábitos alimentares do idoso</p> <p>Servir o idoso ou ajudá-lo a se servir</p>
Higiene e conforto	<p>Apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho</p> <p>Auxiliar o idoso com as vestimentas</p> <p>Cuidar das unhas das mãos e dos pés</p> <p>Estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral</p> <p>Estimular, orientar e auxiliar o idoso na higienização das próteses dentárias</p> <p>Estimular, orientar e auxiliar o idoso na lavagem das mãos</p> <p>Estimular, orientar, supervisionar e auxiliar o idoso a fazer sua higiene, visando ao autocuidado</p> <p>Manter a privacidade do idoso</p> <p>Observar as preferências e hábitos do idoso</p> <p>Realizar a higiene íntima a cada troca de fraldas</p> <p>Realizar a troca de fraldas periodicamente</p> <p>Separar os materiais necessários para a realização da higiene oral</p> <p>Verificar se as roupas estão adequadas e confortáveis</p> <p>Verificar se os sapatos estão adequados e são seguros</p> <p>Após o banho, ajudar o idoso a se enxugar</p> <p>Colocar o idoso no banho e supervisioná-lo, para evitar queda</p> <p>Lavar os cabelos do idoso no mínimo três vezes por semana</p> <p>Durante o banho, manter fechadas portas e janelas para evitar correntes de ar</p> <p>Observar a necessidade de uso de cadeira higiênica</p> <p>Preparar o banheiro e colocar em um local de fácil acesso os objetos necessários para o banho</p> <p>Após o banho, secar bem partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos</p> <p>Separar antecipadamente as roupas pessoais para o banho</p> <p>Verificar a temperatura da água para o banho</p>

Método

Quadro 4 - Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão participação, São Paulo – 2013

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
Otimização da capacidade mental	Avaliar a função cognitiva Avaliar a presença de alterações psicológicas Estimular a leitura Estimular a memória autobiográfica Estimular a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva Promover a autoestima do idoso Promover atividades de estimulação e reabilitação cognitiva
Atividades socioculturais	Acompanhar o idoso nas atividades internas ou externas Avaliar a participação do idoso nas atividades Avaliar as preferências dos idosos por atividades de lazer Promover atividades socioculturais Estimular o idoso a participar das atividades Promover a integração entre gerações Promover a participação do idoso em atividades da comunidade Promover atividades de lazer, de acordo com as preferências dos idosos Promover e estimular a participação da família nas atividades Promover festas comemorativas e passeios externos coletivos Promover programas educacionais para o idoso e a família
Acolhimento e monitoramento	Apoiar a família no cuidado ao idoso Avaliar a adaptação do idoso no prazo máximo de 30 (trinta) dias Avaliar as expectativas iniciais do idoso e da família Avaliar as necessidades biopsicossociais do idoso e da família Avaliar as reações/comportamentos do idoso Estabelecer parceria com a família Evidenciar a importância da participação das pessoas próximas do idoso Monitorar a saúde do idoso Monitorar e avaliar periodicamente o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade pessoal Prestar esclarecimentos em caso de necessidade Realizar avaliação multidimensional do idoso Realizar o levantamento do material fornecido pelo idoso (por exemplo, objetos de higiene, medicamentos e outros) Realizar reunião com a família e com o idoso para apresentar o plano de atenção Realizar reunião com a família e o idoso para prestar informações sobre o processo de acolhimento Recordar, sempre que necessário, as normas de funcionamento do centro dia, os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço Registrar as informações na ficha do idoso
Apoio espiritual	Promover o apoio espiritual Identificar a crença espiritual Promover momentos de atividades espirituais

Método

Quadro 5 - Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão segurança, São Paulo - 2013

DIMENSÃO SEGURANÇA	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
Acessibilidade e mobilidade	Auxiliar e supervisionar o idoso nas atividades físicas e de reabilitação Auxiliar o idoso a sentar ou levantar Auxiliar o idoso na locomoção Avaliar a mobilidade do idoso Avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva Instruir e apoiar o idoso no uso de tecnologia assistiva Manter o posicionamento adequado e correto do idoso Prevenir acidentes Promover atividades físicas e de reabilitação

Quadro 6 - Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, selecionadas para validação, na dimensão educação, São Paulo - 2013

DIMENSÃO EDUCAÇÃO	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
Atividades socioeducativas	Promover programas educacionais para o idoso e a família Promover palestras, oficinas e eventos para a comunidade sobre temas relacionados ao envelhecimento Promover reuniões para orientação de familiares e cuidadores Promover eventos e atividades comunitárias, como confraternizações, passeios e festas temáticas Promover campanhas educativas e preventivas Promover atividades de educação permanente para os profissionais

3.4 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS ATIVIDADES SELECIONADAS

O objetivo desta fase do estudo consistiu em reconhecer o valor agregado ao domínio do fenômeno que se propõe medir, o que equivale à validação teórica. Assim, optou-se pelo emprego do método de validade de conteúdo ou opinativa.

De acordo com Martins (2006), validade é a capacidade de um instrumento de medir o objeto ao qual se propõe de forma precisa.

A validade de conteúdo é o grau em que um instrumento de medição inclui todas as dimensões do conceito que se pretende medir (Fletcher R, Fletcher S, 2006; Polit, Beck, 2011).

Método

Na literatura, é consenso que a validade de conteúdo é, em grande parte, uma questão de julgamento que envolve duas fases distintas: a conceituação rigorosa e a análise do domínio anteriormente à construção do item; e a avaliação de peritos/especialistas para verificar a relevância do conteúdo de um instrumento (Polit, Beck, 2011).

Neste estudo, a validação das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia foi realizada em três etapas, conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 - Etapas para a validação das atividades, São Paulo - 2013

Etapa 1 - Constituição do grupo de especialistas/juízes

A constituição do grupo de especialistas é uma etapa fundamental do processo de validação, pois do julgamento desse grupo depende a obtenção do consenso para verificar o significado e a relevância de conteúdo do instrumento.

Revisão de literatura realizada por Alexandre e Coluci (2011) acerca da validação de conteúdo identificou que a qualificação e a definição do número de juízes é, ainda, um tema controverso. Quanto à qualificação, é importante considerar-se os seguintes critérios: ter experiência no assunto, possuir publicação e pesquisa sobre o tema, ser perito nos conceitos envolvidos e ter conhecimento da metodologia empregada na construção de instrumentos.

Em relação à quantidade de juízes, os números mínimo e máximo nos estudos encontrados na revisão variaram de 3 a 20 (Alexandre, Coluci, 2011).

Nesta pesquisa, o grupo de especialistas foi definido de acordo com os seguintes critérios: profissionais e/ou pesquisadores com experiência de atuação em

Método

centro dia ou com amplo conhecimento nas temáticas: envelhecimento, atividades de atenção ao idoso, validação de instrumentos, qualidade e avaliação de serviços e promoção da saúde e prevenção de agravos.

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).

Desse modo, foram selecionados e convidados a participar 15 profissionais do Estado de São Paulo, sendo: seis enfermeiros, dois médicos, dois gerontólogos, um nutricionista, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social e um cientista social. Destes, três profissionais não aceitaram participar da pesquisa. Assim, outros três, sendo um médico, um psicólogo e um enfermeiro, foram convidados a integrar o comitê de especialistas.

O primeiro contato com os profissionais para explicar os objetivos e o método do estudo foi realizado via telefone, e-mail ou pessoalmente, seguido do envio de uma carta convite (Apêndice C). Àqueles que retornaram o convite foi entregue o material para validação e as instruções de preenchimento (Apêndice D), da forma mais conveniente para o especialista - pessoalmente ou por meio eletrônico.

Nessa oportunidade, também foi acordado o prazo de 30 dias para o retorno do material. Após esse período, oito juízes devolveram o questionário, no entanto, um deles estava incompleto e não pôde ser incluído nos resultados. Além disso, três juízes solicitaram um tempo maior para devolução do material, o que foi acordado para os próximos 30 dias, período em que dois profissionais devolveram o instrumento.

Desse modo, este estudo contou com a participação de nove juízes.

Etapas 2 - Participação do grupo de especialistas/juízes

A operacionalização do trabalho junto aos juízes deu-se pelo emprego da técnica Delphi, que pressupõe quatro características: o anonimato, a possibilidade de revisão das respostas individuais, a análise por meio da estatística e o conhecimento que o especialista apresenta para o grupo (Wright, Giovinazzo, 2000).

A técnica Delphi apoia-se nos julgamentos de especialistas para se obter um consenso acerca de determinado tema ou fenômeno (Scarparo et al., 2012).

Nesta investigação, todas essas características foram respeitadas. A seguir, para cada especialista foi enviado um questionário e cada um emitiu seu julgamento individual, visando à análise do conteúdo. Após a devolução do material pelos juízes, foi realizada a organização dos dados em planilha eletrônica e a análise das respostas, para verificarmos o nível de consenso.

O período de coleta de dados dessa etapa ocorreu entre setembro e novembro de 2014.

Etapas 3 - Estabelecimento do nível de consenso para o julgamento das atividades

A validação de conteúdo dá-se mediante a obtenção de opiniões convergentes dos participantes, conhecida como consenso grupal. Portanto, há necessidade de que se estabeleça um Índice de Validação de Conteúdo mínimo, também conhecido como Índice de Consenso (IC) ou de Favorabilidade.

Estudos semelhantes adotaram o IC variando de 70% a 80% (Vituri, Matsuda, 2009; Costa, Fugulin, 2011; Nicole, Tronchin, 2011; Belluci, Matsuda, 2012). Nesta pesquisa, optamos pelo nível de consenso $\geq 80\%$, consonante aos estudos de Vituri e Matsuda (2009) e de Bellucci e Matsuda (2012).

Nos itens em que o IC não foi alcançado, realizamos sua revisão ou readequação, de acordo com as sugestões enviadas pelos juízes e, dependendo do resultado obtido, o material poderia ou não ser reenviado aos especialistas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de validação das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos, denominado “Questionário de validação das atividades de atenção ao idoso, desenvolvidas em centros dia” (Apêndice E), foi construído com base no instrumento desenvolvido por Costa e Fugulin (2010), para validação das atividades realizadas pela equipe de enfermagem em Centros de Material e Esterilização.

Método

O questionário continha 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, sexo, instituição em que trabalhava e tipo de instituição, cargo ocupado e tempo de ocupação, área de atuação, graduação e tempo de formação, última titulação acadêmica e área.

A segunda parte do questionário era composta por um quadro, em que estavam descritas as dimensões – saúde, participação, segurança e educação, as atividades correspondentes e suas descrições.

Para a dimensão saúde, as atividades incluíam *alimentação e nutrição e higiene e conforto*; para a participação, foram *otimização da capacidade mental, atividades socioculturais, acolhimento e monitoramento e apoio espiritual*; para a dimensão segurança, *acessibilidade e mobilidade*; e, para a educação, *atividades socioeducativas*.

As atividades e suas descrições estavam representadas por letras e números, sendo que as letras correspondiam à inicial de cada dimensão (Saúde - S, Participação - P, Segurança – SE e Educação - E) e os números, à ordem de apresentação no texto.

Abaixo do quadro, encontravam-se assertivas que permitiam respostas afirmativas ou negativas, além de espaços destinados aos possíveis comentários e/ou sugestões dos especialistas.

Ainda, foi previsto que os juízes analisassem cada atividade e suas respectivas descrições, quanto a: definição da atividade e descrições, inclusão e/ou exclusão de descrições em cada atividade e se o conjunto das descrições representava ações destinadas àquela atividade para a atenção ao idoso em centros dia. Para cada dimensão, também solicitamos aos especialistas que considerassem se o conjunto de atividades contemplava aquela dimensão e se incluíam outra atividade.

Desse modo, a avaliação das dimensões, das atividades e das descrições foi realizada para os atributos:

- **Relevância:** é significativo para a qualidade da atenção ao idoso em centros dia;
- **Clareza:** as expressões são objetivas e inteligíveis;
- **Pertinência:** reproduz o que é preconizado para a promoção da saúde e a prevenção de agravos na área do envelhecimento;
- **Simplicidade:** expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva em frequências absoluta e relativa, e em medidas de tendência central.

A análise de concordância entre os juízes que compuseram o comitê foi calculada por meio do Índice de Consenso (IC), de acordo com a equação (Tiden, Nelson, May, 1990):

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

Os resultados encontram-se em tabelas e figuras. As sugestões e os comentários dos juízes foram apresentados em quadros para facultar o reconhecimento, a análise e a reestruturação dos itens, quando necessário.

4 Resultados

Resultados

Para a descrição dos resultados, abordamos, primeiramente, a caracterização dos especialistas, seguida pela validação das atividades, que inclui o consenso obtido e as sugestões do grupo de juízes.

Desse modo, os resultados obedecem à seguinte ordem:

4.1 Caracterização dos especialistas/juízes;

4.2 Validação das atividades de atenção aos idosos, desenvolvidas em centros dia, na perspectiva do envelhecimento ativo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS/JUÍZES

Em consonância ao referido no Método, o grupo de juízes foi composto por nove profissionais. Os resultados a seguir dizem respeito a: sexo, graduação, idade, tempo de formação, tempo no cargo, natureza jurídica da instituição de trabalho, função, área de atuação e titulação acadêmica.

Em relação ao sexo, todos pertenciam ao feminino, e cinco (55%) eram enfermeiras, duas (22%) gerontólogas, uma (11%) cientista social e uma (11%) nutricionista. Dentre elas, três (33%) tinham experiência de atuação em centros dia.

A idade variou de 28 a 66 anos, com média de 40,2 anos ($dp \pm 10,1$) e mediana de 42,5 anos.

Quanto ao tempo de formação, a média correspondeu a 15,3 anos ($dp \pm 11,2$) e a mediana, a 12 anos, com mínimo de 3 anos e máximo de 29 anos.

No que tange ao tempo no cargo atual, a média foi de 4,1 anos ($dp \pm 2,6$) e mediana de 3 anos, variando de 1 a 8 anos.

A Tabela 1 complementa a caracterização das especialistas quanto a natureza jurídica da instituição de trabalho, função, área de atuação e titulação acadêmica.

Resultados

Tabela 1 - Distribuição das especialistas segundo natureza jurídica da instituição, cargo, área de atuação e titulação acadêmica, São Paulo – 2014

Variáveis	N	%
Natureza jurídica da instituição		
Pública	5	55
Privada	2	22
Filantrópica	2	22
Cargo		
Docente	3	33
Pesquisadora	2	22
Agente de Desenvolvimento Social	1	11
Autoridade Sanitária	1	11
Gerontóloga	1	11
Nutricionista	1	11
Área de atuação*		
Ensino/pesquisa	3	33
Gestão	3	33
Assistência	2	22
Pesquisa	2	22
Titulação acadêmica		
Graduação	2	22
Especialização	3	33
Mestrado	1	11
Doutorado	1	11
Pós-doutorado	2	22

*Uma juíza atuava em mais de uma área.

Os achados da Tabela 1 apontam que a maior parte das especialistas (55%) trabalhava em instituição pública, ocupava o cargo de docente (33%) e atuava na área de ensino/pesquisa (33%).

Com relação à titulação acadêmica, observa-se o predomínio de especialistas com pós-graduação *stricto senso* (44,4%), seguidas por aquelas com especialização *lato senso* (33,3%).

Resultados

4.2 VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO AOS IDOSOS, DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA, NA PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO ATIVO

A seguir, encontram-se os achados referentes à validação das atividades de atenção ao idoso, desenvolvidas em centros dia, descritas nas dimensões saúde, participação, segurança e educação.

A Tabela 2 expõe o julgamento das juízas frente à definição de cada uma das atividades, nos atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade.

Tabela 2 - Consenso do julgamento pelas especialistas quanto à definição das atividades em cada uma das dimensões, São Paulo – 2014

Atividade	Relevância		Clareza		Pertinência		Simplicidade	
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde								
Alimentação e nutrição	9	100	-	-	9	100	-	-
Higiene e conforto	8	88	1	12	9	100	-	-
Participação								
Otimização da capacidade mental	9	100	-	-	8	88	1	12
Atividades socioculturais	9	100	-	-	9	100	-	-
Acolhimento e monitoramento	9	100	-	-	8	88	1	12
Apoio espiritual	8	88	1	12	8	88	1	12
Segurança								
Acessibilidade e mobilidade	9	100	-	-	9	100	-	-
Educação								
Atividades socioeducativas	9	100	-	-	9	100	-	-

Na Tabela 2, observa-se que houve consenso $\geq 80\%$ em todas as atividades, sendo que os menores valores foram de 88%. O atributo simplicidade obteve concordância de 100% quanto à definição em todas as atividades.

As definições das atividades *alimentação e nutrição*, *atividades socioculturais* e *atividades socioeducativas* tiveram 100% de consenso para todos os atributos avaliados: relevância, clareza, pertinência e simplicidade.

Resultados

Embora todas as atividades tenham atingido o IC proposto quanto à sua definição, as especialistas indicaram sugestões para aprimorá-las. O Quadro 7 contempla as sugestões/comentários das juízas frente à definição das atividades.

Quadro 7 - Sugestões/comentários das especialistas para aprimorar a definição das atividades em cada uma das dimensões, São Paulo – 2014

Atividade	Sugestões/Comentários
Participação	
Otimização da capacidade mental	1. Alterar a definição da atividade para "Manejo e Estímulo Cognitivo". 2. Alterar esta atividade para a dimensão saúde, seguindo o conceito de saúde da OMS. 3. Detalhar melhor o tipo de avaliação cognitiva.
Acolhimento e monitoramento	1. Substituir a definição "Acolhimento e Monitoramento" por "Atividades Socioassistenciais". 2. Excluir o monitoramento, pois não é atividade de um Centro Dia.
Apoio espiritual	Esclarecer se a definição de apoio espiritual é igual à definição de apoio religioso.
Segurança	
Acessibilidade e mobilidade	Alterar a definição para "Acessibilidade e Controle dos Fatores de Risco para Queda".
Educação	
Atividades socioeducativas	Descrever as atividades como "educativas".

No Quadro 7, verifica-se que a maioria das sugestões referiu-se a adequações de termos/palavras. Apenas para a atividade *otimização da capacidade mental* uma juíza sugeriu alterá-la para a dimensão saúde.

A avaliação das especialistas quanto às descrições das atividades será apresenta a seguir, separadamente por dimensão. Assim, a Tabela 3 indica o consenso para as descrições das atividades na dimensão saúde.

Resultados

Tabela 3 - Consenso das especialistas para as descrições das atividades na dimensão saúde, São Paulo – 2014

(continua)

Saúde		Relevância				Clareza				Pertinência				Simplicidade			
		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentação e nutrição																	
S1.1	Apoiar o idoso durante a refeição.	9	100	-	-	7	77	2	23	9	100	-	-	7	77	2	23
S1.2	Avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos.	9	100	-	-	8	88	1	12	9	100	-	-	8	88	1	12
S1.3	Avaliar as preferências dos idosos por alimentos.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S1.4	Avaliar disfagia, engasgos, náuseas e vômitos, constipação intestinal.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S1.5	Avaliar o estado nutricional dos idosos.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S1.6	Estimular a ingestão de água.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S1.7	Estimular, auxiliar e supervisionar a alimentação do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S1.8	Reeducar os hábitos alimentares do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S1.9	Servir o idoso ou ajudá-lo a se servir.	9	100	-	-	6	66	3	34	9	100	-	-	6	66	3	34
Higiene e conforto																	
S2.1	Apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho.	9	100	-	-	8	88	1	12	8	88	1	12	9	100	-	-
S2.2	Auxiliar o idoso com as vestimentas.	9	100	-	-	8	88	1	12	8	88	1	12	9	100	-	-
S2.3	Cuidar das unhas das mãos e dos pés.	9	100	-	-	9	100	-	-	8	88	1	12	9	100	-	-
S2.4	Estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.5	Estimular, orientar e auxiliar o idoso na higienização das próteses dentárias.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.6	Estimular, orientar e auxiliar o idoso na lavagem das mãos.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.7	Estimular, orientar, supervisionar e auxiliar o idoso a fazer sua higiene, visando ao autocuidado.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.8	Manter a privacidade do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-

Resultados

(continuação)

Saúde		Relevância		Clareza		Pertinência		Simplicidade	
		Sim		Não		Sim		Não	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Higiene e conforto									
S2.9	Observar as preferências e hábitos do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.10	Realizar a higiene íntima a cada troca de fraldas.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.11	Realizar a troca de fraldas periodicamente.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.12	Separar os materiais necessários para a realização da higiene oral.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.13	Verificar se as roupas estão adequadas e confortáveis.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.14	Verificar se os sapatos estão adequados e são seguros.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.15	Após o banho, ajudar o idoso a se enxugar.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.16	Colocar o idoso no banho e supervisioná-lo, para evitar queda.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.17	Lavar os cabelos do idoso no mínimo três vezes por semana.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.18	Durante o banho, manter fechadas portas e janelas para evitar correntes de ar.	9	100	-	-	8	88	1	12
S2.19	Observar a necessidade de uso de cadeira higiênica.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.20	Preparar o banheiro e colocar em um local de fácil acesso os objetos necessários para o banho.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.21	Após o banho, secar bem partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.	9	100	-	-	8	88	1	12
S2.22	Separar antecipadamente as roupas pessoais para o banho.	9	100	-	-	9	100	-	-
S2.23	Verificar a temperatura da água para o banho.	9	100	-	-	9	100	-	-

(conclusão)

Resultados

Os dados da Tabela 3 mostram que, das 32 descrições da dimensão saúde, apenas quatro (12,5%) apresentaram IC inferior a 80%.

Na atividade *alimentação e nutrição*, todas as descrições alcançaram 100% de concordância para os atributos relevância e pertinência; dentre as nove descrições existentes, seis (S1.3, S1.4, S1.5, S1.6, S1.7 e S1.8) apresentaram 100% de consenso entre as especialistas quanto à relevância, clareza, pertinência e simplicidade.

Os piores percentuais envolveram as atividades S1.1 - apoiar o idoso durante a refeição (77%) e S1.9 - servir o idoso ou ajudá-lo a se servir (66%) nos atributos clareza e simplicidade.

No que tange às descrições da atividade *higiene e conforto*, houve consenso de 100% para relevância e simplicidade. As descrições S2.4 a S2.14 apresentaram concordância de 100% para os quatro atributos analisados.

Na avaliação da pertinência, duas descrições (S2.18 – durante o banho, manter fechadas portas e janelas para evitar correntes de ar e S2.21 – após o banho, secar bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos) obtiveram um IC de 77%, próximo ao estimado.

O Quadro 8 demonstra as sugestões/comentários das especialistas acerca das descrições das atividades da dimensão saúde.

Resultados

Quadro 8 - Sugestões/comentários das especialistas para as descrições das atividades *alimentação e nutrição* e *higiene e conforto*, na dimensão saúde, São Paulo – 2014

Alimentação e nutrição		Sugestões/Comentários
S1.1	Apoiar o idoso durante a refeição.	Não ficou clara a diferença entre a descrição S1.1 e S1.9, já que apoiar o idoso durante a refeição pode ser entendido como servi-lo ou ajudá-lo.
S1.2	Avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos.	Não ficou claro "avaliar as consistências".
S1.4	Avaliar disfagia, engasgos, náuseas e vômitos, constipação intestinal.	Reescrever: Avaliar deglutição, mastigação, aceitação da dieta e comportamento intestinal.
S1.5	Avaliar o estado nutricional dos idosos.	Reescrever: Avaliar e diagnosticar o estado nutricional dos idosos.
S1.9	Servir o idoso ou ajudá-lo a se servir.	Reescrever: Servir a refeição ao idoso ou ajudá-lo a se servir.
Outros		Mudaria a ordem das descrições da atividade, para que os assuntos (temas) fiquem mais próximos.
Higiene e conforto		Sugestões/Comentários
S2.1	Apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho.	Reescrever: Realizar somente aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho.
S2.2	Auxiliar o idoso com as vestimentas.	Reescrever: Auxiliar o idoso com o vestuário.
S2.3	Cuidar das unhas das mãos e dos pés.	Reescrever: Manter as unhas curtas e limpas.
S2.9	Observar as preferências e hábitos do idoso.	Trocar o verbo "observar" por "avaliar" ou "verificar".
S2.15	Após o banho, ajudar o idoso a se enxugar.	Após o banho, se necessário, ajudar o idoso a se enxugar.
S2.18	Durante o banho, manter fechadas portas e janelas para evitar correntes de ar.	Reescrever: Manter portas e janelas fechadas, para evitar correntes de ar durante o banho.
S2.21	Após o banho, secar bem partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.	Reescrever: Auxiliar após o banho na secagem das partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos. Substituir "entre os dedos" por "interdígitos".
Outros		Colocar os itens por temática: tudo sobre a higiene oral, tudo sobre o banho e assim por diante.

Resultados

Com base no Quadro 8, observa-se que, em geral, as sugestões das especialistas foram no sentido de reescrever alguns termos/palavras para melhor clareza dos mesmos.

Ao analisar o Quadro 8 com os resultados da Tabela 3, verifica-se que, embora duas descrições da atividade *alimentação e nutrição* não tenham atingido o consenso $\geq 80\%$ nos atributos clareza e simplicidade, cinco (55,5%) receberam sugestões/comentários.

Nas descrições da atividade *higiene e conforto*, também dois (8,6%) itens obtiveram IC abaixo do estipulado no atributo pertinência e sete (30,4%) tiveram sugestões/comentários, sobretudo referente à clareza e simplicidade.

A Tabela 4 contém os resultados do consenso para as descrições das atividades da dimensão participação.

Resultados

Tabela 4 - Consenso das especialistas para as descrições das atividades na dimensão participação, São Paulo – 2014

(continua)

Participação		Relevância		Clareza		Pertinência		Simplicidade	
		Sim		Não		Sim		Não	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Otimização da capacidade mental									
P1.1	Avaliar a função cognitiva.	9	100	-	-	9	100	-	-
P1.2	Avaliar a presença de alterações psicológicas.	9	100	-	-	8	88	1	12
P1.3	Estimular a leitura.	9	100	-	-	9	100	-	-
P1.4	Estimular a memória autobiográfica.	9	100	-	-	9	100	-	-
P1.5	Estimular a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva.	9	100	-	-	9	100	-	-
P1.6	Promover a autoestima do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
P1.7	Promover atividades de estimulação e reabilitação cognitiva.	9	100	-	-	9	100	-	-
Atividades socioculturais									
P2.1	Acompanhar o idoso nas atividades internas ou externas.	9	100	-	-	8	88	1	12
P2.2	Promover atividades socioculturais.	9	100	-	-	8	88	1	12
P2.3	Avaliar as preferências dos idosos por atividades de lazer.	9	100	-	-	8	88	1	12
P2.4	Estimular o idoso a participar das atividades.	9	100	-	-	9	100	-	-
P2.5	Promover a integração entre gerações.	9	100	-	-	9	100	-	-
P2.6	Promover a participação do idoso em atividades da comunidade.	9	100	-	-	9	100	-	-
P2.7	Promover atividades de lazer, de acordo com as preferências dos idosos.	9	100	-	-	8	88	1	12
P2.8	Promover e estimular a participação da família nas atividades.	9	100	-	-	9	100	-	-
P2.9	Promover festas comemorativas e passeios externos coletivos.	9	100	-	-	8	88	1	12

Resultados

(continuação)

Participação	Relevância		Clareza		Pertinência		Simplicidade	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acolhimento e monitoramento								
P3.1 Apoiar a família no cuidado ao idoso.	9	100	-	-	7	77	2	23
P3.2 Avaliar a adaptação do idoso no prazo máximo de 30 (trinta) dias.	9	100	-	-	8	88	1	12
P3.3 Avaliar as expectativas iniciais do idoso e da família.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.4 Avaliar as necessidades biopsicossociais do idoso e da família.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.5 Avaliar as reações/comportamentos do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.6 Estabelecer parceria com a família.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.7 Evidenciar a importância da participação das pessoas próximas do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.8 Monitorar a saúde do idoso.	9	100	-	-	8	88	1	12
P3.9 Monitorar e avaliar periodicamente o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade pessoal.	9	100	-	-	8	88	1	12
P3.10 Prestar esclarecimentos em caso de necessidade.	9	100	-	-	8	88	1	12
P3.11 Realizar avaliação multidimensional do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.12 Realizar o levantamento do material fornecido pelo idoso (por exemplo, objetos de higiene, medicamentos e outros).	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.13 Realizar reunião com a família e com o idoso para apresentar o plano de atenção.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.14 Realizar reunião com a família e o idoso para prestar informações sobre o processo de acolhimento.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.15 Recordar, sempre que necessário, as normas de funcionamento do CDI, os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço.	9	100	-	-	9	100	-	-
P3.16 Registrar as informações na ficha do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
Apoio espiritual								
P4.1 Identificar a crença espiritual.	8	88	1	12	8	88	1	12
P4.2 Promover o apoio espiritual.	8	88	1	12	7	77	2	23
P4.3 Promover momentos de atividades espirituais.	8	88	1	12	7	77	2	23

(conclusão)

Resultados

Na Tabela 4, nota-se que, das 35 proposições da dimensão participação, 33 (94,2%) obtiveram consenso $\geq 80\%$, considerando as quatro atividades: *otimização da capacidade mental*, *atividades socioculturais*, *acolhimento e monitoramento* e *apoio espiritual*.

Os piores resultados (77%) foram verificados na atividade *acolhimento e monitoramento* (P3.1 – apoiar a família no cuidado ao idoso) e na atividade *apoio espiritual* (P4.2 – promover o apoio espiritual e P4.3 – promover momentos de atividades espirituais), nos atributos clareza e simplicidade.

Na atividade *otimização da capacidade mental*, 100% das descrições obtiveram IC $\geq 80\%$. O menor IC (88%) foi verificado no item P1.2 (avaliar a presença de alterações psicológicas), no atributo relevância.

Nas descrições das *atividades socioculturais*, o menor valor de consenso (88%) foi obtido nos itens P2.1, P2.2, P2.3, P2.7 e P2.9, para clareza e simplicidade. Para os atributos relevância e pertinência, houve 100% de consenso em todas as descrições.

A concordância entre as juízas quanto à relevância também foi de 100% para todas as descrições da atividade *acolhimento e monitoramento*. Nessa atividade, a maioria (68,8%) das descrições (P3.3 a P3.7 e P3.11 a P3.16) atingiram consenso de 100% nos quatro aspectos analisados pelas especialistas. Apenas a descrição P3.1 (apoiar a família no cuidado ao idoso) não alcançou o consenso estimado, pois correspondeu a 77% para clareza e simplicidade.

Para as descrições da atividade *apoio espiritual*, o maior IC foi de 88%. As descrições P4.2 (promover o apoio espiritual) e P4.3 (promover momentos de atividades espirituais) obtiveram concordância de 77%, também nos aspectos clareza e simplicidade.

As sugestões/comentários das especialistas para as descrições das atividades da dimensão participação são apresentadas no Quadro 9.

Resultados

Quadro 9 - Sugestões/comentários das especialistas para as descrições das atividades *otimização da capacidade mental, atividades socioculturais, acolhimento e monitoramento e apoio espiritual*, na dimensão participação, São Paulo – 2014 **(continua)**

Otimização da capacidade mental		Sugestões/Comentários
P1.2	Avaliar a presença de alterações psicológicas.	1. Clarificar o que significa “avaliar a presença”; ou há ou não há presença de algo. 2. Reescrever: Avaliar a presença de alterações de humor/comportamento (psicológicas).
P1.5	Estimular a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva.	Reescrever: Incentivar a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva.
Atividades socioculturais		Sugestões/Comentários
P2.1	Acompanhar o idoso nas atividades internas ou externas.	Reescrever: Acompanhar o idoso nas atividades de lazer internas ou externas.
P2.2	Promover atividades socioculturais.	Clarificar a diferença entre promover atividades socioculturais e promover atividades de lazer.
P2.3	Avaliar as preferências dos idosos por atividades de lazer.	Reescrever: Mapear as preferências dos idosos por atividades de lazer.
P2.4	Estimular o idoso a participar das atividades.	Acrescentar a palavra “socioculturais” após “atividades”.
P2.7	Promover atividades de lazer, de acordo com as preferências dos idosos.	P2.3 e P2.7 poderiam ficar em seguida um do outro.
P2.8	Promover e estimular a participação da família nas atividades.	Acrescentar a palavra “socioculturais” após “atividades”.
P2.9	Promover festas comemorativas e passeios externos coletivos.	Esta questão me pareceu repetitiva. Pode-se juntá-la com a P2.1.

Resultados

(continuação)

Acolhimento e monitoramento		Sugestões/Comentários
P3.1	Apoiar a família no cuidado ao idoso.	1. Não ficou claro o tipo de cuidado. Será que “apoiar” está mais relacionado a “orientar”? 2. Não está clara: posso entender como apoiar a família no cuidado ao idoso no centro dia ou apoiar a família no cuidado domiciliar.
P3.2	Avaliar a adaptação do idoso no prazo máximo de 30 (trinta) dias.	Avaliar a adaptação do idoso, no Centro dia, no prazo máximo de 30 (trinta) dias (necessita mais clareza e simplicidade).
P3.3	Avaliar as expectativas iniciais do idoso e da família.	1. Reescrever: Avaliar as expectativas iniciais do idoso. 2. Sugiro substituir a palavra "avaliar" por "identificar".
P3.4	Avaliar as necessidades biopsicossociais do idoso e da família.	1. Reescrever: Avaliar as necessidades biopsicossociais do idoso. 2. Sugiro substituir a palavra "avaliar" por "identificar".
P3.9	Monitorar e avaliar periodicamente o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade pessoal.	Monitorar e avaliar, periodicamente, o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade levantada (necessita mais clareza e simplicidade).
P3.10	Prestar esclarecimentos em caso de necessidade.	Prestar esclarecimentos ao idoso/família, sempre que necessário (necessita mais clareza e simplicidade).
P3.14	Realizar reunião com a família e o idoso para prestar informações sobre o processo de acolhimento.	Rever - todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço.
Outros		Iniciar as questões pelo acolhimento.
Apoio espiritual		Sugestões/Comentários
P4.2	Promover o apoio espiritual.	Clarificar de que forma o apoio espiritual seria promovido.
P4.3	Promover momentos de atividades espirituais.	Clarificar de que forma o apoio espiritual seria promovido.
Outros		Avaliar a possibilidade de incluir a palavra “religiosa”.

(conclusão)

Resultados

Com base no Quadro 9, verifica-se que as sugestões/comentários das juízas contemplam, principalmente, os atributos clareza e simplicidade.

Ao analisar os dados da Tabela 4 e o Quadro 9, observa-se que houve sugestões/comentários para duas (28,5%) descrições da atividade *otimização da capacidade mental* e para sete (77,7%) das *atividades socioculturais*, apesar de todas as descrições dessas atividades terem atingido o consenso estabelecido.

Na atividade *acolhimento e monitoramento*, uma descrição obteve consenso abaixo de 80%, no entanto, as juízas emitiram sugestões de modificação para sete (43,7%) delas. Dentre as descrições da atividade *apoio espiritual*, duas não alcançaram o consenso estabelecido e duas (66,6%) receberam sugestões, especialmente visando a tornar os itens mais claros.

Na Tabela 5, são expostos os Índices de Consenso em função dos atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade para as descrições da atividade da dimensão segurança.

Resultados

Tabela 5 - Consenso das especialistas para as descrições da atividade na dimensão segurança, São Paulo – 2014

Segurança		Relevância		Clareza		Pertinência		Simplicidade	
		Sim		Não		Sim		Não	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Acessibilidade e mobilidade									
SE1.1	Auxiliar e supervisionar o idoso nas atividades físicas e de reabilitação.	9	100	-	-	9	100	-	-
SE1.2	Auxiliar o idoso a sentar ou levantar.	9	100	-	-	9	100	-	-
SE1.3	Auxiliar o idoso na locomoção.	9	100	-	-	9	100	-	-
SE1.4	Avaliar a mobilidade do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
SE1.5	Avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva.	9	100	-	-	7	77	2	23
SE1.6	Instruir e apoiar o idoso no uso de tecnologia assistiva.	9	100	-	-	7	77	2	23
SE1.7	Manter o posicionamento adequado e correto do idoso.	9	100	-	-	9	100	-	-
SE1.8	Prevenir acidentes.	9	100	-	-	8	88	1	12
SE1.9	Promover atividades físicas e de reabilitação.	9	100	-	-	9	100	-	-

Resultados

Pelos dados apresentados na Tabela 5, percebe-se que, do total das descrições referentes à atividade *acessibilidade e mobilidade*, duas (22,2%) - SE1.5 (avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva) e SE1.6 (instruir e apoiar o idoso no uso da tecnologia assistiva) não obtiveram consenso $\geq 80\%$, sendo a SE1.5 nos atributos clareza e simplicidade (77%) e a SE1.6 no atributo clareza (77%).

No Quadro 10, a seguir, foram agrupados os comentários das especialistas para as descrições da atividade da dimensão segurança.

Quadro 10 – Sugestões/comentários das especialistas para as descrições da atividade *acessibilidade e mobilidade*, na dimensão segurança, São Paulo – 2014

Acessibilidade e mobilidade	Sugestões/Comentários
SE1.2 Auxiliar o idoso a sentar ou levantar.	Reescrever: Auxiliar o idoso a sentar-se ou levantar-se.
SE1.5 Avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva.	Simplificar o termo tecnologia assistiva.
SE1.6 Instruir e apoiar o idoso no uso de tecnologia assistiva.	Simplificar o termo tecnologia assistiva.
SE1.8 Prevenir acidentes.	Descrever de que maneira os acidentes seriam prevenidos.

A partir dos resultados do Quadro 10, verifica-se que as especialistas sugeriram alterações em quatro (44,4%) descrições no intuito, de torná-las mais simples, especialmente no que se refere ao emprego do termo “tecnologia assistiva”.

A Tabela 6 indica o consenso das juízas para as descrições da atividade da dimensão educação.

Resultados

Tabela 6 - Consenso das especialistas para as descrições da atividade na dimensão educação, São Paulo – 2014

Educação		Relevância				Clareza				Pertinência				Simplicidade			
		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atividades socioeducativas																	
E1.1	Promover programas educacionais para o idoso e a família.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
E1.2	Promover palestras, oficinas e eventos para a comunidade sobre temas relacionados ao envelhecimento.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
E1.3	Promover reuniões para orientação de familiares e cuidadores.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
E1.4	Promover eventos e atividades comunitárias, como confraternizações, passeios e festas temáticas.	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-	9	100	-	-
E1.5	Promover campanhas educativas e preventivas.	9	100	-	-	8	88	1	12	9	100	-	-	8	88	1	12
E1.6	Promover atividades de educação permanente para os profissionais.	9	100	-	-	8	88	1	12	9	100	-	-	8	88	1	12

Resultados

Por essa Tabela, averigua-se que, nos aspectos relevância e pertinência, a concordância entre as juízas foi de 100% para todas as descrições das *atividades socioeducativas*. Os menores IC observados nas descrições dessa atividade foram de 88%, nos itens E1.5 (promover campanhas educativas e preventivas) e E1.6 (promover atividades e educação permanente para os profissionais), nos aspectos clareza e simplicidade. As outras quatro descrições alcançaram consenso de 100% nos quatro atributos.

Assim, nessa dimensão, 100% das descrições atingiram o IC estabelecido.

O Quadro 11 indica as sugestões/comentários das especialistas para a dimensão educação.

Quadro 11 – Sugestões/comentários das especialistas para as descrições das *atividades socioeducativas*, na dimensão educação, São Paulo – 2014

Atividades socioeducativas		Sugestões/Comentários
E1.3	Promover reuniões para orientação de familiares e cuidadores.	Acredito que a atividade é aplicável em outras dimensões.
E1.5	Promover campanhas educativas e preventivas.	Reescrever: Promover campanhas de saúde educativas e preventivas.
E1.6	Promover atividades de educação permanente para os profissionais.	Reescrever: Promover atividades de educação permanente para os profissionais atuantes no centro dia ou promover atividades de educação permanente em serviço para os profissionais.

Assim como nas dimensões anteriores, as sugestões/comentários das especialistas conferiram maior clareza às descrições. Nesta dimensão, três (50%) descrições receberam comentários.

As juízas analisaram, também, se as descrições propostas representavam, em seu conjunto, a atividade a que se referiam. Na dimensão saúde, 88% das especialistas consideraram que as descrições das atividades *alimentação e nutrição* e *higiene e conforto* representavam as atividades. Para a dimensão participação, esse percentual foi de 100% para as atividades *otimização da capacidade mental* e *atividades socioculturais*, e de 88% para as atividades *acolhimento e monitoramento* e *apoio espiritual*.

Resultados

Na dimensão segurança, 88% das juízas referiram que as descrições propostas compuseram, em seu conjunto, a atividade *acessibilidade e mobilidade* e, na dimensão educação, esse percentual foi de 100% para as *atividades socioeducativas*.

No que tange à necessidade de inclusão ou exclusão de descrições em cada uma das atividades, e as suas respostas indicaram que, na dimensão saúde, 44% delas incluíam descrições na atividade *alimentação e nutrição* e 23% na atividade *higiene e conforto*; 23% excluíam alguma descrição na atividade *alimentação e nutrição* e 44% em *higiene e conforto*.

Na dimensão participação, os percentuais para inclusão de descrições foram 44% para *acolhimento e monitoramento*, 33% para *apoio espiritual* e 23% para *otimização da capacidade mental* e para *atividades socioculturais*. Nessa dimensão, a atividade *acolhimento e monitoramento* foi a que recebeu maior porcentagem de opiniões para a exclusão de alguma descrição, 55%, seguida por *apoio espiritual*, com 33%. Para as demais atividades, o percentual foi de 12%.

A atividade *acessibilidade e mobilidade*, da dimensão segurança, foi a que as especialistas mais assinalaram a necessidade de incluir descrições, com 77%. Quanto à exclusão, o percentual foi de 12%.

Finalmente, na dimensão educação, os percentuais para inclusão e exclusão de descrições para as *atividades socioeducativas* foram, respectivamente, 33% e 12%.

O Quadro 14 (Apêndice F) apresenta as sugestões/comentários das especialistas para a inclusão ou exclusão de descrições em cada uma das atividades, mostrando que todas elas, nas quatro dimensões, receberam sugestões tanto para a inclusão quanto para a exclusão de descrições.

Ao analisarem se as atividades com suas descrições representavam, no seu conjunto, a dimensão em que se encontravam, as juízas opinaram positivamente para as quatro dimensões, sendo, 88% para as dimensões saúde e segurança, 77% para participação e 100% para educação.

Dessa maneira, ao serem questionadas quanto à necessidade de inclusão de atividades nas quatro dimensões, 77% das especialistas não o faria na dimensão saúde e 100% na participação e na educação. Na dimensão segurança, 55% das juízas incluiria alguma atividade.

Resultados

O Quadro 15 (Apêndice G) menciona as sugestões para inclusão ou exclusão de atividades em cada uma das quatro dimensões.

Além de sugerir inclusão de atividades, as especialistas também comentaram sobre a alteração da atividade *otimização da capacidade mental*, da dimensão participação para a dimensão saúde. A atividade *apoio espiritual*, na dimensão participação, foi a única que recebeu sugestão para exclusão. Não houve comentários ou sugestões das juízas para a inclusão ou exclusão de atividades na dimensão educação.

Dentro das quatro dimensões foram descritas oito atividades, das quais 100% alcançaram o IC estabelecido para os quatro atributos, relevância, clareza, pertinência e simplicidade.

O total de itens descritos, considerando as oito atividades foi 82. Destes, 100% alcançaram o IC estabelecido no atributo relevância, 91,4% (N=75) na clareza, 97,5% (N=80) na pertinência e 92,6% (N=76) na simplicidade.

A avaliação das especialistas e suas sugestões/comentários permitiram o reajuste das atividades e de seus descritores, com a incorporação dos conhecimentos compartilhados pelas juízas, conforme demonstrado no Apêndice H, nominado de *Guia de Atividades de Atenção ao Idoso, Desenvolvidas em Centros Dia, na Perspectiva do Envelhecimento Ativo*.

O Guia encontra-se estruturado da seguinte forma: apresentação, contendo o seu desenvolvimento e os objetivos; definições, contemplando os significados de termos/palavras utilizados no Guia; e as dimensões, as atividades e as descrições.

5 Discussão

O acompanhamento de idosos na modalidade centro dia configura-se como um importante recurso para seu bem-estar (Navarro, Marcon, 2006). Mundialmente, os centros dia possuem abordagem multiprofissional, diferentes estruturas de funcionamento e, em geral, são regulamentados pelas políticas públicas específicas de cada país (Baumgarten et al., 2002; Franciulli et al., 2007; Ron, 2007; Bocchi et al., 2010; Santangelo et al., 2012; Santos et al., 2012).

No presente estudo, a participação do grupo de especialistas foi importante para melhor adequar e aprimorar as atividades, assim como para apontar a pertinência envolvendo as dimensões, as atividades e suas descrições. A formação e a experiência das juízas contribuíram para enriquecer seus julgamentos. O fato das profissionais terem diferentes formações e áreas de atuações e de especialização, possibilitou ampliar a análise das atividades e de suas descrições, buscando melhor qualidade de conteúdo para o Guia de Atividades de Atenção aos Idosos para Centros Dia.

Cabe salientar que, ao longo do processo de validação, duas dificuldades foram encontradas: a desistência de alguns especialistas e a demora na devolução dos questionários.

Nesse sentido, Castro e Rezende (2009) citaram que a técnica Delphi na pesquisa em enfermagem possui como ponto forte a possibilidade de contar profissionais com diferentes experiências como especialistas e, como pontos fracos, a perda/desistência de juízes e a demora na entrega dos questionários.

Na constituição do grupo de especialistas, o percentual de materiais devolvidos foi de 60%. Assim, o percentual de perdas de respondentes (40%) está de acordo com o descrito pela literatura, de 30% a 50% de abstenção (Wright, Giovinazzo, 2000).

O número final de especialistas participantes, nove, manteve-se consonante com a variação de 3 a 20, recomendada pela literatura (Alexandre, Coluci, 2011; Costa, Fugulim, 2011).

A média da idade das especialistas, 40,2 anos ($dp \pm 10,1$), e do tempo de formação, 15,3 anos ($dp \pm 11,2$), indicaram tratar-se de pessoas com vasta experiência profissional, o que está de acordo com o preconizado pela literatura para estudos de validação, reiterando que o grupo de juízes deve ter experiência e qualificação no tema a ser estudado (Alexandre, Coluci, 2011).

Os comentários e as sugestões das especialistas deram-se no sentido de identificar termos/palavras mais adequadas à prática cotidiana dos centros dia, permitindo que tanto as instituições públicas como as privadas possam utilizar o Guia como referência em seus serviços, e que ele possa ser manuseado por profissionais com distintas formações. Por isso, foram eliminados ou substituídos os itens considerados sem clareza, não pertinentes ou de difícil compreensão.

Apesar da metodologia adotada nesta pesquisa para o trabalho das especialistas, a técnica Delphi, indicar a possibilidade de devolução do material para o grupo emitir novo julgamento acerca das adequações realizadas, não houve necessidade, devido ao pequeno percentual de itens em que o consenso ficou abaixo do estabelecido e da estrutura das modificações (Wright, Giovinazzo, 2000; Scarparo et al., 2012; Sousa, Turrini, 2012).

As sugestões/comentários das especialistas foram analisadas com base em estudos publicados na literatura científica e a maior parte foi incorporada ao quadro de atividades e descrições.

A partir das sugestões das juízas, alteramos a ordem de alguns itens, para que temas semelhantes ficassem próximos.

De acordo com a avaliação das especialistas, houve consenso acima do estabelecido quanto às definições das atividades nas quatro dimensões, saúde, participação, segurança e educação. As juízas entenderam que as descrições, em seu conjunto, representavam cada uma das oito atividade e que estas eram correspondentes às suas dimensões.

Na **dimensão saúde** a definição da atividade *alimentação e nutrição* foi considerada validada nos atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade. Nessa atividade, duas descrições (S1.1 e S1.9) não foram validadas nos atributos clareza e simplicidade.

A alimentação é definida como o processo de escolha, preparação e consumo de um ou vários alimentos, e a nutrição é o estado fisiológico resultante do consumo e da utilização de nutrientes (Brasil, 2008b). A alimentação é considerada uma atividade básica de vida diária e, nesse sentido, refere-se ao ato de levar o alimento do prato à boca (Duarte, Andrade, Lebrão, 2007).

Estudo realizado com 598 idosos identificou que 1,5% deles necessitavam de algum auxílio para alimentar-se e 1,3% eram totalmente dependentes (Del Duca,

Discussão

Silva, Hallal, 2009). O estudo SABE revelou que 3,6% dos idosos entrevistados apresentavam alguma dificuldade para realizar essa ABVD (Duarte, Lebrão, Lima, 2005).

Nas descrições da atividade *alimentação e nutrição*, optamos por alterar o item S1.1 – *apoiar o idoso durante a refeição*, para *auxiliar o idoso durante a refeição, quando necessário*, visando a torná-lo mais claro. Dessa forma, conforme a sugestão das especialistas, o item S1.9 – *servir o idoso ou ajudá-lo a se servir* foi excluído, pois estava contemplado no S1.1.

Os itens S1.2 – *avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos* e S1.4 - *avaliar disfagia, engasgos, náuseas e vômitos, constipação intestinal* também foram reescritos para: *adequar as consistências dos alimentos às necessidades dos idosos e avaliar deglutição, mastigação, aceitação da dieta e comportamento intestinal*, para maior clareza e simplicidade.

Conforme as sugestões das juízas, três novas descrições foram acrescentadas. A primeira trata-se de *orientar a família sobre a alimentação e nutrição dos idosos*. Na percepção de cuidadoras idosas, a alimentação requer cuidado e orientações e, para os idosos, dificuldades relacionadas à vida familiar podem ser limitantes a uma alimentação saudável (Diogo, Ceolim, Cintra, 2005; Menezes et al., 2010).

A segunda inclusão foi *identificar restrições alimentares, de acordo com a condição de saúde do idoso*, pois problemas de saúde como diabetes, hipertensão, dislipidemia, osteoporose e demências interferem nas necessidades nutricionais do idoso (Najas, Pereira, 2006).

A última descrição incluída foi *promover atividades de culinária com os idosos*, iniciativa que possibilita aos participantes a diversão, o prazer, o diálogo e a troca de experiências (Ramos, Couto, Cardozo, 2014).

As demais sugestões das especialistas não foram incorporadas, porque eram atividades relacionadas às políticas de saúde e ao âmbito gerencial, e não destinadas ao cuidado.

O desenvolvimento da atividade *alimentação e nutrição* deve estar de acordo com o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Estabelecimentos Comerciais de Alimentos e para Serviços de Alimentação, para garantir as condições higiênico-sanitárias dos alimentos (Portaria CVS 5/2013).

Discussão

A definição da atividade *higiene e conforto* foi considerada validada nos quatro atributos avaliados. Quanto às descrições, duas não foram consideradas validadas no atributo pertinência (S2.18 e S2.21). A descrição S2.21 foi excluída porque estava contemplada no item S2.15, que se referia a auxiliar o idoso a se enxugar.

A higiene refere-se ao asseio e a higiene pessoal é aquela que envolve a limpeza oral, do couro cabeludo, corporal e íntima (Sgambatti, 2005). Esses cuidados proporcionam a sensação de conforto e são considerados importantes para a saúde e a qualidade de vida (Prado et al., 2006).

Nas descrições, optamos por alterar os itens S2.1 - *apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho*, S2.2 - *auxiliar o idoso com as vestimentas*, S2.3 - *cuidar das unhas das mãos e dos pés*, S2.9 - *observar as preferências e hábitos do idoso*, S2.15 - *após o banho, ajudar o idoso a se enxugar* e S2.18 - *durante o banho, manter fechadas portas e janelas para evitar correntes de ar*, para torná-los mais claros.

As descrições S2.4 - *estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral* e S2.5 - *estimular, orientar e auxiliar o idoso na higienização das próteses dentárias* foram agrupadas em uma única sentença: *estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral, inclusive das próteses dentárias*, pois se tratavam do mesmo tema.

Embora duas especialistas tenham sugerido a exclusão das descrições relacionadas ao banho, decidimos por não fazê-lo, uma vez que o banho está entre as ABVDs em que os idosos mais apresentam dificuldades, com um percentual de 6,9%. Dentre esses idosos com limitações para tomar banho, apenas 65,6% recebiam ajuda para a tarefa (Duarte, Lebrão, Lima, 2005). Estudos indicaram que auxiliar o idoso no banho é uma das tarefas mais difíceis e de maior ônus para o cuidador familiar (Rocha, Vieira, Sena, 2008; Pavarini et al., 2008).

Por ser o centro dia um serviço destinado aos idosos com dificuldades para realizar as AVDs, justifica-se, quando necessário, a realização do banho na instituição.

Nessa atividade, foram incluídas descrições relacionadas à adoção de medidas de segurança durante o banho, como: *observar a presença de tapetes e degraus que possam acarretar queda durante o banho, manter o sabonete em um*

recipiente (por exemplo, meia de nylon) para evitar que o idoso tenha que abaixar-se, caso derrube-o e manter uma cadeira de plástico próxima ao box do banheiro, para ser utilizada em caso de necessidade do idoso.

Esses procedimentos são essenciais e, segundo Lopes et al. (2009), o banho é uma das atividades que mais causa medo de cair dentre os idosos residentes em comunidade, e limitações em atividades como banho, locomoção e mobilização parecem aumentar a ocorrência de quedas (Telles, 2008).

Outra descrição incluída foi *avaliar a pele do idoso, em relação a dermatite associada à incontinência, equimose, lesões de pele e sujidade* porque a presença desses fatores pode interferir na saúde física e mental dos idosos, além de aumentar o risco de desenvolvimento de lesões como úlceras por pressão. Na literatura, a incidência dessas úlceras varia de 2,2% a 23,9% nos cuidados de longa permanência, de 0,4% a 38% nos cuidados agudos e de até 17% na atenção domiciliar (Brasil, 2013).

As úlceras por pressão causam grande impacto tanto para os pacientes e familiares, como para o sistema de saúde, pois podem prolongar internações, causar infecções e aumentar a mortalidade (Brasil, 2013).

Na dimensão saúde, duas atividades foram incluídas: *capacidade funcional e fragilidade* e *medicamentos de uso contínuo*, conforme as sugestões de três especialistas. Além disso, como destacado adiante, a atividade *otimização da capacidade mental*, da dimensão participação, foi incorporada à dimensão saúde

A capacidade funcional refere-se ao desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas. A sua avaliação permite estabelecer diagnósticos, prognósticos e julgamentos clínicos para a tomada de decisões acerca dos tratamentos e cuidados necessários (Aykawa, Neri, 2005; Duarte, Andrade, Lebrão, 2007).

A fragilidade é uma síndrome multidimensional que engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais e que resulta em maior vulnerabilidade e em risco aumentado de desfechos clínicos adversos, como declínio funcional, hospitalização e morte (Teixeira, 2006).

O fenótipo de fragilidade, proposto por Fried e colaboradores (2001), considera cinco fatores: perda de peso não intencional, relato de fadiga e exaustão, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição da

velocidade de marcha.

Para esses autores, a presença de um ou dois desses fatores indica uma condição pré-frágil e idosos com três deles são considerados frágeis. A detecção precoce da condição pré-frágil pode evitar a instalação da síndrome, quando intervenções adequadas são adotadas.

Estudo conduzido por Duarte et al. (2010), no município de São Paulo, indicou que a prevalência de fragilidade entre os idosos correspondeu a 15,4%.

O centro dia, em sua definição, é um serviço destinado aos idosos que possuem capacidade funcional diminuída ou que estejam fragilizados ou em risco de fragilização (Teixeira, 2008). Por isso, optamos pela inclusão dessa atividade.

A atividade *medicamentos de uso contínuo* também foi acrescentada, uma vez que o uso contínuo dessas substâncias é importante para o tratamento das DCNTs e dos problemas de saúde mental, condições cada vez mais prevalentes na população idosa. Além disso, o hábito da população brasileira quanto ao uso irracional e desnecessário de medicamentos, aumenta a demanda do emprego dos mesmos. Esses fatos levam à necessidade de promover ações educativas para o uso racional de medicamentos, voltadas tanto para a sociedade como para os profissionais de saúde (Brasil, 2001b).

Os medicamentos de uso contínuo são aqueles empregados ininterruptamente para o tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas. O uso contínuo de medicamentos, no Brasil, foi verificado em 72,3% dos idosos em um Município da região Sul (Pizzol, 2012), 67,6% no Nordeste (Paniz et al., 2008) e 81,1% no Sudeste (Secoli, Lebrão, 2009).

Um aspecto a ser ressaltado nessa dimensão é o estímulo ao autocuidado pelo idoso. O autocuidado é a participação ativa do indivíduo nos cuidados necessários para sua saúde e bem-estar e se trata de uma condição essencial para a vida independente e autônoma (Caldas, 2006).

Na **dimensão participação**, a *otimização da capacidade mental* é definida como o desenvolvimento do funcionamento do cérebro, por meio de atividades como música, artes, esportes, matemática, jogos, espiritualidade, filantropia, atividade física, dentre outras (Caldas, 2006).

Dessa forma, a sugestão de alteração dessa atividade para *manejo e estímulo cognitivo* é pertinente, pois a estimulação cognitiva refere-se a uma

intervenção que busca estimular e reforçar as funções cognitivas, como atenção, orientação, memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, raciocínio, linguagem e outras, visando a prevenir ou diminuir perdas e manter a funcionalidade e a independência (Abreu, Tamai, 2006; Santos, 2010; Pinheiro, Gomes, 2014).

A estimulação cognitiva 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).

Na perspectiva do envelhecimento ativo, a saúde está relacionada ao atendimento das necessidades físicas e/ou cognitivas dos idosos (OMS, 2005). Para a OMS, saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948, 2006). Assim, a atividade anteriormente descrita como *otimização da capacidade mental* foi alterada para *manejo e estímulo cognitivo* e incluída na dimensão saúde.

As descrições referentes a essa atividade foram validadas. Duas descrições, P1.2 – *avaliar a presença de alterações psicológicas* e P1.5 – *estimular a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva*, foram reescritas, conforme as sugestões de duas especialistas, para maior clareza.

A atividade P1.6 foi excluída, ao concordamos com uma das juízas que promover a autoestima não é uma atividade a ser realizada, mas sim um objetivo a ser alcançado por meio de ações planejadas. A autoestima é definida como o sentimento, a consideração e o apreço que uma pessoa sente por si mesma. Os fatores que constituem a autoestima são: o sentimento de competência, o valor pessoal, o autorrespeito e a auto-confiança (Dini, 2001).

Dentre as sugestões de inclusão de descrições emitidas pelas especialistas, apenas duas não foram incorporadas, porque não havia clareza no item.

As descrições *fazer mercado monitorado* e *promover atividades como coral, passeios e jogos* estão contempladas em: *promover atividades de estimulação e reabilitação cognitiva*. Outros exemplos de atividades são: leitura e compreensão de textos; escrita; trabalhos manuais e jogos, como dominó, resta um e quebra-cabeça; exercícios de socialização, como contar fatos significativos da vida, brincar

com netos e conversar com amigos e familiares; treinos de AVDs, como, dar e receber telefonema, anotar e transmitir recados; criação de livro autobiográfico; cálculos, como dar e receber troco; atividades de linguagem, nomeação e fluência verbal; orientação para a realidade, com o uso de agenda e calendário, dentre outros (Bottino et al., 2002; Ávila, 2003; Pinheiro, Gomes, 2014).

A descrição *estimular a família a participar de atividades com o idoso* foi incluída, pois a família ainda é a principal fonte de auxílio para assegurar o bem-estar dos idosos (Camarano, Kanso, 2010). Na estimulação cognitiva, a participação da família é fundamental para o sucesso da intervenção, porque os familiares passam a maior parte do tempo com os idosos e devem estimulá-los e treiná-los para executar as atividades orientadas pelo profissional (Bottino et al., 2002; Abreu, Tamai, 2006).

As *atividades socioculturais* são aquelas realizadas por pessoas, grupos ou instituições que promovem a participação ativa dos seus membros em seu processo de desenvolvimento social e/ou cultural. Do ponto de vista social, essas atividades contribuem para diminuir as desigualdades sociais, garantir a liberdade de expressão, estimular o desenvolvimento social e comunitário, formar a consciência coletiva e melhorar a qualidade de vida. No âmbito cultural, as atividades socioculturais buscam o desenvolvimento cultural, a igualdade de oportunidades de participação, o aumento da inovação cultural e a criação de espaços culturais (Trilla, 2004).

A participação nessas atividades permite atenuar as limitações físicas e cognitivas dos idosos e favorecer as relações sociais, melhorando, assim, sua qualidade de vida (Costa, 2012).

Nas descrições dessa atividade, os itens P2.1 - *acompanhar o idoso nas atividades internas ou externas*, P2.3 - *avaliar as preferências dos idosos por atividades de lazer*, P2.4 - *estimular o idoso a participar das atividades* e P2.8 - *promover e estimular a participação da família nas atividades* foram alterados conforme as sugestões das especialistas, para que ficassem mais claros.

Na descrição P2.1, ainda, foi acrescentada a sentença: *respeitando-se as limitações físicas e cognitivas dos idosos*, sugerida por uma especialista.

As descrições P2.1 - *acompanhar o idoso nas atividades internas ou externas* e P2.9 - *promover festas comemorativas e passeios externos coletivos*

foram mantidas, embora uma juíza tenha considerado-as repetitivas. Diversos autores relataram que há diferentes atividades socioculturais que podem ser desenvolvidas, como exposições, dança, música, cinema, teatro, visitar amigos, assistir televisão, ouvir rádio, trabalhos manuais, atividades lúdicas (como, dominó, cartas e bingo), atividades intergeracionais, dentre outras (Veras, Caldas, 2004; Mendonça, 2005; Rios et al., 2011; Costa, 2012; Fratezi et al., 2012). Nesse sentido, as festas e os passeios são atividades específicas e imbuídas de sentimentos, emoções e relações interpessoais, que favorecem a qualidade de vida do idoso.

Uma das especialistas apontou não haver diferença entre atividades socioculturais e de lazer. Assim, esclarecemos que o lazer é o conjunto de ações que a pessoa escolhe para sua diversão, entretenimento e recreação, que lhe proporciona prazer e contribui para seu desenvolvimento pessoal. O lazer pode ser descrito em seis dimensões: artística, manual, intelectual, social, física e turística (Dumazedier, 2008). Dessa maneira, atividades socioculturais podem ser consideradas de lazer quando realizadas voluntariamente e no tempo livre.

Para os idosos, o lazer pode significar uma nova experiência de vida, que melhora seu aspecto emocional, a sua saúde e a qualidade de vida (Dantas, Loures, Silva, 2002). A prática de atividades de lazer, como relacionamento com amigos, assistir televisão e fazer atividades manuais, é considerada um fator protetor para perdas funcionais (D'Orsi, Xavier, Ramos, 2011).

Nas *atividades socioculturais*, duas descrições sugeridas pelas especialistas foram acrescentadas: *promover a integração entre os idosos e realizar exposições culturais periódicas das atividades desenvolvidas pelos idosos*.

A integração entre os idosos, por meio de atividades realizadas em grupos, restaura a afetividade, a autoestima, a auto-confiança e o sentimento de retorno à atividade laboral. Na velhice, pertencer a um grupo é fundamental para a identidade e a subjetividade do idoso, pois a atividade grupal permite o convívio, o relacionamento interpessoal, o aprendizado e a troca de experiências (Ferrigno, Leite, Abigailil, 2006).

Com relação à atividade *acolhimento e monitoramento*, sua definição foi validada nos quatro atributos avaliados. Apenas a descrição P3.1 – *apoiar a família no cuidado ao idoso* não foi validada nos atributos clareza e simplicidade (IC de 77%).

O acolhimento refere-se à integração do idoso no serviço, com os objetivos de facilitar sua adaptação, promover o seu bem-estar e, quando necessário, realizar ajustes no plano de atenção individual. O monitoramento é a avaliação das respostas do centro dia às necessidades do idoso, de acordo com o plano de atenção elaborado (Instituto da Segurança Social, 2010). Dessa forma, optamos por não alterar a atividade.

As descrições P3.1- *apoiar a família no cuidado ao idoso*, P3.2 - *avaliar a adaptação do idoso no prazo máximo de 30 (trinta) dias*, P3.3 - *avaliar as expectativas iniciais do idoso e da família*, P3.4 - *avaliar as necessidades biopsicossociais do idoso e da família*, P3.9 - *monitorar e avaliar periodicamente o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade pessoal*, P3.10 - *prestar esclarecimentos em caso de necessidade* e P3.14 - *realizar reunião com a família e o idoso para prestar informações sobre o processo de acolhimento* foram modificadas com base nos comentários das juízas, para aprimorar a clareza e a simplicidade.

Duas sugestões, uma relacionada a celebrar contrato formal com o idoso e a outra a promover a participação do idoso e da família na gestão do serviço (gestão participativa), não foram incluídas, pois consideramos se tratar de aspectos mais relacionados ao âmbito gerencial do que ao cuidado.

Com relação às sugestões das especialistas para a exclusão, concordamos em retirar o item P3.8 – *monitorar a saúde*, acreditando que essa atividade não compete ao centro dia. Embora o centro dia seja um equipamento de apoio social em que ações de saúde são realizadas, monitorar a saúde necessita da presença de um profissional com conhecimentos específicos nessa área. A definição e a concepção de centro dia não pressupõem e não requerem a presença de um profissional da área da saúde no serviço (Decreto nº 1.948/1996; Portaria nº 2.854/2000; Portaria nº 2.874/2000). Nesse sentido, aos trabalhadores do centro dia compete encaminhar o idoso a um profissional ou serviço, caso alguma alteração no seu estado de saúde seja percebida.

A atividade *apoio espiritual* foi validada em sua definição, nos atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade. Contudo, duas descrições não o foram nos atributos clareza e simplicidade.

A espiritualidade é o conjunto de emoções e convicções não materiais que pressupõem existir mais no viver do que podemos compreender ou perceber e se relaciona a uma reflexão sobre o significado e o sentido da vida (WHO, 1998). Duas juízas sugeriram acrescentar a palavra *religiosidade*, que se refere a comportamentos e crenças compartilhados por um grupo de pessoas e que envolve rituais, cerimônias, práticas, preceitos e o senso de pertencimento a uma comunidade. A religião tem um aspecto institucional e doutrinário (Maldaum et al., 2005; Sommerhalder, Goldstein, 2006; Oliveira, Junges, 2012).

Nessa atividade, houve uma sugestão para colocá-la na dimensão saúde, com base na definição de saúde da OMS (1948, 2006). Em 1998, a OMS incluiu a espiritualidade como um atributo importante da saúde em todas as idades (WHO, 1998). Apesar disso, optamos por manter a atividade na dimensão participação, seguindo a definição deste pilar do Envelhecimento Ativo, que cita a espiritualidade como uma atividade a ser desenvolvida nesse âmbito, uma vez que este foi o referencial teórico adotado neste estudo (OMS, 2005).

Uma especialista apontou que o apoio espiritual não é uma atividade pertinente ao centro dia e que, por isso, deveria ser excluída, o que não foi acatado, tendo em vista o IC de 88% para os atributos relevância, clareza e pertinência e de 100% para a simplicidade, e, também, com base na literatura. Estudo realizado em nove centros dia em Portugal, com um total de 121 idosos, identificou que a dimensão espiritual/religiosa é significativa para o bem-estar subjetivo, a autoeficácia, a saúde e a atividade. Dessa forma, propôs que esse tema seja incluído nas ações desenvolvidas no centro dia para beneficiar o desenvolvimento humano e dar mais sentido à vida dos idosos (Mesquita, 2014).

Quanto às descrições da atividade *apoio espiritual/religioso*, optamos por acatar os comentários das especialistas e excluir os itens P4.2 – *promover o apoio espiritual* e P4.3 – *promover momentos de atividades espirituais*, substituindo-os pelas sentenças sugeridas pelas juízas: *promover atividades religiosas e/ou espirituais no centro dia; definir atividades religiosas e/ou espirituais que promovam o bem-estar do idoso e preservem a convivência saudável no centro dia; identificar a religião declarada pelo idoso; identificar a importância da religião/espiritualidade para o idoso; respeitar as escolhas e a individualidade de cada idoso; e estimular o convívio e o respeito entre diferentes crenças.*

A presença da espiritualidade/religiosidade está relacionada com bem-estar psicológico, melhor enfrentamento do sofrimento, melhor saúde física e mental e menor probabilidade de apresentar comportamentos de risco, como violência, abuso de substâncias e delinquência (Panzini, Bandeira, 2005; Almeida, Lotufo Neto, Koenig, 2006; Delgalarrondo, 2007; Almeida, 2008).

Para os idosos, a espiritualidade/religiosidade pode auxiliar no enfrentamento de eventos de vida estressantes, de aborrecimentos cotidianos, das doenças crônicas, da ansiedade e da presença de sentimentos negativos. Além disso, contribui para aumentar o suporte social, a ajuda instrumental e emocional e o senso de pertencimento (Maldaum et al., 2005).

Na **dimensão segurança**, a definição da atividade *acessibilidade e mobilidade* foi validada nos atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade.

A acessibilidade é definida como a possibilidade de alcance, percepção e entendimento para utilizar, com segurança e autonomia, edificações, espaços, mobiliários e equipamentos urbanos (ABNT, 2004). A mobilidade se refere à capacidade de se relacionar com o meio e utilizá-lo ou, ainda, a mudança de posição ou localização do corpo (OMS, 2003; ABNT, 2004).

Uma especialista sugeriu a alteração desta atividade para *acessibilidade e controle dos fatores de risco para quedas*, pois a mobilidade está mais associada à funcionalidade do idoso do que ao ambiente externo (OMS, 2003).

Fator de risco é aquele que aumenta a chance de um evento ocorrer, mas que não é suficiente para causá-lo (Beaglehole, Bonita, Kjellström, 2003). Os fatores de risco para quedas são divididos em dois grupos: os intrínsecos, relacionados às características fisiológicas e de funcionalidade da pessoa, e os extrínsecos, relativos ao ambiente (Lopes et al., 2007; Cruz et al., 2011). Dessa forma, concordamos com a juíza quanto à alteração na atividade.

No que diz respeito à queda, aproximadamente, 30% dos idosos caem uma vez ao ano, com conseqüências que podem diminuir a capacidade funcional e aumentar o risco de institucionalização (Perracini, Ramos, 2002; Siqueira et al., 2007; Cruz et al., 2012).

Estudo realizado em centro dia indicou que os idosos atendidos nessa modalidade de atenção apresentaram diminuição do risco de quedas (Pinheiro, 2013).

Dentre as descrições dessa atividade, apenas duas, SE1.5 - *avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva* e SE1.6 - *instruir e apoiar o idoso no uso de tecnologia assistiva* não foram validadas nos atributos clareza e simplicidade (77%), pois duas especialistas sugeriram esclarecer o termo *tecnologia assistiva*.

A tecnologia assistiva contempla recursos, produtos, estratégias, metodologias, práticas e serviços que promovem a funcionalidade e a participação de pessoas com incapacidades, deficiência ou mobilidade reduzida (Brasil, 2009). Nessa classificação, estão incluídas bengalas, andadores, cadeiras de roda, adaptações ambientais e outros. Assim, apesar das especialistas terem sugerido simplificar o termo, optamos por mantê-lo.

A descrição SE1.2 – *auxiliar o idoso a sentar ou levantar* foi reescrita, para se tornar mais simples.

Com relação à descrição SE1.8 – *prevenir acidentes*, uma especialista sugeriu esclarecer de que forma os acidentes seriam prevenidos ou, ainda, excluir o item. No entanto, optamos por substituí-lo por *prevenir quedas* e inserir as sugestões de descrições das especialistas dentro desse item, como medidas de prevenção de quedas, por considerarmos tratar de recomendações para tornar o ambiente mais seguro e adequado às necessidades do idoso.

As descrições SE1.1 – *auxiliar e supervisionar o idoso nas atividades físicas e de reabilitação* e SE1.9 – *promover atividades físicas e de reabilitação* foram excluídas, conforme sugestões de duas juízas, pois foram contempladas na atividade *capacidade funcional e fragilidade*.

Na dimensão segurança, uma juíza comentou sobre a inclusão da atividade *uso seguro de medicamentos* e uma juíza, sobre ter *visitas periódicas de profissionais habilitadas ao centro dia para dar orientação e monitoramento aos profissionais que lá trabalham*. Contudo, escolhemos não as incluir, pois a primeira foi uma atividade inserida na dimensão saúde e a segunda não estava suficientemente clara. Além disso, entendemos que os profissionais que trabalham no centro dia devem ter a formação e o conhecimento necessários para não requerer a presença de um profissional externo para orientá-los e monitorá-los (Baumgarten et al., 2002; Benet, Llanes, 2002).

Um fator importante nesta dimensão é que todas as normas de segurança e adaptações ambientais devem obedecer às regras da Associação Brasileira de

Normas Técnicas (ABNT, 2004).

Para Prado e Perracini (2007), o ambiente deve ser, além de seguro, amigável aos idosos, o que significa que ele deve ser ajustado às limitações e preferências dessa população, permitindo-lhes o senso de controle, autoeficácia e pertencimento. Ambientes amigáveis favorecem a independência, diminuem a apatia, o desinteresse, a ansiedade, a tristeza, a solidão e as queixas de saúde, como fadiga e dor.

Na **dimensão educação**, a definição das *atividades socioeducativas* e todas as descrições foram validadas nos quatro atributos, relevância, clareza, pertinência e simplicidade. No entanto, acatamos a sugestão de uma especialista, indicando a definição da atividade como *educativa*.

Atividades educativas no envelhecimento são aquelas que oferecem aos idosos a oportunidade de se atualizar e adquirir de novos conhecimentos, que possibilitam o desenvolvimento de suas potencialidades e que contribuem para a compreensão e assimilação do processo de envelhecimento (Cachioni, Palma, 2006).

Para a gerontologia educacional, há três aspectos fundamentais e interdependentes na educação nessa área: a educação para idosos, que corresponde à elaboração de programas educacionais de acordo com as necessidades deste grupo etário; a educação para a população em geral sobre o envelhecimento, a velhice e os idosos, a fim de desmistificar conceitos negativos sobre o tema; e a formação de profissionais para o trabalho com os idosos, por meio da educação permanente e da formação de pesquisadores (Neri, Cachioni, 2004; Cachioni, Palma, 2006).

As oportunidades educacionais são importantes antecedentes de ganhos evolutivos na velhice, porque promovem o aperfeiçoamento pessoal e intensificam os contatos sociais e a troca de vivências e de conhecimentos (Neri, Cachioni, 1999).

Nas descrições dessa atividade, o item E1.6 – *promover atividades de educação permanente para os profissionais* foi reescrito para melhorar a clareza.

Apesar da sugestão de uma especialista para acrescentar a palavra *saúde* na descrição E1.5 – *promover campanhas educativas e preventivas*, optamos por não fazê-lo, pois campanhas educativas não se restringem à área da saúde.

Temas como direito e cidadania, aposentadoria e o próprio processo de envelhecimento são exemplos de abordagens nessas campanhas (França, Soares, 2009; Flauzino, Fratezi, Silva, 2010).

Dentre as sugestões de descrições de três especialistas para inclusão nessa atividade: *identificar as necessidades educacionais do idoso*; *estimular o constante desenvolvimento individual do idoso*; e *oferecer oportunidades para o desenvolvimento de diferentes atividades de lazer*, optamos pela inclusão das duas primeiras.

As atividades de lazer foram contempladas na dimensão participação, nas *atividades socioculturais*. Também por esse motivo, concordamos em excluir o item E1.4, que descrevia acerca da realização de confraternizações, passeios e festas.

Para Orta (2014), ao estimular as relações sociais e promover atividades como artesanato, informática, estética, jogos, passeios e atividade física, a frequência no centro dia evita o isolamento, a tristeza e a depressão, permitindo, assim, a vivência de um envelhecimento ativo.

O desenvolvimento de novas unidades de centro dia no Brasil é recomendado para possibilitar uma atenção ao idoso pautada na prevenção de agravos e na promoção da saúde (Pinheiro, 2013).

6 Conclusão

Conclusão

Esta investigação permitiu identificar, selecionar, descrever e validar as atividades desenvolvidas em centros dia, pautadas no referencial teórico do envelhecimento ativo.

A revisão bibliográfica para identificar as atividades demonstrou que a maior parte dos trabalhos foi realizada no âmbito internacional (62,9%), publicada nos idiomas inglês (42,1%) e português (42,1%) e em periódicos da área de geriatria e gerontologia (35,7%).

A partir dessa revisão, foi possível selecionar as atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos e descrevê-las, o que conduziu à construção de um instrumento que abarcou oito atividades e 82 descrições, divididas em quatro dimensões: saúde, participação, segurança e educação, correspondentes aos pilares do envelhecimento ativo.

Na dimensão saúde, houve a seleção das atividades *alimentação e nutrição* e *higiene e conforto*; na dimensão participação, *otimização da capacidade mental*, *atividades socioculturais*, *acolhimento e monitoramento* e *apoio espiritual*; na dimensão segurança, a atividade correspondeu a *acessibilidade e mobilidade*; e na dimensão educação, as *atividades socioeducativas*.

Em seguida, foi realizada a validação de conteúdo das atividades e de suas descrições, por um grupo de especialistas composto de cinco enfermeiras, duas gerontólogas, uma cientista social e uma nutricionista, com idade média de 40,2 anos (dp $\pm$ 10,1) e média de tempo de formação de 15,3 anos (dp $\pm$ 11,2).

A participação dessas profissionais foi essencial para aprimorar os conceitos, incorporar novas atividades e redimensionar o conteúdo do instrumento com uma linguagem objetiva e simples, abarcando a esfera do cuidado em centros dia.

As oito atividades foram validadas com IC $\geq$ 80%. No que tange às 82 descrições, 100% alcançaram o IC estabelecido no atributo relevância; 91,4% na clareza; 97,5% na pertinência; e 92,6% na simplicidade. Apenas nove (10,9%) não atingiram o IC proposto. Contudo, oito (9,7%) dessas descrições obtiveram IC muito próximo ao estimado, 77%, sendo aprimoradas pelas sugestões das juízas e mantidas; e somente uma (1,2%) atingiu consenso de 66% e foi excluída.

Os comentários e as sugestões das especialistas foram incorporados às atividades do instrumento, não havendo a necessidade de retorno para nova avaliação.

Ademais, o conteúdo validado propiciou a construção do *Guia de Atividades de Atenção ao Idoso Desenvolvidas em Centros Dia, na Perspectiva do Envelhecimento Ativo*. Esse Guia encontra-se estruturado em quatro dimensões:

Conclusão

saúde, participação, segurança e educação. Cada dimensão possui atividades com descrições, totalizando dez atividades e 102 descrições, a saber:

- Dimensão Saúde
 - Capacidade funcional e fragilidade (6 descrições)
 - Alimentação e nutrição (11 descrições)
 - Higiene e conforto (22 descrições)
 - Medicamentos de uso contínuo (6 descrições)
 - Manejo e estímulo cognitivo (7 descrições)
- Dimensão Participação
 - Atividades socioculturais (11 descrições)
 - Acolhimento e monitoramento (15 descrições)
 - Apoio espiritual/religioso (6 descrições)
- Dimensão Segurança
 - Acessibilidade e controle dos fatores de risco para queda (11 descrições)
- Dimensão Educação
 - Atividades educativas (7 descrições)

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil populacional tem indicado, para o envelhecimento e a longevidade, a necessidade de ações pautadas nos determinantes pessoais, sociais, econômicos e comportamentais, ao longo do curso de vida, e que priorizem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a capacidade funcional, o acesso aos serviços sociais e de saúde, o monitoramento das condições de saúde, o ambiente físico, a atenção multidimensional e integral, a participação, a segurança e a educação.

A realização deste estudo evidenciou a escassez de literatura acerca das atividades desenvolvidas nos centros dia para idosos, assim como dos modelos de gestão e de cuidado implementados nesses equipamentos. Dessa forma, consideramos que a sistematização das atividades nas quatro dimensões constituiu-se em um passo inicial, no sentido de superar os inúmeros desafios que envolvem

Conclusão

os aspectos gerenciais e assistenciais nesse contexto, pautado no envelhecimento ativo.

Possibilitou ainda, verificar que o CDI privilegia aspectos da qualidade de vida da pessoa idosa, impedindo a desintegração familiar; é um recurso que apoia as atividades de promoção da saúde, de prevenção de agravos e a melhoria da funcionalidade, além de propiciar a autonomia do idoso e a interação social.

Acreditamos que o produto final desta pesquisa, representado pelo *Guia de Atividades de Atenção ao Idoso, Desenvolvidas em Centros Dia, na Perspectiva do Envelhecimento Ativo*, poderá contribuir para estruturar elementos para a avaliação da qualidade nos CDI, no Brasil, apoiando o planejamento das atividades, a organização do serviço e a tomada de decisões por parte dos gestores. Outrossim, salientamos a necessidade de novas investigações, no sentido de implementar o Guia no cotidiano dos serviços e envolver os componentes gerenciais passíveis de mensurar a qualidade nos centros dia.

Nesse sentido, propomos a consecução de pesquisa objetivando a construção e a validação de indicadores de estrutura, processo e resultado, para que se possa empregar o modelo donabediano na avaliação da qualidade dos centros dia.

Referências

REFERÊNCIAS

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.

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.

Almeida AM. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. Rev Psiqu Clin. 2007;34(1): editorial.

Almeida AM, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. Rev Bras Psiqu. 2006;28(3):242-50.

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

Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT. NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. ABNT; 2004.

Ávila R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. Rev Psiqu Clin. 2003;30(4):139-46.

Aykawa AC, Neri AL. Idosos, velhice e envelhecimento. In: Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2005. p. 29-33.

Barbosa AC. O Centro-dia, seus idosos e a sua família: um olhar sobre as relações de cuidado [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008.

Baumgarten M, Lebel P, Laprise H, Leclerc C, Quinn C. Adult day care for the frail elderly: outcomes, satisfaction, and cost. J Aging Health, 2002;14(2):237-59.

Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. Rio Grande do Sul: Livraria Santos; 2003. p. 74.

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.

Referências

Benet AS, Llanes MJ. Nivel de salud y autonomía en los Centros de Día para mayores. *Rev Multidiscip Gerontol*. 2002;12(1):5-12.

Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saude*. 2001;12(3):21-8.

Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saude*. 2004;6(22):15-8.

Bocchi SCM, Kano KCU, Baltieri L, Godoy DC, Spiri WC, Juliani CMCM. Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(6):2973-81.

Born T, organizadora. Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008.

Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Ávila R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(1):70-9.

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; 2000.

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; 2000.

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; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília; 2006b.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde ciclo 2011-2015; 2011 [citado 2012 set. 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_020811.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 841, de 02 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. In: Brasil. Ministério da Saúde. RENASES. Brasília; 2012.

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

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da saúde; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: alimentação e nutrição. Brasília; 2008b.

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. Política Nacional do Idoso. 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.

Referências

Brasil. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva. Brasília: CORDE; 2009.

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.

Caldas CP. O autocuidado na velhice. 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.1117-21.

Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. 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. 93-122.

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.

Casado D, Rico A, Sabes R. Asistencia integrada a los ancianos dependientes em España. Documentación Social; 2002 [citado 2013 jun. 12]. Disponível em: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/557/12-%20ASISTENCIA%20INTEGRADA%20A%20LOS%20ANCIANOS%20DEPENDIENTES%20EN%20ESPA%C3%91A.pdf>.

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

Centro Regional de Informação das Nações Unidas, UNRIC. Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Madrid: aprova Plano de Ação e Declaração Política. Belgium; 2002.

Coelho-Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev Saude Publ. 2000;34(6):666-71.

Consejería de Bienstar Social. Servicio de Programas de Atención a Mayores. El equipo interdisciplinar em los servicios de estancias diurnas. Espanha: JCCM; 2007.

Referências

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.

Costa JA. Atividades de enfermagem no centro de material e esterilização: subsídios para o dimensionamento de pessoal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

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.

Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saude Publ.* 2012;46(1):138-46.

Cruz HMF, Pimenta CAM, Dellarozza MS, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YAO. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor São Paulo.* 2011;12(2):108-14.

Dantas JMR, Loures MC, Silva EM, Lazer e sexualidade no envelhecer humano. *Rev Est Goiania.* 2002;29(5):1395-420.

Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publ.* 2009;43(5):796-805.

Delgalarrondo P. Estudos sobre religião e saúde mental no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiqu Clin.* 2007;34(1):25-33.

Dini GM. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Rev Esc Enfem USP.* 2005;39(1):97-102.

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.

Referências

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

D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev Saude Publ.* 2011;45(4):685-92.

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.

Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.

Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):370–8.

Duarte YAO, Nunes, DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). 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. 123-44.

Dumazedier J. Sociologia empírica do lazer. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2008.

Espanña, Ajuntament Des Castell. Reglamento de funcionamiento del centro de estancias diurnas. Plaza de S'Esplanada nº 17. Es Castell; 2008.

European Commission. Long-term care in the European Union. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG Social Protection and Integration Social Protection, Social Services; 2008.

Ferrigno JC, Leite MLCB, Abigail A. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. 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.1436-43.

Flauzino KL, Fratezi FR, Silva HS. Iniciativas socioeducativas para a promoção do envelhecimento saudável – projeto Gerodia: saúde, bem-estar e envelhecimento. *Terceira Idade.* 2010;21(47):50-9.

Referências

Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Anormalidade. p.36-55.

França LHFP, Soares DHP. Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. *Psicol Cienc Educ*. 2009;29(4):738-51.

Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência centro-dia geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):373-80.

Fratezi FR, Silva TBL, Santos GD, Lima AJ, Acquati F, Neves GS et al. Dia dos avós: atividades socioeducativas e intergeracionais bem-sucedidas. *Kairós*. 2012;15:393-405.

Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Geront*. 56(3):146-56; 2001.

Gaidão MCSCL. Envelhecimento activo e autonomia: um desafio às instituições particulares de solidariedade social com resposta social em centro de dia – um estudo de caso [dissertação]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas; 2012.

Gelber RP, Petrovitch H, Masak KH, Abott 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.

Gouvêa JAG, Volpato IA, Gilberto APF, Benedeti MR, Bertolini SMMG, Oliveira AP. Equilíbrio em praticantes de dança sênior em um centro dia do idoso. *JOPEF*. 2013;15(2):24-31.

Institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Espanha; 2007 [citado 2013 jun. 22]. Disponível em: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_1357_3.pdf.

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, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estudos e Pesquisas, Informação

Referências

Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

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

Jacobzone S, Cambois E, Robine J. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? OECD Economic Studies. 2000, 2001;30.

Japan. Health Service Delivery Profile. WHO and Ministry of Health, Labour and Welfare; 2012.

Kalache A. The longevity revolution: its pervasive impact on 21st century society. In: Talleres internacionales sobre envejecimiento Poblacional. International Workshops on Population Aging. Santiago: Facultad de Medicina Universidad de Chile; 2013.

Kwok T, Young D, Yip A, Ho F. Effectiveness of day care services for dementia patients and their caregivers. Asian J Gerontol Geriatr. 2013;8:9-15.

LeBlanc LA, Cherup SM, Feliciano L, Sidener TM. Using choice-making opportunities to increase activity engagement in individuals with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2006;21(5):318-25.

Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos de transição demográfica e epidemiológica. Rev Saude Colet. 2007;4(17):134-40.

Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. Rev Bras Fisioter. 2009;13(3):223-9.

Lopes MCL, Violin MR, Lavagnoli AP, Marcon SS. Fatores desencadeantes de queda no domicílio em uma comunidade de idosos. Cogitare Enferm. 2007;4(12):472-6.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. Rev Saude Publ. 2008;42(4):733-40.

Maldaum D, Antunes DC, Carvalho FCR, Neri AL. Espiritualidade/Religiosidade. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. 3ª ed. Campinas: Alínea; 2008.

Referências

Martínez MV, Suárez DP, Iglesias BC, Ponte JC. Análisis estratégico de los centros y programas de estancia diurna para personas mayores dependientes em la comunidad autónoma de Galicia. Espanha: Asociación para la Investigación de la Discapacidad, la Dependencia y el Envejecimiento; 2003.

Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. RBGN. 2006;8(20):1-12.

Mendonça TCP. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Psicol Cienc Profis. 2005;25(4):626-35.

Menezes MFG, Tavares EL, Santos DM, Targueta CL, Prado SD. Alimentação saudável na experiência de idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):267-75.

Mesquita CCVC. Desafios educativos em utentes de centros de dia: o papel da espiritualidade, do sentido da vida e do bem-estar [dissertação]. Portugal: Universidade de Coimbra; 2014.

Najas M, Pereira FAI. Nutrição 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.1180-88.

Navarro FM, Marcon SS. Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro dia. Cogitare Enferm. 2006;11(2):211-7.

Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. 3ª ed. Campinas: Alínea; 2008.

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

Neri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Neri AL, Debert GG, organizadoras. Velhice e Sociedade. Campinas: Papirus; 1999. p. 113-40.

Nicole AG, Tronchin DMR. Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. Rev Esc Enferm USP. 2011;45:206-14.

Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Estud Psicol. 2012;17(3):469-76.

Oliver RE, Foster M. Adult day care: an important long-term care alternative & potential cost saver. Mo Med. 2013;110(3):227-30.

Referências

Organização Pan-Americana de Saúde. 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 Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

Organização Mundial da Saúde, OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

Orta ACA. Contributo dos centros de dia para o bem-estar subjetivo dos idosos [dissertação]. Portugal: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação; 2014.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011;377:11-31.

Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. Cad Saude Publ. 24(2):267-80;2008.

Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicol Estud. 2005;10(3):507-16.

Papaléo-Netto. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. 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. 2-12.

Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mediondo MSZ, Filizola CLA et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. Rev Eletr Enferm. 2008;10(3):580-90.

Peracinni MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saude Publ. 2002;36(6):709-16.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Cien Saude Colet. 2006;11(3):657-67.

Referências

Pinheiro IM. Impacto da assistência em centro-dia na cognição, funcionalidade, medo e risco de quedas e qualidade de vida de idosos [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.

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.

Pizzol TSD, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saude Publ. 2012;28(1):104-14.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Portugal. Decreto-Lei nº 101/2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede. Diário da República de Portugal. Portugal, 06 junho 2006 [citado 2013 mai. 25]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/DL_101_2006_cuidados_continuados.pdf.

Powell C. The Delphi technique: myths and realities. J Adv Nurs. 2003;41(4):376-82.

Prado ARA, Perracini MR. A construção de ambientes favoráveis aos idosos. In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007. p. 221-9.

Prado MI, Gelbcke FL, Reibnitz KS, Ramos FRS, Martins CR. Higiene e conforto: percepções e sensações dos clientes dos serviços de saúde. Rev Paul Enf. 2006;25(2):90-5.

Ramos JS, Couto ML, Cardozo TSF. Oficinas culinárias como prática de educação nutricional para idosos: inovações da cozinha saudável. Online Rev Rede Cuid Saude [Internet]. 2014 [citado 2015 Abr 18];8(1). Disponível em: www.publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/143.

Ramos, LR. Saúde pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. Envelhec Saude. 2009;47:40-1.

Reilly S, Venables D, Chalis D, Hughes J, Abendstern M. Day care services for older people with dementia in the north west of England. Manchester: Personal Social Services Research Unit, University of Manchester; 2004.

Referências

Rios LC, Almeida MMG, Rocha SV, Araújo TM, Pinho OS. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):98-102.

Rocha MPF, Vieira MA, Sena RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):801-8.

Robertson H. Integration of health and social care: A review of literature and models Implications for Scotland. Scotland: RCN; 2011.

Rodrigues RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços [dissertação]. Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto; 2007.

Ron P. Self-esteem among elderly people receiving care insurance at home and at day centers for the elderly. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(6):1097-109.

Santangelo A, Testai M, Castelli R, Albani S, Capello A, Primavera G et al. Studies on health in elderly observation centers (abbreviated from Italian: COSA): A multidimensional evaluation (MDE) of an elderly population frequenting a diurnal center in Catania. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:380-84.

Santos IB. Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2010.

Santos JG, Pereira JR, Teixeira CVL, Corazza DI, Vital TM, Costa JLR. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(2):102-6.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Diretoria Técnica do Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS 5, de 09 de abril de 2013. Aprova o regulamento técnico sobre boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação, e o roteiro e inspeção, anexo. *Diário Oficial do Estado, São Paulo*, 19 abr. 2013. Seção 1, p.32-5.

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. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*. São Paulo, 15 jun. 2013.

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.

Referências

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. 2011;377:61-74.

Secretaria de Desenvolvimento Social. Guia de orientações técnicas centro dia do idoso – “Centro Novo Dia”. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014.

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

Secoli SR, Lebrão ML. Risco de eventos adversos e uso de medicamentos potencialmente interativos. *Saude Colet*. 6(30):113-18;2009.

Sgambatti MS. Cuidando da higiene e do vestuário do idoso em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJDE. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 249-55.

Silverstein NM, Wong CM, Brueck KE. Living with Alzheimer’s disease: a study of adult day health services in Massachusetts. Massachusetts: Gerontology Institute Publications; 2008 [cited 2013 Dez. 20]. Available from: http://scholarworks.umb.edu/gerontologyinstitute_pubs/2.

Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publ*. 2007;41(5):749-56.

Sommerhalder C, Goldsteins LL. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. 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.1306-15.

Sousa CS, Turrini RNT. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da Técnica Delphi. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):990-6.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

Teixeira I. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Referências

Teixeira MAV. Centro de dia na perspectiva do utente [dissertação]. Portugal: Universidade de Aveiro; 2008.

Telles ACM. Prevalência, incidência, fatores preditivos e impacto das quedas entre as pessoas idosas residentes no município de São Paulo – uma visão longitudinal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

Temkin-Greener H, Bajorska A, Mukamel DB. Variations in service use in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): is more better? J Gerontology. 2008;63(7):731-38.

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

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

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

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

Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. 2009;43(3):548-54.

Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Cienc Saude Colet. 2004;9(2):423-32.

Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. Cien Saude Colet. 2008;13(4):1119-26.

Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013;16(2):385-92.

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

Referências

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

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.

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.

Waltz CF, Strickland OL, Lens ER. Measurement in nursing research. Philadelphia: FA Davis Company; 1991.

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

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. 45^a 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>.

World Health Organization, WHO. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) – report on WHO Consultation. Geneva: WHO; 1998.

Wright JTC, Giovinnazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm.* 2000;12(1):54-65.

Zarit SH, Kim K, Femia EE, Almeida DM, Savla J, Molenaar PCM. Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach. *J Gerontology.* 2011;66(5):538–46.

Apêndices

Apêndices

APÊNDICE A - DESCRIÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DE LITERATURA

Quadro 12 - Descrição dos artigos, segundo autor principal, título, ano de publicação, país, fonte e idioma, São Paulo – 2013

(continua)

N	AUTOR PRINCIPAL	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	PAÍS	FONTE	IDIOMA
1	Martinez MV	<i>Análisis estratégico de los centros y programas de estancia diurna para personas mayores dependientes em la comunidad autónoma de Galicia</i>	2003	Espanha	Site governamental	Espanhol
2	Reilly S	<i>Day care services for older people with dementia in the north west of England</i>	2004	Inglaterra	Google acadêmico	Inglês
3	LeBlanc LA	<i>Using choice-making opportunities to increase activity engagement in individuals with dementia</i>	2006	Estados Unidos	MEDLINE	Inglês
4	Navarro FM	Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro dia	2006	Brasil	Google acadêmico	Português
5	Consejería de Bienestar Social	<i>El equipo interdisciplinar em los servicios de estancias diurnas. Programa de formacion continua</i>	2007	Espanha	Site governamental	Espanhol
6	Franciulli SE	A modalidade de assistência centro-dia geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional	2007	Brasil	MEDLINE	Português
7	España	<i>Reglamento de funcionamiento del centro de estancias diurnas</i>	2008	Espanha	Site governamental	Espanhol
8	Barbosa AC	O centro-dia, seus idosos e a sua família: um olhar sobre as relações de cuidado	2008	Brasil	Google acadêmico	Português

Apêndices

(continuação)

N	AUTOR PRINCIPAL	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	PAÍS	FONTE	IDIOMA
9	Silverstein NM	<i>Living with Alzheimer's disease: a study of adult day health services in Massachusetts</i>	2008	Estados Unidos	Site governamental	Inglês
10	Teixeira MAV	Centro de dia na perspectiva do utente	2008	Portugal	Google académico	Português
11	Temkin-Greener H	<i>Variations in service use in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): is more better?</i>	2008	Estados Unidos	MEDLINE	Inglês
12	Bocchi SCM	<i>Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center</i>	2010	Brasil	LILACS	Inglês
13	Instituto da Segurança Social	Manual de processos-chave centro de dia	2010	Portugal	Google académico	Português
14	Zarit SH	<i>Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach</i>	2011	Estados Unidos	Google académico	Inglês
15	Gaidão MCSCL	Envelhecimento activo e autonomia: um desafio às instituições particulares de solidariedade social com resposta social em centro de dia – um estudo de caso	2012	Portugal	Google académico	Português
16	Gouvêa JAG	Equilíbrio em praticantes de dança sênior em um centro dia do idoso	2013	Brasil	Google académico	Português
17	Kwok T	<i>Effectiveness of day care services for dementia patients and their caregivers</i>	2013	China	Google académico	Inglês
18	Lei 15809/2013	Institui o Programa Social “Centro Dia do Idoso”, no âmbito do município de São Paulo	2013	Brasil	Site governamental	Português
19	Oliver RE	<i>Adult day care: an important long-term care alternative & potential cost saver</i>	2013	Estados Unidos	MEDLINE	Inglês

(conclusão)

Apêndices

APÊNDICE B - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIAS PARA IDOSOS

Quadro 13 - Descrição das atividades desenvolvidas em centros dia para idosos, segundo os artigos selecionados, São Paulo – 2013 (continua)

N	ATIVIDADES DESCRITAS
1	<p><u>Sócio-sanitárias</u>: higiene e conforto; cuidados de enfermagem; reabilitação cognitiva; cuidados médicos; alimentação e nutrição; reabilitação básica; atenção às AVDs; logoterapia; entretenimento e tempo livre; gerontoginástica; terapia familiar; prevenção de quedas; prevenção de úlcera por pressão; prevenção de incontinência; prevenção de contenções físicas; prevenção de depressão; lavanderia</p> <p><u>Hotelaria</u>: café da manhã; almoço; lanche; jantar sobre rodas</p> <p><u>Complementares</u>: transporte; auxílio no domicílio; formação; assessoria em ajudas técnicas; voluntariado; grupos de autoajuda; <i>workshops</i>; assessoria em projetos; cabeleireiro; podologia</p>
2	<p>Suporte social; monitoramento da saúde física e mental; avaliação; respiro para os cuidadores; reminiscências e história de vida; terapia ocupacional; exercício físico; informações para os cuidadores; orientação para a realidade; cuidados de enfermagem; banho; fisioterapia; fonoaudiologia; serviços odontológicos; encaminhamento para outros serviços</p>
3	<p>Atividades de lazer; serviços médicos; apoio aos cuidadores familiares (respiro)</p>
4	<p>Voluntariado; transporte; admissão; atividades lúdicas e ocupacionais; alimentação; artesanato; bingo; apoio espiritual; horta; interação social; apoio para a realização das AVDs; apoio à família</p>
5	<p><u>Básicos</u>: transporte; alimentação; assistência nas AVDs</p> <p><u>Terapêuticos</u>: atenção social; atenção psicológica; terapia ocupacional; cuidados de saúde</p> <p><u>Complementares</u>: cabeleireiro; podologia; cafeteria</p> <p><u>Programa de intervenção terapêutica</u>: terapias funcionais (gerontoginástica, reabilitação funcional, auxílio nas AVDs, psicomotricidade); terapias cognitivas (orientação à realidade, psicoestimulação cognitiva, reabilitação cognitiva); terapias psicoafetivas (grupos terapêuticos, terapias de reminiscência; terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidade sociais e de comunicação, grupos de conversação</p> <p><u>Programas sanitários</u>: alimentação e nutrição; asseio e higiene; controle de esfíncteres; prevenção de quedas; assistência básica de enfermagem</p> <p><u>Programas de intervenções com famílias</u>: informação; formação; aconselhamento; grupos psicoeducativos; grupos de autoajuda</p> <p><u>Outros</u>: Programa de intervenção ambiental; Programa de colaboradores; Programa de formação continuada de cuidadores profissionais</p>

Apêndices

(continuação)

N	ATIVIDADES DESCRITAS
6	Admissão e acompanhamento, com avaliação multidimensional (avaliação clínica, funcional, de equilíbrio e de mobilidade)
7	<u>Básicas:</u> acolhimento, adaptação, acompanhamento e evolução; alimentação; higiene pessoal; assistência à saúde; atenção pessoal às AVDs; apoio pessoal e social; reabilitação cognitiva; fisioterapia; atividades socioculturais; assistência espiritual <u>Complementares:</u> transporte
8	<u>Serviços de caráter preventivo/curativo/reabilitador:</u> nutrição e alimentação; fisioterapia com enfoque preventivo (palestras e exercícios terapêuticos em grupo) e reabilitador (atendimento individual); acupuntura; psicologia; fonoaudiologia; serviços de enfermagem <u>Serviços de caráter social:</u> assistência social; orientação familiar; atividade religiosa <u>Serviços culturais e de lazer:</u> qualificação profissional; palestras; alfabetização; dança; artesanato; passeios; participação em eventos; atividades intergeracionais; coral; dança sênior
9	<u>Básicos:</u> serviços de cuidados pessoais; atividades sociais; apoio ao cuidador familiar; auxílio nas AVDs; educação em saúde e aconselhamento; acompanhamento da saúde; administração de medicamentos; serviços de enfermagem; reabilitação; terapia ocupacional; fonoaudiologia; transporte <u>Complementares:</u> refeições; podologia; grupos de apoio; apoio espiritual; apoio aos portadores de doença de Alzheimer e familiares; apoio domiciliar; programa de abuso de substâncias; programa de segurança doméstica; exercícios físicos; arte; literatura; entretenimento; jogos adaptados; música; atividades relacionadas a esporte; passeios; bingo; acessibilidade e ambiente seguro
10	<u>Serviços de saúde:</u> exames de visão; exames auditivos; consultas regulares com médicos; dentista <u>Serviços de reabilitação:</u> fisioterapia; terapia da fala; terapia ocupacional <u>Serviços de animação social:</u> artes e ofícios; festas; atividade física; programas educacionais; entretenimento; serviços religiosos; discussões de grupo; atividades com crianças; canto/coral; filmes/cinema <u>Serviços de aconselhamento:</u> terapia de grupo; aconselhamento individual
11	Cuidados primários; terapia de reabilitação e recreacional; trabalho social; cuidado pessoal; apoio à família; monitoramento da saúde
12	Lanche da tarde; voluntariado; atividades de recreação; apoio à família
13	Cuidados pessoais; atividades socioculturais; alimentação e nutrição; higiene, segurança e limpeza; apoio nas AVDs; admissão e acolhimento; elaboração de plano de cuidado individual; cuidados em situação de emergência; assistência medicamentosa; tratamento da roupa; acompanhamento ao exterior, aquisição de bens e serviços; transporte <u>Atividades de desenvolvimento pessoal:</u> lúdicas/recreativas (coral, música, artesanato); culturais (ir a cinema, teatro, exposições, museus); sociais (passeios coletivos e atividades em outras instituições); intelectuais/formativas (participar de conferências, seminários, leitura, informática); atividades espirituais/religiosas; cotidianas (cuidar de plantas, cuidar de animais de estimação); esportivas (ginástica, natação, hidroginástica, yoga)

Apêndices

(continuação)

N	ATIVIDADES DESCRITAS
14	Apoio ao cuidador, com diminuição do estresse e da carga de cuidado
15	Saúde e bem-estar – <u>serviços básicos</u> : alimentação; higiene pessoal; tratamento de roupas; transporte entre casa e instituição e vice-versa; cabeleireiro; pedicure; serviço de cafeteria Saúde e bem-estar – <u>serviços de reabilitação</u> : ginástica; terapia ocupacional <u>Integração social – serviços complementares</u> : ação social e psicóloga para encaminhamento e resolução de questões inerentes à condição de idoso <u>Animação sociocultural – serviços de animação</u> : atividades plásticas e manuais; passeios; colônias de férias; convívios com outros centros dia; comemoração de dias festivos
16	Atividade física (dança sênior)
17	Acompanhamento, com avaliação da função cognitiva, da mobilidade, do nível nutricional, da qualidade de vida, do comportamento e das habilidades para realização das AVDs; apoio ao cuidador familiar (redução da carga de cuidado)
18	Transporte; auxílio e atendimento para realização das AVDs; alimentação; atividades sociais, culturais, manuais e recreativas; acompanhamento de saúde
19	Apoio aos cuidadores familiares; atividades de lazer; monitoramento da saúde; socialização; ajuda nas AVDs; grupos de apoio; acompanhamento médico individualizado; alimentação e nutrição; atividades funcionais; atividades psicossociais; monitoramento dos sinais vitais; aconselhamento; supervisão para diabéticos; auxílio com o banho; administração de medicamentos; transporte; contato com provedores de terapia contratados; interação social; prevenção de infecções do trato urinário; serviços de reabilitação (física, ocupacional, de fala, neuropsiquiátrica)

(conclusão)

APÊNDICE C - CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DOS ESPECIALISTAS NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS ATIVIDADES

Prezado(a) NOME DO JUIZ,

Eu, Flávia Renata Fratezi, mestranda do Programa de Pós-Graduação 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 **“Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços”**.

O estudo tem como objetivos identificar e validar atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos desenvolvidas em centros dia para idosos para subsidiar a avaliação da qualidade desses serviços.

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 das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos propostas para centros dia para idosos, para validação de conteúdo.

Assim, enviamos o material em anexo, denominado Manual Operacional, que o(a) senhor(a) deverá preencher para obtermos o consenso entre os especialistas. Para isso, estabelecemos o índice de validade de 80%. Não havendo consenso, o instrumento será discutido em reunião para uma segunda opinião.

Esclarecemos que cada item deverá ser analisado em função dos seguintes atributos:

- 1) *Relevância*: é significativo(a) para a qualidade da atenção ao idoso em centros dia?
- 2) *Clareza*: as expressões são objetivas e inteligíveis?
- 3) *Pertinência*: reproduz o que é preconizado para a promoção da saúde e a prevenção de agravos na área do envelhecimento?
- 4) *Simplicidade*: expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações?

Solicitamos, por gentileza, a devolução deste material no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do recebimento. O(a) senhor(a) poderá optar por recebê-lo por meio eletrônico ou impresso.

Agradecemos sua atenção e valiosa participação e nos colocamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos. Contatos: Email: flaviafratezi@gmail.com / Tel.: (11)99976-9142.

Atenciosamente,
Flávia Renata Fratezi
Daisy Maria Rizatto Tronchin

APÊNDICE D - INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO

Prezado(a) NOME DO JUIZ,

Este instrumento foi construído com base em uma busca sistematizada na literatura científica e cinzenta, que possibilitou identificar atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia. Dentre as atividades identificadas, foram selecionadas para validação aquelas relacionadas ao âmbito do cuidado; destinadas às ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; as consideradas essenciais para a atenção ao idoso em centros dia; e as atividades passíveis de avaliação mediante indicadores de estrutura, processo e resultado. As atividades selecionadas foram categorizadas nas dimensões saúde, participação, segurança e educação.

O instrumento é composto por duas partes: a caracterização dos juízes e o julgamento das atividades.

Para o julgamento das atividades, foram desenvolvidos quadros que contêm cada uma das dimensões (**S - saúde, P – participação, SE – segurança, E – educação**) e as atividades com suas respectivas descrições, conforme exemplo abaixo:

DIMENSÃO – SAÚDE	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
S1 Alimentação e nutrição	S1.1 Apoiar o idoso durante a refeição.
	S1.2 Avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos.
S2 Higiene e conforto	S2.1 Apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho.
	S2.2 Auxiliar o idoso com as vestimentas.

Abaixo do quadro, encontram-se as questões que devem ser respondidas em formato “*sim ou não*” e um espaço para o(a) senhor(a) acrescentar comentários ou sugestões. Para cada questão solicitamos que o(a) senhor(a) analise quatro aspectos:

- 1) **Relevância:** é significativo para a qualidade da atenção ao idoso em centros dia?
- 2) **Clareza:** as expressões são objetivas e inequívocas?
- 3) **Pertinência:** reproduz o que é preconizado para a promoção da saúde e a prevenção de agravos na área do envelhecimento?
- 4) **Simplicidade:** o item expressa uma única ideia, sem possibilidade de outras interpretações?

Por último, há questões sobre a inclusão ou exclusão de atividades em cada dimensão e se a descrição representa o conjunto de ações destinadas a cada atividade. Solicitamos a gentileza de responder a todas as questões.

Agradecemos sua participação!
Flávia Renata Fratezi
Daisy Maria Rizatto Tronchin

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO AO IDOSO, DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO JUÍZ

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Instituição em que trabalha: _____

Natureza jurídica da instituição: () Pública () Privada () Outra _____

Cargo ocupado: _____

Tempo nesta ocupação: _____ anos

Área de atuação:

() Ensino () Assistência () Gestão () Pesquisa

() Outra _____

Graduação: _____

Tempo de formação: _____ anos

Última titulação acadêmica:

() Especialização () Mestrado () Doutorado

() Outra _____

Área: _____

Apêndices

PARTE II – JULGAMENTO DAS ATIVIDADES

DIMENSÃO: SAÚDE

ATIVIDADE: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

DIMENSÃO – SAÚDE	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
S1 Alimentação e nutrição	S1.1 Apoiar o idoso durante a refeição.
	S1.2 Avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos.
	S1.3 Avaliar as preferências dos idosos por alimentos.
	S1.4 Avaliar disfagia, engasgos, náuseas e vômitos, constipação intestinal.
	S1.5 Avaliar o estado nutricional dos idosos.
	S1.6 Estimular a ingestão de água.
	S1.7 Estimular, auxiliar e supervisionar a alimentação do idoso.
	S1.8 Reeducar os hábitos alimentares do idoso.
	S1.9 Servir o idoso ou ajudá-lo a se servir.

Apêndices

DIMENSÃO: SAÚDE**ATIVIDADE: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas à alimentação e nutrição da pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: SAÚDE**ATIVIDADE: HIGIENE E CONFORTO**

DIMENSÃO – SAÚDE	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
S2 Higiene e conforto	S2.1 Apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho.
	S2.2 Auxiliar o idoso com as vestimentas.
	S2.3 Cuidar das unhas das mãos e dos pés.
	S2.4 Estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral.
	S2.5 Estimular, orientar e auxiliar o idoso na higienização das próteses dentárias.
	S2.6 Estimular, orientar e auxiliar o idoso na lavagem das mãos.
	S2.7 Estimular, orientar, supervisionar e auxiliar o idoso a fazer sua higiene, visando ao autocuidado.
	S2.8 Manter a privacidade do idoso.
	S2.9 Observar as preferências e hábitos do idoso.
	S2.10 Realizar a higiene íntima a cada troca de fraldas.
	S2.11 Realizar a troca de fraldas periodicamente.
	S2.12 Separar os materiais necessários para a realização da higiene oral.
	S2.13 Verificar se as roupas estão adequadas e confortáveis.
	S2.14 Verificar se os sapatos estão adequados e são seguros.
	S2.15 Após o banho, ajudar o idoso a se enxugar.
	S2.16 Colocar o idoso no banho e supervisioná-lo, para evitar queda.
	S2.17 Lavar os cabelos do idoso no mínimo três vezes por semana.
	S2.18 Durante o banho, manter fechadas portas e janelas para evitar correntes de ar.
	S2.19 Observar a necessidade de uso de cadeira higiênica.
	S2.20 Preparar o banheiro e colocar em um local de fácil acesso os objetos necessários para o banho.
	S2.21 Após o banho, secar bem partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.
	S2.22 Separar antecipadamente as roupas pessoais para o banho.
	S2.23 Verificar a temperatura da água para o banho.

Apêndices

DIMENSÃO: SAÚDE**ATIVIDADE: HIGIENE E CONFORTO****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas à higiene e conforto da pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: SAÚDE**ATIVIDADES: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, HIGIENE E CONFORTO**

1. Você considera que as atividades *alimentação e nutrição e higiene e conforto* e suas descrições contemplam a dimensão *saúde* na atenção ao idoso em centros dia?

(☐)Sim (☐)Não

Caso não, justifique:

2. Você incluiria outra(s) atividade(s) na dimensão saúde?

(☐)Sim (☐)Não

Quais?

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO

ATIVIDADE: OTIMIZAÇÃO DA CAPACIDADE MENTAL

DIMENSÃO – PARTICIPAÇÃO	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
P1 Otimização da capacidade mental	P1.1 Avaliar a função cognitiva.
	P1.2 Avaliar a presença de alterações psicológicas.
	P1.3 Estimular a leitura.
	P1.4 Estimular a memória autobiográfica.
	P1.5 Estimular a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva.
	P1.6 Promover a autoestima do idoso.
	P1.7 Promover atividades de estimulação e reabilitação cognitiva.

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO**ATIVIDADE: OTIMIZAÇÃO DA CAPACIDADE MENTAL****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas à otimização da capacidade mental da pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO

ATIVIDADE: ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS

DIMENSÃO – PARTICIPAÇÃO	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
P2 Atividades socioculturais	P2.1 Acompanhar o idoso nas atividades internas ou externas.
	P2.2 Promover atividades socioculturais.
	P2.3 Avaliar as preferências dos idosos por atividades de lazer.
	P2.4 Estimular o idoso a participar das atividades.
	P2.5 Promover a integração entre gerações.
	P2.6 Promover a participação do idoso em atividades da comunidade.
	P2.7 Promover atividades de lazer, de acordo com as preferências dos idosos.
	P2.8 Promover e estimular a participação da família nas atividades.
	P2.9 Promover festas comemorativas e passeios externos coletivos.

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO**ATIVIDADE: ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas às atividades socioculturais para a pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO

ATIVIDADE: ACOLHIMENTO E MONITORAMENTO

DIMENSÃO – PARTICIPAÇÃO	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
P3 Acolhimento e monitoramento	P3.1 Apoiar a família no cuidado ao idoso.
	P3.2 Avaliar a adaptação do idoso no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
	P3.3 Avaliar as expectativas iniciais do idoso e da família.
	P3.4 Avaliar as necessidades biopsicossociais do idoso e da família.
	P3.5 Avaliar as reações/comportamentos do idoso.
	P3.6 Estabelecer parceria com a família.
	P3.7 Evidenciar a importância da participação das pessoas próximas do idoso.
	P3.8 Monitorar a saúde do idoso.
	P3.9 Monitorar e avaliar periodicamente o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade pessoal.
	P3.10 Prestar esclarecimentos em caso de necessidade.
	P3.11 Realizar avaliação multidimensional do idoso.
	P3.12 Realizar o levantamento do material fornecido pelo idoso (por exemplo, objetos de higiene, medicamentos e outros).
	P3.13 Realizar reunião com a família e com o idoso para apresentar o plano de atenção.
	P3.14 Realizar reunião com a família e o idoso para prestar informações sobre o processo de acolhimento.
	P3.15 Recordar, sempre que necessário, as normas de funcionamento do centro dia, os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço.
	P3.16 Registrar as informações na ficha do idoso.

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO**ATIVIDADE: ACOLHIMENTO E MONITORAMENTO****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas ao acolhimento e monitoramento da pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices**DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO****ATIVIDADE: APOIO ESPIRITUAL**

DIMENSÃO – PARTICIPAÇÃO		
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
P4 Apoio espiritual	P4.1	Identificar a crença espiritual.
	P4.2	Promover o apoio espiritual.
	P4.3	Promover momentos de atividades espirituais.

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO**ATIVIDADE: APOIO ESPIRITUAL****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas ao apoio espiritual à pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO**ATIVIDADES: OTIMIZAÇÃO DA CAPACIDADE MENTAL, ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS, ACOLHIMENTO E MONITORAMENTO, APOIO ESPIRITUAL**

1. Você considera que as atividades *otimização da capacidade mental, atividades socioculturais, acolhimento e monitoramento e apoio espiritual* e suas descrições contemplam a dimensão *participação* na atenção ao idoso em centros dia?

(☐)Sim (☐)Não

Caso não, justifique:

2. Você incluiria outra(s) atividade(s) na dimensão participação?

(☐)Sim (☐)Não

Quais?

Apêndices

DIMENSÃO: SEGURANÇA

ATIVIDADE: ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE

DIMENSÃO – SEGURANÇA	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
SE1 Acessibilidade e mobilidade	SE1.1 Auxiliar e supervisionar o idoso nas atividades físicas e de reabilitação.
	SE1.2 Auxiliar o idoso a sentar ou levantar.
	SE1.3 Auxiliar o idoso na locomoção.
	SE1.4 Avaliar a mobilidade do idoso.
	SE1.5 Avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva.
	SE1.6 Instruir e apoiar o idoso no uso de tecnologia assistiva.
	SE1.7 Manter o posicionamento adequado e correto do idoso.
	SE1.8 Prevenir acidentes.
	SE1.9 Promover atividades físicas e de reabilitação.

Apêndices

DIMENSÃO: SEGURANÇA**ATIVIDADE: ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas à acessibilidade e mobilidade da pessoa idosa em centros dia?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: SEGURANÇA**ATIVIDADE: ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE**

1. Você considera que a atividade *acessibilidade e mobilidade* e suas descrições contemplam a dimensão *segurança* na atenção ao idoso em centros dia?

(☐)Sim (☐)Não

Caso não, justifique:

2. Você incluiria outra(s) atividade(s) na dimensão segurança?

(☐)Sim (☐)Não

Quais?

Apêndices

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO

ATIVIDADE: ATIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS

DIMENSÃO – EDUCAÇÃO	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
E1 Atividades socioeducativas	E1.1 Promover programas educacionais para o idoso e a família.
	E1.2 Promover palestras, oficinas e eventos para a comunidade sobre temas relacionados ao envelhecimento.
	E1.3 Promover reuniões para orientação de familiares e cuidadores.
	E1.4 Promover eventos e atividades comunitárias, como confraternizações, passeios e festas temáticas.
	E1.5 Promover campanhas educativas e preventivas.
	E1.6 Promover atividades de educação permanente para os profissionais.

Apêndices

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO**ATIVIDADE: ATIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS****1. Quanto à definição da atividade:**

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

2. Quanto às descrições da atividade:

Relevância ()Sim ()Não Pertinência ()Sim ()Não

Clareza ()Sim ()Não Simplicidade ()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

3. Você incluiria outra descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

4. Você excluiria alguma descrição nesta atividade?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

5. As descrições da atividade, em seu conjunto, representam ações destinadas à educação para o envelhecimento?

()Sim ()Não

Comentários/Sugestões:

Apêndices

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO**ATIVIDADE: ATIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS**

1. Você considera que as *atividades socioeducativas* e suas descrições contemplam a dimensão *educação* na atenção ao idoso em centros dia?

(☐)Sim (☐)Não

Caso não, justifique:

2. Você incluiria outra(s) atividade(s) na dimensão educação?

(☐)Sim (☐)Não

Quais?

Apêndices

APÊNDICE F - SUGESTÕES DAS ESPECIALISTAS PARA A INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE DESCRIÇÕES NAS ATIVIDADES

Quadro 14 – Sugestões/comentários das especialistas quanto à inclusão ou exclusão de descrições em cada uma das atividades, São Paulo – 2014 (continua)

Atividade	Sugestões para inclusão	Sugestões para exclusão
Saúde		
Alimentação e nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação familiar sobre a alimentação e nutrição dos idosos. - Identificar restrições alimentares de acordo com a condição de saúde do idoso. - Elaborar cardápio dietoterápico considerando a preferência do idoso, suas necessidades nutricionais e suas restrições alimentares. - Utilizar técnicas dietéticas para minimizar as limitações referentes às restrições alimentares demandadas pela presença de doenças crônicas. - Quantificar a aceitação alimentar. - Utilizar utensílios adequados, como pratos e talheres para não propiciar a autolesão. - Garantir as condições higiênico-sanitárias dos alimentos. - Promover atividades de culinária com os idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - S1.2 (avaliar as consistências dos alimentos de acordo com as necessidades dos idosos). - S1.9 (servir o idoso ou ajudá-lo a se servir).
Higiene e conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Observar presença de tapetes e degraus que possam acarretar queda durante o banho. - Manter sabonete em um recipiente (meia de nylon) para evitar que o idoso tenha que abaixar-se, caso derrube o sabonete. - Manter uma cadeira de plástico próxima ao box do banheiro, para ser utilizada em caso de necessidade do idoso. - Avaliar a pele do idoso, em relação à dermatite associada à incontinência, equimose, lesões de pele, sujidade, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - S2.1 (apenas fazer aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho). - Excluiria S2.5 (estimular, orientar e auxiliar o idoso na higienização das próteses dentárias) e colocaria na mesma sentença que a S2.4 (estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral). - Excluiria as sentenças relacionadas ao banho.

Apêndices

(continuação)

Atividade	Sugestões para inclusão	Sugestões para exclusão
Participação		
Otimização da capacidade mental	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar as Estratégias Gerais para abordar os idosos com problemas de memória. - Fazer mercado monitorado. - Promover atividades como coral, passeios e jogos. - Estimular a família a participar de atividades com o idoso. - Explorar o potencial existente em cada idoso. 	<ul style="list-style-type: none"> - P1.6 (promover a autoestima do idoso).
Atividades socioculturais	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver atividades socioculturais, respeitando-se as limitações físicas e cognitivas. - Promover a integração entre os idosos. - Realizar exposições culturais periódicas das atividades realizadas pelos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - P2.9 (promover festas comemorativas e passeios externos coletivos).
Acolhimento e monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - Celebrar contrato formal com o idoso, informando e esclarecendo sobre as normas de funcionamento do centro dia, os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço. - Promover a participação do idoso e da família na gestão do serviço (gestão participativa). 	<ul style="list-style-type: none"> - P3.2 (avaliar a adaptação do idoso no prazo máximo de trinta dias). - P3.8 (monitorar a saúde do idoso) - P3.11 (realizar avaliação multidimensional do idoso). - P3.15 (recordar, sempre que necessário, as normas de funcionamento do centro dia). - O monitoramento e a avaliação não compete ao centro dia.
Apoio espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente de convivência saudável. - Respeitar as escolhas e a individualidade de cada idoso. - Identificar o grau de afinidade com a religião e a espiritualidade. - Identificar a religião declarada pelo idoso. - Verificar a viabilidade de promoção de atividades religiosas e/ou espirituais no centro dia. - Definir atividades religiosas e/ou espirituais que promovam o bem-estar do indivíduo e preservem a convivência no centro dia. - Estimular o convívio e o respeito entre diferentes crenças. 	<ul style="list-style-type: none"> - P4.1 (identificar a crença espiritual). - P4.2 (Promover o apoio espiritual). - P4.3 (promover momentos de atividades espirituais).

Apêndices

(continuação)

Atividade	Sugestões para inclusão	Sugestões para exclusão
Segurança		
Acessibilidade e mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de quedas. - Garantir iluminação adequada nos ambientes. - Manter luz de vigília em locais de pouca luminosidade. - Não utilizar tapetes, tapetinhos e capachos. - Manter o revestimento dos pisos em perfeito estado de conservação. - Não utilizar cera nos pisos. - Sinalizar a presença de desnível nos pisos. - Não utilizar mobília baixa, instável ou deslizante. - Não deixar objetos no chão. - Manter corrimão nas áreas de circulação. - Disponibilizar barras de apoio nos banheiros. - Mapear possíveis causas de acidentes no centro dia. - Monitorar, continuamente, a área física do centro dia, a fim de prevenir acidentes. - Verificar a acessibilidade dos ambientes do centro dia. - Avaliar o meio ambiente. - Adaptação ergonômica e ambiental adequada ao idoso. 	<ul style="list-style-type: none"> - SE 1.1 (auxiliar e supervisionar o idoso nas atividades físicas e de reabilitação). - SE 1.8 (prevenir acidentes). - SE 1.9 (promover atividades físicas e de reabilitação).
Educação		
Atividades socioeducativas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades educacionais do idoso. - Estimular o constante desenvolvimento individual do idoso. - Oferecer oportunidades para o desenvolvimento de diferentes atividades de lazer. 	<ul style="list-style-type: none"> - E1.4 (promover eventos e atividades comunitárias, como confraternizações, passeios e festas temáticas).

(conclusão)

Apêndices

APÊNDICE G - SUGESTÕES DAS ESPECIALISTAS PARA A INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE ATIVIDADES NAS DIMENSÕES

Quadro 15 – Sugestões/comentários das especialistas quanto à inclusão ou exclusão de atividades em cada uma das dimensões, São Paulo – 2014

Saúde	Participação	Segurança	Educação
Incluir referência a Medicamentos de uso contínuo, definindo a responsabilidade por providenciá-los e/ou manuseá-los.	Retirar a atividade <i>apoio espiritual</i>	Incluir referências ao uso seguro de medicamentos.	Sem sugestões.
Incluir Capacidade funcional e fragilidade: Avaliar a capacidade funcional do idoso. Contribuir para a reabilitação do idoso com limitação funcional. Monitorar os critérios clínicos relacionados ao diagnóstico de fragilidade. Proporcionar e estimular a realização de atividades físicas. Proporcionar exercícios de treinamento de força e equilíbrio. Identificar fatores intrínsecos relacionados ao risco para queda.	Apoio espiritual pode ser contemplado na dimensão saúde, a partir da definição de saúde preconizada pela OMS.	Visitas periódicas de profissionais habilitadas ao centro dia para dar orientação e monitoramento aos profissionais que lá trabalham.	
Incluir <i>Otimização da capacidade mental</i> , descrita na dimensão Participação.		As normas de segurança devem obedecer às normas da ABNT.	

APÊNDICE H - GUIA DE ATIVIDADES DE ATENÇÃO AO IDOSO, DESENVOLVIDAS EM CENTROS DIA, NA PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO ATIVO

APRESENTAÇÃO

O *Guia de Atividades de Atenção ao Idoso, desenvolvidas em Centros Dia, na Perspectiva do Envelhecimento Ativo* foi desenvolvido com base em uma revisão da literatura que identificou as atividades de atenção ao idoso, no âmbito do cuidado, desenvolvidas em centros dia.

Posteriormente, foram selecionadas as atividades que se referiam à promoção da saúde e à prevenção de agravos, e categorizadas de acordo com os quatro pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação, segurança e educação.

Finalmente, essas atividades foram submetidas à avaliação por um grupo de especialistas, que julgaram quatro atributos – relevância, clareza, pertinência e simplicidade, no intuito de validar o conteúdo das atividades.

Com base no julgamento dos especialistas e na literatura científica, as atividades e seus descritores foram reajustados para a construção deste Guia.

Esse Guia tem por objetivo subsidiar os gestores e profissionais que atuam em centros dia a implementarem meios e instrumentos para a avaliação da qualidade dos serviços prestados e está estruturado em quatro dimensões, que correspondem aos pilares do envelhecimento ativo. Cada dimensão possui atividades, as quais apresentam suas respectivas descrições.

As atividades da **dimensão Saúde** são: *capacidade funcional e fragilidade, alimentação e nutrição, higiene e conforto, medicamentos de uso contínuo e manejo e estímulo cognitivo.*

Na **dimensão Participação**, foram contempladas as *atividades socioculturais, o acolhimento e monitoramento e o apoio espiritual/religioso.*

A atividade descrita na **dimensão Segurança** refere-se à *acessibilidade e controle dos fatores de risco para queda.*

Na **dimensão Educação** estão incluídas as *atividades educativas.*

DEFINIÇÕES

Envelhecimento: processo natural, dinâmico, progressivo, irreversível, heterogêneo e envolve todas as fases do ciclo vital, iniciando-se com a concepção do indivíduo e acompanhando-o por todo o tempo de vida (Papaléo-Netto, 2006).

Envelhecimento Ativo: processo de otimização de oportunidades de saúde, participação, segurança e educação, visando à melhoria da qualidade de vida ao envelhecer e a possibilitar que o envelhecimento seja uma experiência positiva (OMS, 2005; Kalache, 2013, São Paulo, 2013).

- **Saúde:** favorecer o acesso aos serviços de saúde que atendam às necessidades físicas e/ou cognitivas dos idosos, garantindo, assim, melhor qualidade de vida, maior tempo de vida saudável e mais independência.
- **Participação:** promoção de ações intersetoriais que proporcionem a participação dos indivíduos em atividades recreativas, culturais, de socialização e espirituais.
- **Segurança:** desenvolvimento de políticas e programas que favoreçam a segurança social, física e financeira.
- **Educação:** formação de recursos humanos especializados e ações educativas para os idosos.

Centro Dia para Idosos: equipamento formal de suporte social ao idoso e seus familiares e cuidadores, destinado à permanência diurna de idosos fragilizados ou em risco de fragilidade, com dependência parcial para a realização das atividades de vida diária e que necessitam de atenção multiprofissional (Teixeira, 2008).

Qualidade: conjunto de características que inclui excelência profissional, uso eficiente de recursos, risco mínimo ao usuário e satisfação das necessidades dos usuários, visando à melhoria contínua do serviço prestado (Donabedian, 1988, 1992).

Capacidade Funcional e Fragilidade: capacidade funcional é o grau com que a pessoa consegue executar as atividades de vida diária com os próprios meios, como resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante a vida (Aykawa, Neri, 2005). Fragilidade é uma síndrome multidimensional que engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais e que resulta em maior

Apêndices

vulnerabilidade e em risco aumentado de desfechos clínicos adversos. Pode ser avaliada a partir de cinco fatores: perda de peso não intencional, relato de fadiga e exaustão, diminuição da força de preensão, das atividades físicas e da velocidade de marcha (Fried et al., 2001; Teixeira, 2006).

Alimentação e Nutrição: a alimentação é o processo de escolha, preparação e consumo de um ou vários alimentos. A nutrição é o estado fisiológico resultante do consumo e da utilização de nutrientes (Brasil, 2008b). A alimentação é considerada uma atividade básica de vida diária e, nesse sentido, se refere ao ato de levar o alimento do prato à boca (Duarte, Andrade, Lebrão, 2007).

Higiene e Conforto: a higiene refere-se ao asseio e a higiene pessoal é aquela que envolve a limpeza oral, do couro cabeludo, corporal e íntima (Sgambatti, 2005). Os cuidados de higiene proporcionam a sensação de conforto e são considerados importantes para a saúde e a qualidade de vida (Prado et al., 2006).

Medicamentos de Uso Contínuo: são aqueles utilizados continuamente para o tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas (Brasil, 2011b).

Manejo e Estímulo Cognitivo: a estimulação cognitiva é uma intervenção que busca estimular e reforçar as funções cognitivas, como atenção, orientação, memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, raciocínio, linguagem e outras, visando a prevenir ou diminuir perdas e manter a funcionalidade e a independência (Abreu, Tamai, 2006; Santos, 2010; Pinheiro, Gomes, 2014).

Atividades Socioculturais: são aquelas realizadas por pessoas, grupos ou instituições que promovem a participação ativa dos seus membros em seu processo de desenvolvimento social e/ou cultural (Trilla, 2004).

Acolhimento e Monitoramento: o acolhimento se refere à integração do idoso no serviço, com os objetivos de facilitar sua adaptação, promover o seu bem-estar e, quando necessário, realizar ajustes no plano de atenção individual. O monitoramento é a avaliação das respostas do centro dia às necessidades do idoso, de acordo com o plano de atenção elaborado (Instituto da Segurança Social, 2010).

Apoio Espiritual/Religioso: espiritualidade é o conjunto de emoções e convicções não materiais que pressupõem existir mais no viver do que podemos compreender ou perceber e se relaciona a uma reflexão sobre o significado e o sentido da vida (WHO, 1998). Religiosidade são os comportamentos e as crenças compartilhados

por um grupo de pessoas e envolve rituais, cerimônias, práticas, preceitos e o senso de pertencimento a uma comunidade. A religião tem um aspecto institucional e doutrinário (Maldaum et al., 2005; Sommerhalder, Goldstein, 2006; Oliveira, Junges, 2012).

Acessibilidade e Controle dos Fatores de Risco para Quedas: acessibilidade é a possibilidade de alcance, percepção e entendimento para utilizar, com segurança e autonomia, edificações, espaços, mobiliários e equipamentos urbanos (ABNT, 2004). Os fatores de risco para quedas são aqueles que aumentam as chances de ocorrência de quedas e podem ser classificados em intrínsecos, relacionados às características fisiológicas e de funcionalidade da pessoa, e os extrínsecos, relativos ao ambiente (Beaglehole, Bonita, Kjellström, 2003; Lopes et al., 2007; Cruz et al., 2011).

Atividades Educativas: são aquelas que oferecem aos idosos a oportunidade de se atualizar e adquirir novos conhecimentos, que possibilitam o desenvolvimento de suas potencialidades e que contribuem para a compreensão e assimilação do processo de envelhecimento (Cachioni, Palma, 2006).

DIMENSÃO SAÚDE**Atividade: CAPACIDADE FUNCIONAL E FRAGILIDADE**

1. Avaliar a capacidade funcional do idoso.
2. Promover atividades de reabilitação para o idoso com declínio funcional.
3. Avaliar e monitorar os critérios clínicos relacionados ao diagnóstico de fragilidade.
4. Proporcionar e estimular a realização de atividades físicas.
5. Proporcionar exercícios de treinamento de força e equilíbrio.
6. Identificar os fatores intrínsecos relacionados ao risco de queda.

DIMENSÃO SAÚDE**Atividade: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

1. Avaliar o estado nutricional dos idosos.
2. Avaliar deglutição, mastigação, aceitação da dieta e comportamento intestinal.
3. Avaliar as preferências dos idosos por alimentos.
4. Identificar restrições alimentares, de acordo com a condição de saúde do idoso.
5. Adequar as consistências dos alimentos às necessidades dos idosos.
6. Auxiliar o idoso durante a refeição, quando necessário.
7. Estimular, auxiliar e supervisionar a alimentação do idoso.
8. Estimular a ingestão de água.
9. Reeducar os hábitos alimentares do idoso.
10. Orientar a família sobre a alimentação e nutrição dos idosos.
11. Promover atividades de culinária com os idosos.

DIMENSÃO SAÚDE**Atividade: HIGIENE E CONFORTO**

1. Realizar somente aquilo que o idoso não é capaz de fazer sozinho.
2. Avaliar as preferências e hábitos do idoso.
3. Estimular, orientar, supervisionar e auxiliar o idoso a fazer sua higiene, visando ao autocuidado.
4. Manter a privacidade do idoso.
5. Estimular, orientar e auxiliar o idoso na lavagem das mãos.
6. Manter as unhas curtas e limpas.
7. Auxiliar o idoso com o vestuário.
8. Verificar se as roupas estão adequadas e confortáveis.
9. Verificar se os sapatos estão adequados e são seguros.
10. Estimular, orientar e auxiliar o idoso a realizar a higiene oral, inclusive das próteses dentárias.
11. Separar os materiais necessários para a realização da higiene oral.
12. Realizar a troca de fraldas periodicamente.
13. Realizar a higiene íntima a cada troca de fraldas.
14. Colocar o idoso no banho e supervisioná-lo, para evitar queda.
15. Separar antecipadamente as roupas pessoais para o banho.
16. Preparar o banheiro e colocar em um local de fácil acesso os objetos necessários para o banho.
17. Observar a necessidade de uso de cadeira higiênica.
18. Verificar a temperatura da água para o banho.
19. Manter portas e janelas fechadas, para evitar correntes de ar durante o banho.
20. Lavar os cabelos do idoso no mínimo três vezes por semana.

21. Após o banho, se necessário, ajudar o idoso a se enxugar.

22. Adotar medidas de segurança durante o banho, como:

- a. observar a presença de tapetes e degraus que possam acarretar queda.
- b. manter o sabonete em um recipiente (por exemplo, meia de *nylon*) para evitar que o idoso tenha que abaixar-se, caso derrube-o.
- c. manter uma cadeira de plástico próxima ao box do banheiro, para ser utilizada em caso de necessidade do idoso.

DIMENSÃO SAÚDE**Atividade: MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

1. Administrar o medicamento de acordo com a prescrição médica.
2. Administrar o medicamento de forma correta, considerando: paciente, medicamento, dose, via e horário corretos.
3. Avaliar a polifarmácia.
4. Avaliar risco de eventos adversos.
5. Disponibilizar profissional capacitado para administração de medicamentos.
6. Promover ações educativas voltadas para o uso racional de medicamentos.

DIMENSÃO SAÚDE**Atividade: MANEJO E ESTÍMULO COGNITIVO**

1. Avaliar alterações de humor/comportamento (psicológicas).
2. Avaliar a função cognitiva.
3. Promover atividades de estimulação e reabilitação cognitiva.
4. Incentivar a participação do idoso em jogos de estimulação cognitiva.
5. Estimular a leitura.
6. Estimular a memória autobiográfica.
7. Estimular a família a participar de atividades com o idoso.

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO**Atividade: ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS**

1. Promover atividades socioculturais, respeitando-se as limitações físicas e cognitivas dos idosos.
2. Estimular o idoso a participar das atividades socioculturais.
3. Acompanhar o idoso nas atividades socioculturais internas ou externas.
4. Mapear as preferências dos idosos por atividades de lazer.
5. Promover atividades de lazer, de acordo com as preferências dos idosos.
6. Promover a integração entre os idosos.
7. Promover a integração entre gerações.
8. Promover a participação do idoso em atividades da comunidade.
9. Promover festas comemorativas e passeios externos coletivos.
10. Realizar exposições culturais periódicas das atividades desenvolvidas pelos idosos.
11. Promover e estimular a participação da família nas atividades socioculturais.

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO**Atividade: ACOLHIMENTO E MONITORAMENTO**

1. Identificar as expectativas iniciais do idoso e da família.
2. Realizar avaliação multidimensional do idoso.
3. Identificar as necessidades biopsicossociais do idoso.
4. Avaliar as reações/comportamentos do idoso.
5. Avaliar a adaptação do idoso, no centro dia, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
6. Monitorar e avaliar, periodicamente, o plano de atenção individual, elaborando um novo planejamento, conforme a necessidade levantada.
7. Realizar reunião com a família e com o idoso para apresentar o plano de atenção.
8. Realizar reunião com todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço.
9. Estabelecer parceria com a família.
10. Orientar a família no cuidado ao idoso no domicílio.
11. Prestar esclarecimentos ao idoso/família, sempre que necessário.
12. Evidenciar a importância da participação das pessoas próximas do idoso.
13. Realizar o levantamento do material fornecido pelo idoso (por exemplo, objetos de higiene, medicamentos e outros).
14. Registrar as informações na ficha do idoso.
15. Recordar, sempre que necessário, as normas de funcionamento do centro dia, os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço.

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO**Atividade: APOIO ESPIRITUAL/RELIGIOSO**

1. Promover atividades religiosas e/ou espirituais no centro dia.
2. Definir atividades religiosas e/ou espirituais que promovam o bem-estar do idoso e preservem a convivência saudável no centro dia.
3. Identificar a religião declarada pelo idoso.
4. Identificar a importância da religião/espiritualidade para o idoso.
5. Respeitar as escolhas e a individualidade de cada idoso.
6. Estimular o convívio e o respeito entre diferentes crenças.

DIMENSÃO SEGURANÇA**Atividade: ACESSIBILIDADE E CONTROLE DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDAS**

1. Realizar a adaptação ergonômica e ambiental adequada ao idoso.
2. Avaliar a acessibilidade dos ambientes do centro dia.
3. Monitorar, continuamente, a área física do centro dia, a fim de prevenir acidentes.
4. Mapear possíveis causas de acidentes no centro dia.
5. Auxiliar o idoso a sentar-se ou levantar-se.
6. Auxiliar o idoso na locomoção.
7. Avaliar a mobilidade do idoso.
8. Avaliar a necessidade do uso de tecnologia assistiva.
9. Instruir e apoiar o idoso no uso de tecnologia assistiva.
10. Manter o posicionamento adequado e correto do idoso.
11. Prevenir quedas, por meio de medidas como:
 - a. Garantir iluminação adequada nos ambientes.
 - b. Manter luz de vigília em locais de pouca luminosidade.
 - c. Não utilizar tapetes, tapetinhos e capachos.
 - d. Manter o revestimento dos pisos em perfeito estado de conservação.
 - e. Não utilizar cera nos pisos.
 - f. Sinalizar a presença de desnível nos pisos.
 - g. Não utilizar mobília baixa, instável ou deslizante.

Apêndices

- h. Não deixar objetos no chão.
- i. Manter corrimão nas áreas de circulação.
- j. Disponibilizar barras de apoio nos banheiros.

DIMENSÃO EDUCAÇÃO**Atividade: ATIVIDADES EDUCATIVAS**

1. Identificar as necessidades educacionais do idoso.
2. Estimular o constante desenvolvimento individual do idoso.
3. Promover programas educacionais para o idoso e a família.
4. Promover reuniões para orientação de familiares e cuidadores.
5. Promover campanhas educativas e preventivas.
6. Promover palestras, oficinas e eventos para a comunidade sobre temas relacionados ao envelhecimento.
7. Promover atividades de educação permanente para os profissionais que atuam no centro dia.

Anexos

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: Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos em centros-dia para idosos: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços

Pesquisador: Flavia Renata Fratezi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29147014.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 612.317

Data da Relatoria: 08/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O projeto apresenta revisão bibliográfica suficiente e atualizada sobre a produção do cuidado em saúde nos centros-dia para população idosa. A pesquisadora destaca que os estudos de avaliação da qualidade desses equipamentos, voltados ao suporte social dos idosos, seus familiares e cuidadores, ainda são escassos na literatura nacional.

O estudo de cunho metodológico de abordagem quantitativa selecionará para validação um conjunto de atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, as quais serão avaliadas por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado. O processo de validação utilizará a técnica Delphi, com a participação de 15 especialistas, os quais julgarão os aspectos (pertinência, clareza e relevância), com vistas à obtenção de um Índice de Consenso maior ou igual a 80%. A escolha dos juizes será baseada nos seguintes critérios: profissionais e/ou pesquisadores que conheçam as temáticas do envelhecimento, atividades de atenção ao idoso, validação de conteúdo, qualidade e avaliação de serviços, promoção da saúde e prevenção de agravos; ou que tenham atuado em centros-dia. O instrumento de validação a ser utilizado foi construído com base no instrumento desenvolvido por Costa (2009). Os dados serão analisados por meio de

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 612.317

estatística descritiva, apresentados em tabelas e quadros e descritos por frequências absolutas e relativas. Apresenta o cronograma de execução do projeto com término previsto para maio de 2015. O orçamento foi detalhado e perfaz um total de R\$ 6.400,00, custeados pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

- 1- Identificar atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual desenvolvidas em centros-dia para idosos;
- 2- Identificar atividades de cunho gerencial passíveis de implementação em centros-dia para idosos;
- 3- Validar o conteúdo das atividades identificadas nos âmbitos de cuidado e gerencial, para subsidiar a avaliação da qualidade em centros-dia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não apresenta riscos ou benefícios aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem redigido e estruturado adequadamente. O tema e objeto de investigação são relevantes para o campo da Saúde Coletiva e poderão contribuir na produção de conhecimento e no aperfeiçoamento das ações programáticas e das políticas voltadas à saúde integral da população idosa em curso no Sistema Único de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O grupo de juízes, consultados por meio da técnica Delphi participarão do processo de julgamento e validação do conteúdo das atividades, não havendo a necessidade de aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora anexou carta convite a ser encaminhada, descrevendo o objetivo do estudo e as etapas do processo de julgamento e produção de consensos.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e o projeto não apresenta óbices éticos para sua realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 612.317

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SAO PAULO, 10 de Abril de 2014

Assinador por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 2 – OFÍCIO ENVIADO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066-7552/3066-7551
FAX 3066-7551

São Paulo, 11 de fevereiro de 2014

Ilmo(a) Sr.(a)
Dra Celia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa da EE-USP

**REFERENTE AO PROJETO: ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE AGRAVOS EM CENTROS-DIA DE IDOSOS: Subsídios para
avaliação da qualidade dos serviços**

Estou orientando o projeto de pesquisa supracitado, de cunho metodológico, cujos objetivos são identificar atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nas dimensões biológica, psicológica e social, desenvolvidas em centros-dia de idosos e validar o conteúdo das atividades identificadas para subsidiar a avaliação da qualidade em centros-dia, da discente Flávia Renata Fratezi.

A validação de conteúdo será realizada por um comitê de especialistas (juízes) empregando-se a técnica Delphi.

Desse modo, solicito esclarecimento quanto à necessidade de elaborar e apresentar aos juízes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Daisy M. Rizatto Tronchin
Professora Associada do Departamento ENO

*Prof.ª Daisy,
não é preciso o
TCLE para os juízes.
Ao entrar no CEP,
mencionar que sua
solicitada a autorização
do centro de idosos
para identificação das
atividades de promoção.
Ruth Furini*

RECEBI EM
11.02.2014
às 11h22m
Adriana