



ORIGINALES

Validación de las actividades desarrolladas en centros de día para ancianos: contribuciones a la evaluación de la calidad

Validação das atividades desenvolvidas em centros dia para idosos: subsídios para avaliação da qualidade

Validation of activities developed in day-care centers for elderly: subsidies for assessing the quality

Flávia Renata Fratezi¹
Daisy Maria Rizatto Tronchin²

¹ Doctorado en Ciencias por la Universidad de São Paulo, Escuela de Enfermería. Brasil.

² Profesora Doctora Asociada del Departamento de Orientación Profesional, Universidad de São Paulo, Escuela de Enfermería. Brasil.

E-mail: flaviafratezi@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.293511>

Recibido: 1/06/2017
Aceptado: 29/10/2017

RESUMEN:

Objetivo: Validar el contenido de las actividades de atención al anciano desarrolladas en los centros de día.

Métodos: Estudio metodológico con validez de contenido realizada por nueve especialistas, según los atributos relevancia, claridad, pertinencia y simplicidad. El índice de consenso establecido correspondió al 80%. La recopilación de datos se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2014.

Resultados: Ocho actividades fueron validadas y dos incluidas. En la dimensión salud fueron: capacidad funcional y fragilidad, alimentación y nutrición, higiene y confort, medicación continuada, manejo y estímulo cognitivo; en participación: actividades culturales, acogida y supervisión, apoyo espiritual/religioso; en seguridad, accesibilidad y control de factores de riesgo de caída y en educación, actividades educativas. De los 82 ítems evaluados, el 100% alcanzó el consenso respecto a la relevancia; el 91,4% respecto a la claridad; el 97,5% respecto a la pertinencia, el 92,6% respecto a la simplicidad.

Conclusión: Creemos que la validez y la sistematización de las actividades contribuirán en el proceso de evaluación de la calidad en esta modalidad de atención.

Descriptores: Envejecimiento; Atención diurna; Atención integral al adulto mayor; Evaluación de servicios de salud; Estudios de validez.

RESUMO:

Objetivo: Validar o conteúdo das atividades de atenção ao idoso desenvolvidas em centros dia.

Métodos: Estudo metodológico, com validação de conteúdo realizada por nove especialistas, segundo os atributos relevância, clareza, pertinência e simplicidade. O índice de consenso estabelecido correspondeu a 80%. A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2014.

Resultados: Oito atividades foram validadas e duas incluídas. Na dimensão saúde, foram: capacidade funcional e fragilidade, alimentação e nutrição, higiene e conforto, medicamentos de uso contínuo, manejo e estímulo cognitivo; na participação as atividades socioculturais, acolhimento e monitoramento, apoio espiritual/religioso; na segurança, acessibilidade e controle dos fatores de risco para queda e na educação, as atividades educativas. Dentre 82 itens avaliados, 100% atingiram o consenso quanto à relevância; 91,4% à clareza; 97,5% à pertinência; 92,6% à simplicidade. **Conclusão:** Acreditamos que a validação e a sistematização das atividades contribuirão para subsidiar a avaliação da qualidade nessa modalidade de atenção.

Palavras-chave: Envelhecimento; Assistência diurna; Atenção integral ao idoso; Avaliação de serviços de saúde; Estudos de validação.

ABSTRACT:

Objective: Validate the content of care activities for elderly developed in day-care centers.

Methods: Methodological study, with content validation carried out by nine specialists, based on the attributes relevance, clearness, pertinence and simplicity. The established consensus rate was at 80%. The data collection period was between September and November 2014.

Results: Eight activities were validated and two included. In the health dimension, the activities were: functional capacity and frailty, food and nutrition, hygiene and comfort, drugs of continuous use, handling and cognitive stimulation; concerning participation: the socio-cultural activities, acceptance and monitoring, spiritual/religious support; concerning safety: accessibility and control of risk factors in falls; and concerning education: educational activities. Among 82 items assessed, 100% were considered relevant; 91,4% were considered clear; 97,5% were considered pertinent; and 92,6% were considered simple.

Conclusion: We believe that validation and systematization of activities contribute to support the assessment of quality in this type of attention.

Keywords: Aging; Day care; Comprehensive health care; Health services evaluation; Validation studies.

INTRODUCCIÓN

La gestión adecuada de la atención a las personas mayores debe hacer hincapié en el mantenimiento y/o la mejora de la capacidad funcional, incluyendo acciones para promover el envejecimiento activo y saludable, la prevención de las enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación física y cognitiva⁽¹⁾.

El Envejecimiento Activo se refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación, seguridad/protección y aprendizaje a lo largo de la vida. El objetivo es actuar sobre estos cuatro pilares para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece y para permitir que el envejecimiento sea una experiencia positiva⁽¹⁾.

Según este concepto, la salud es entendida como la posibilidad de acceso a los servicios para atender las necesidades físicas y cognitivas de los ancianos, garantizando así una mejor calidad de vida, mayor tiempo de vida saludable e independencia; la participación involucra la promoción de acciones intersectoriales que proporcionen la integración de las personas en actividades recreativas, culturales, de socialización y espirituales; la seguridad/protección puede lograrse mediante el desarrollo de políticas y programas que favorezcan los aspectos físicos, sociales y económicos; y el aprendizaje a lo largo de la vida se refiere a la formación de recursos humanos especializados y a acciones educativas dirigidas a los ancianos^(1,2).

De este modo, el centro de día ha sido descrito como una oportunidad prometedora en la atención a los ancianos, basada en la promoción de la salud, en la prevención de daños, en la recuperación y la rehabilitación. Se trata de un equipo formal de apoyo social al anciano y sus familiares y cuidadores, destinado a la permanencia diurna de ancianos con dependencia parcial para la realización de las actividades de vida diaria y que ofrece acogida, protección y convivencia⁽³⁾.

La frecuencia con que la persona utiliza este servicio favorece el mantenimiento de los vínculos familiares, asegura la mejor calidad de vida posible y permite el desarrollo de las relaciones interpersonales, la promoción de la socialización y el mantenimiento/mejora de la capacidad funcional y de la autonomía⁽⁴⁾.

Sin embargo, en Brasil, todavía son escasos los datos del perfil de la población que frecuenta los centros de día y de los resultados en la salud física y mental de los ancianos. Además, no hay consenso en cuanto a su concepto, a las actividades desarrolladas, al cuadro de profesionales, a la forma de funcionamiento, a la estructura, a los procesos de trabajo, a las medidas de evaluación y a las buenas prácticas que deben ser desempeñadas en esa modalidad de atención.

Por eso, los profesionales de los centros día se enfrentan a un desafío por la búsqueda de la calidad de los servicios. Este atributo se refiere al conjunto de características que incluye excelencia profesional, uso eficiente de recursos y riesgo mínimo al usuario, y su evaluación es esencial para la planificación, la organización, la aplicación y la evaluación de las actividades desarrolladas en los servicios⁽⁵⁾.

Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo validar el contenido de las actividades desarrolladas en centros de día para ancianos, en las dimensiones salud, participación, seguridad/protección y aprendizaje a lo largo de la vida, para subsidiar la evaluación de la calidad de los servicios.

MÉTODO

Se trata de un estudio metodológico, desarrollado en tres fases: identificación de las actividades de atención a los ancianos desarrolladas en centros de día; selección de las actividades; y validación de contenido de las mismas.

El estudio fue dirigido en conformidad con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CNS/MS), registrada en la Plataforma Brasil y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo CEP/EE-USP) el 10/04/2014, bajo el protocolo nº 612.317 (CAAE 29147914.0.000.00.5392).

La primera fase, de identificación de las actividades, fue realizada a partir de una revisión de literatura en las bases de datos MEDLINE a través de PubMed, LILACS e IBECs. La literatura gris fue investigada a través de Google Académico, de la página web de la OMS y de sitios gubernamentales.

La estrategia de búsqueda y los descriptores utilizados en el MEDLINE fueron: ("Day Care"[MeSH]) AND "Health Services for the Aged" [MeSH] e ("Aged" [MeSH] AND "Community Health Services" [MeSH] AND "Day Care" [MeSH]). En esta base de datos, la búsqueda fue realizada por medio de dos estrategias diferentes, con amplio resultado de literatura. Cuando las dos estrategias fueron asociadas, la búsqueda no resultó en producción destinada al objeto de esta investigación. En las bases de datos LILACS e IBECs, se utilizó el descriptor de asunto DeCS "asistencia diurna". La búsqueda en la literatura gris fue dirigida empleando las siguientes palabras: "centro-día del anciano", "centro-día geriátrico", "community health services", "day care", "geriatric day care", "adult day services" y " day care units ".

La segunda fase, de selección de las actividades, se dio por medio de la categorización de aquellas que fueron identificadas en la revisión de literatura, de acuerdo con las dimensiones salud, participación, seguridad/protección y aprendizaje a lo largo de la vida, originando así el material a ser validado⁽¹⁾.

La validación del contenido de las actividades en los centros de día de edad avanzada, que corresponde a la tercera fase del estudio se basó en los cuatro pilares de envejecimiento activo, teniendo en cuenta el alcance de la atención⁽¹⁾. Esta validación fue efectuada por nueve especialistas, mediante el empleo de la técnica Delphi⁽⁶⁾. El primer contacto con los profesionales para explicar los objetivos y el método del estudio fue realizado vía teléfono, e-mail o personalmente, seguido del envío de una carta de invitación, del material para la validación y de las instrucciones para cumplimentarlo, de la forma más conveniente para el especialista - personalmente o por medio electrónico. En esta oportunidad, se acordó el plazo de 30 días para el retorno del material.

Para componer el grupo de especialistas, establecemos los siguientes criterios: profesionales y/o investigadores con experiencia de actuación en centros de día o con conocimiento en las materias: envejecimiento, atención al anciano, validación de instrumentos, calidad y la evaluación de los servicios y promoción de la salud y la prevención de agravios.

Los especialistas recibieron un cuestionario y cada uno emitió su juicio individual para el análisis del contenido. Después de la devolución del material por los expertos, se realizó la organización de los datos en hoja de cálculo y el análisis de las respuestas, para verificar el índice de consenso (IC) que, en este estudio, se estableció en $\geq 80\%$ ⁽⁷⁾.

El instrumento de validación fue construido en base al desarrollado para validación de las actividades realizadas por el equipo de enfermería en Centros de Material y Esterilización (CME)⁽⁸⁾. Esta elección se dio en función de la similitud metodológica del presente estudio y del conducido para validar las actividades en CME.

El cuestionario utilizado en este trabajo contenía dos partes. La primera con las variables destinadas a la caracterización de los especialistas a saber: edad, sexo, lugar de trabajo, naturaleza jurídica de la institución, cargo ocupado y tiempo de ocupación, área de actuación, graduación y tiempo de formación, última titulación académica y área.

La segunda parte consistía en los ítems para la validación de contenido y estaba compuesta por un cuadro, en el que se describían las dimensiones -salud, participación, seguridad/protección y aprendizaje a lo largo de la vida, las actividades correspondientes y sus descripciones.

A continuación, se encuentran aseveraciones que permitían respuestas afirmativas o negativas, además de espacios destinados a los posibles comentarios y/o sugerencias de los especialistas. Se previó también que los especialistas analizaran cada actividad y sus respectivas descripciones en cuanto a: definición, inclusión o exclusión de descripciones y si el conjunto de descripciones representaban acciones destinadas a aquella actividad para la atención del anciano en los centros de día. Pedimos a los expertos que considerasen si el conjunto de actividades contemplaba cada dimensión y si se incluirían otras actividades.

Para la dimensión salud, las actividades eran *alimentación y nutrición e higiene y confort*; para la participación, *optimización de la capacidad mental, actividades socioculturales, acogida y seguimiento y apoyo espiritual*; para la dimensión seguridad/protección, *accesibilidad y movilidad*; y para el aprendizaje a lo largo de la vida, *actividades socio-educativas*.

Las actividades y sus descripciones fueron representadas por letras y números, siendo que las letras correspondían a la inicial de cada dimensión (Salud - S,

Participación - P, Seguridad/Protección - SP y Aprendizaje a lo largo de la vida - A) y los números, al orden de presentación en el texto.

La evaluación de las dimensiones, de las actividades y de las descripciones fue realizada mediante cuatro atributos: *relevancia* (es significativo para la calidad de la atención al anciano en centros día); *claridad* (las expresiones son objetivas e inteligibles); *pertinencia* (reproduce lo que se preconiza para la promoción de la salud y la prevención de agravios en el área del envejecimiento); y *simplicidad* (expresa una sola idea, sin posibilidades de otras interpretaciones).

Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo y analizados por medio de estadística descriptiva, en frecuencias absoluta y relativa y en medidas de tendencia central. El análisis de concordancia entre los participantes que compusieron el comité fue calculado a través del Índice de Consenso (IC), representado por la razón entre el número de expertos concordantes y el número total de expertos, multiplicado por cien⁽⁹⁾.

RESULTADOS

El grupo de especialistas estuvo compuesto por nueve profesionales, todos del sexo femenino, siendo cinco (55%) enfermeras, dos (22%) gerontólogas, una (11%) científica social y una (11%) nutricionista. De entre ellas, tres (33%) tenían experiencia trabajando en centros de día.

La edad varía de 28 a 66 años, con una media de 40,2 años (dp±10,1) y mediana de 42,5 años. En cuanto al tiempo de formación, la media correspondió a 15,3 años (dp±11,2) y la mediana, 12 años, con un mínimo de 3 y máximo de 29 años. La media del tiempo en el cargo actual fue de 4,1 años (dp±2,6) y la mediana de 3 años, variando de 1 a 8 años.

La mayor parte de los especialistas (55%) trabajaba en una institución pública, ocupaba el cargo de docente (33%) y actuaba en el área de enseñanza / investigación (33%), con el predominio de especialistas con postgrado stricto sensu (44, 4%), seguidas por aquellas con especialización lato sensu (33,3%).

En el análisis del consenso de los especialistas en cuanto a la definición de las actividades en cada una de las dimensiones, el valor obtenido fue $\geq 80\%$ en todas las actividades, siendo que los menores valores fueron del 88%. El atributo simplicidad obtuvo concordancia del 100% en cuanto a la definición en todas las actividades. Las definiciones de las actividades *alimentación y nutrición*, *actividades socioculturales* y *actividades socioeducativas* tuvieron un 100% de consenso para los cuatro atributos evaluados.

En la dimensión salud, del total de 32 descripciones, sólo cuatro (12,5%) presentaron IC inferior al 80%. En la actividad alimentación y nutrición, todas las descripciones alcanzaron el 100% de concordancia para los atributos relevancia y pertinencia; de las nueve descripciones existentes, seis (S1.3, S1.4, S1.5, S1.6, S1.7 y S1.8) presentaron un 100% de consenso entre las especialistas en cuanto a relevancia, claridad, pertinencia y simplicidad. Los peores porcentuales involucraron las actividades S1.1 (77%) y S1.9 (66%), en los atributos claridad y simplicidad.

En la actividad *higiene y confort*, hubo consenso del 100% para relevancia y simplicidad. Las descripciones S2.4 a S2.14 presentaron concordancia del 100% para los cuatro atributos analizados. Dos descripciones (S2.18 y S2.21) obtuvieron un IC del 77%, cerca del estimado, en el atributo relevancia.

En la dimensión participación, del total de 35 proposiciones, 33 (94,2%) alcanzaron consenso $\geq 80\%$. Los peores resultados (77%) se verificaron en las actividades de acogida y monitoreo (P3.1) y apoyo espiritual (P4.2 y P4.3), en los atributos claridad y simplicidad.

En la actividad de *optimización de la capacidad mental*, el 100% de las descripciones obtuvieron IC $\geq 80\%$. El menor IC (88%) fue verificado en el punto P1.2, en el atributo relevancia.

En las descripciones de las *actividades socioculturales*, el menor valor de consenso (88%) fue obtenido en los ítems P2.1, P2.2, P2.3, P2.7 y P2.9, para claridad y simplicidad. Para los atributos relevancia y pertinencia, hubo 100% de consenso en todas las descripciones.

La concordancia entre los jueces en cuanto a la relevancia también fue del 100% para todas las descripciones de la actividad *acogida y monitoreo*. En esta actividad, la mayoría (68,8%) de las descripciones (P3.3 a P3.7 y P3.11 a P3.16) alcanzó consenso del 100% en los cuatro aspectos analizados. Sólo la descripción P3.1 no alcanzó el consenso estimado para claridad y simplicidad (77%).

Para las descripciones de la actividad *apoyo espiritual*, el mayor IC fue de 88%. El porcentaje de concordancia para las descripciones P4.2 y P4.3 fue del 77%, también en los aspectos claridad y simplicidad.

En la dimensión seguridad/protección, del total de las descripciones referentes a la actividad *accesibilidad y movilidad*, dos (22,2%) (SP1.5 y SP1.6) no alcanzaron consenso $\geq 80\%$, siendo la primera en los atributos claridad y simplicidad (77 %) y la segunda en el atributo claridad (77%).

En la dimensión aprendizaje a lo largo de la vida, en los aspectos relevancia y pertinencia, la concordancia entre las jueces fue del 100% para todas las descripciones de las *actividades socio-educativas*. Los menores IC observados fueron del 88% en los ítems A1.5 y A1.6, en los aspectos claridad y simplicidad. Las otras cuatro descripciones alcanzaron consenso del 100% en los cuatro atributos. Así, en esa dimensión, todas las descripciones obtuvieron el IC establecido.

En la dimensión salud, para el 88% de los especialistas las descripciones contenidas en *alimentación y nutrición* y en *higiene y confort* representaban, en su conjunto, esas actividades. Para la dimensión participación, ese porcentaje fue del 100% para las actividades *optimización de la capacidad mental* y *actividades socioculturales*, y del 88% para las actividades de *acogida y monitoreo* y *apoyo espiritual*. En la dimensión seguridad/protección, el 88% de las jueces indicaron que las descripciones propuestas compusieron en su conjunto la actividad *accesibilidad y movilidad* y, en la dimensión aprendizaje a lo largo de la vida, ese porcentaje fue del 100% para las *actividades socio-educativas*.

En cuanto a la necesidad de inclusión o exclusión de descripciones en cada una de las actividades, las respuestas indicaron que, en la dimensión salud, el 44% de las jueces incluiría descripciones en la actividad *alimentación y nutrición* y el 23% en la actividad *higiene y confort*; El 23% excluiría alguna descripción en la actividad *alimentación y nutrición* y un 44% en *higiene y confort*. En la dimensión participación, los porcentajes para inclusión de descripciones fueron 44% para *acogida y monitoreo*, 33% para *apoyo espiritual* y 23% para *optimización de la capacidad mental* y para *actividades socioculturales*. En esa dimensión, la actividad *acogida y monitoreo* fue la que recibió mayor porcentaje de opiniones para la exclusión de alguna descripción

(55%), seguida por *apoyo espiritual* (33%). Para las demás actividades, el porcentaje fue del 12%.

La actividad *accesibilidad y movilidad*, de la dimensión seguridad/protección, fue la que las especialistas más resaltaron la necesidad de incluir descripciones (77%). En cuanto a la exclusión, el porcentaje fue del 12%. En la dimensión aprendizaje a lo largo de la vida, los porcentuales para inclusión y exclusión de descripciones para las *actividades socio-educativas* fueron 33% y 12%.

Al analizar si las actividades con sus descripciones representaban en su conjunto la dimensión en que se encontraban, las juezes opinaron positivamente para las cuatro dimensiones, siendo el 88% para las dimensiones salud y seguridad/protección, 77% para participación y 100% para la participación aprendizaje a lo largo de toda la vida.

De esta manera, al ser cuestionadas en cuanto a la necesidad de inclusión de actividades en las cuatro dimensiones, el 77% de los especialistas no lo haría en la dimensión salud y el 100% en la participación y el aprendizaje a lo largo de la vida. En la dimensión seguridad/protección, el 55% de las juezes incluía alguna actividad.

En las cuatro dimensiones se describieron ocho actividades, de las cuales el 100% alcanzó el IC establecido para los cuatro atributos, relevancia, claridad, pertinencia y simplicidad.

El total de ítems descritos, considerando las ocho actividades, fue 82. De ellos, el 100% alcanzó el IC establecido en el atributo relevancia, el 91,4% (N=75) en la claridad, el 97,5% (N=80) en la pertinencia y 92,6% (N=76) en la simplicidad.

La mayor parte de las sugerencias y comentarios de los expertos para las ocho actividades se ha dado en el sentido de mejorar la claridad y la simplicidad de las descripciones.

En cuanto a la definición de las actividades, en la dimensión salud hubo dos sugerencias para incluir las actividades *capacidad funcional y fragilidad y medicamentos de uso continuo*. En la dimensión participación, hubo una sugerencia para alterar la actividad *optimización de la capacidad mental para manejo y estímulo cognitivo* y reubicar a la dimensión salud. Una jueza sugirió modificar la *acogida y monitoreo para actividades socio-asistenciales* y una, excluir el *monitoreo*. También hubo una sugerencia para excluir la actividad *apoyo espiritual* y una para colocarla en la dimensión salud. En la dimensión seguridad/protección, una especialista comentó sobre redefinir la actividad *accesibilidad y movilidad para accesibilidad y control de los factores de riesgo para caídas*. En la dimensión aprendizaje a lo largo de la vida, la sugerencia fue para nombrar las actividades como *educativas*, en lugar de *socio-educativas*.

La evaluación de los expertos y sus sugerencias/comentarios permitieron el reajuste de las actividades y de sus descriptores, con la incorporación de los conocimientos compartidos por las juezes, no habiendo necesidad de retorno del instrumento para nueva evaluación.

El contenido validado propició la construcción de un instrumento para subsidiar la evaluación de la calidad de los centros de día, el cual se encuentra estructurado en cuatro dimensiones: salud, participación, seguridad/protección y aprendizaje a lo largo de la vida. Cada dimensión tiene actividades con descripciones, totalizando diez actividades y 102 descripciones. Los Cuadros enumerados de I a IV indican las actividades evaluadas y validadas por los especialistas, para cada una de las dimensiones.

Cuadro I: Actividades y descripciones, evaluadas y validadas por los especialistas, en la dimensión salud, São Paulo – 2015

DIMENSIÓN SALUD (S)	
Alimentación y nutrición (S1)	
Actividades evaluadas	Actividades validadas
<p>S1.1 Apoyar al anciano durante la comida.</p> <p>S1.2 Evaluar las consistencias de los alimentos de acuerdo con las necesidades de los ancianos.</p> <p>S1.3 Evaluar las preferencias de los ancianos por alimentos.</p> <p>S1.4 Evaluar disfagia, engaños, náuseas y vómitos, constipación intestinal.</p> <p>S1.5 Evaluar el estado nutricional de los ancianos.</p> <p>S1.6 Estimular la ingestión de agua.</p> <p>S1.7 Estimular, auxiliar y supervisar la alimentación del anciano.</p> <p>S1.8 Reeducar los hábitos alimenticios del anciano.</p> <p>S1.9 Servir al anciano o ayudarlo a servir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado nutricional de los ancianos. - Evaluar deglución, masticación, aceptación de la dieta y comportamiento intestinal. - Evaluar las preferencias de los ancianos por alimentos. - Identificar restricciones alimentarias, de acuerdo con la condición de salud del anciano. - Adecuar las consistencias de los alimentos a las necesidades de los ancianos. - Auxiliar al anciano durante la comida, cuando sea necesario. - Estimular, auxiliar, supervisar la alimentación del anciano. - Estimular la ingestión de agua. - Reeducar los hábitos alimenticios del anciano. - Orientar a la familia sobre alimentación y nutrición del anciano. - Promover actividades de culinaria con los ancianos.
Higiene y confort (S2)	
<p>S2.1 Sólo hacer lo que el anciano no es capaz de hacer solo.</p> <p>S2.2 Auxiliar al anciano con las vestimentas.</p> <p>S2.3 Cuidar las uñas de las manos y de los pies.</p> <p>S2.4 Estimular, orientar y auxiliar al anciano a realizar la higiene oral.</p> <p>S2.5 Estimular, orientar y auxiliar al anciano en la higienización de las prótesis dentales.</p> <p>S2.6 Estimular, orientar y auxiliar al anciano en el lavado de las manos.</p> <p>S2.7 Estimular, orientar, supervisar y auxiliar al anciano a hacer su higiene, buscando el autocuidado.</p> <p>S2.8 Mantener la privacidad del anciano.</p> <p>S2.9 Observar las preferencias y los hábitos del anciano.</p> <p>S2.10 Realizar la higiene íntima a cada cambio de pañales.</p> <p>S2.11 Realizar el cambio de pañales periódicamente.</p> <p>S2.12 Separar los materiales necesarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar solamente lo que el anciano no es capaz de hacer solo. - Evaluar las preferencias y hábitos del anciano. - Estimular, orientar, supervisar y auxiliar al anciano a hacer su higiene, visando al autocuidado. - Mantener la privacidad del anciano. - Estimular, orientar, auxiliar al anciano en el lavado de las manos. - Mantener las uñas cortas y limpias. - Auxiliar al anciano con la vestimenta. - Verificar si la ropa es adecuada y cómoda. - Verificar si los zapatos son adecuados y son seguros. - Estimular, orientar y auxiliar al anciano a realizar la higiene oral, incluso de las prótesis dentales. - Separar los materiales necesarios para la realización de la higiene oral. - Realizar el cambio de pañales periódicamente. - Realizar la higiene íntima a cada cambio de pañales.

<p>para la realización de la higiene oral.</p> <p>S2.13 Comprobar que la ropa sea adecuada y cómoda.</p> <p>S2.14 Verificar si los zapatos son adecuados y son seguros.</p> <p>S2.15 Después del baño, ayudar al anciano a secar.</p> <p>S2.16 Colocar al anciano en el baño y supervisarlo para evitar la caída.</p> <p>S2.17 Lavar los cabellos del anciano por lo menos tres veces por semana.</p> <p>S2.18 Durante el baño, mantener cerradas puertas y ventanas para evitar corrientes de aire.</p> <p>S2.19 Observar la necesidad de uso de silla higiénica.</p> <p>S2.20 Preparar el baño y colocar en un lugar de fácil acceso los objetos necesarios para el baño.</p> <p>S2.21 Después del baño, secar bien partes íntimas, pliegues de rodilla, codos, debajo de las mamas, axilas y entre los dedos.</p> <p>S2.22 Separar por adelantado la ropa personal para el baño.</p> <p>S2.23 Verificar la temperatura del agua para el baño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al anciano en el baño y supervisarlo para evitar la caída. - Separar por adelantado las ropas personales para el baño. - Preparar el baño y colocar en un lugar de fácil acceso los objetos necesarios para el baño. - Observar la necesidad de uso de silla higiénica. - Verificar la temperatura del agua para el baño. - Mantener puertas y ventanas cerradas, para evitar corrientes de aire durante el baño. - Lavar el pelo del anciano por lo menos 3 veces por semana. - Después del baño, si es necesario, ayudar al anciano a secar. - Adoptar medidas de seguridad durante el baño, como: <ul style="list-style-type: none"> - Observar la presencia de alfombras y escalones que puedan acarrear caída. - Mantener el jabón en un recipiente (por ejemplo, media de <i>nylon</i>) para evitar que el anciano tenga que bajarse, en caso de derrumbarlo. - Mantener una silla dtico próxima ao box do banheiro, para ser utilizada em caso de necessidade do idoso
Capacidad funcional y fragilidad	
<p>Esta actividad fue incluida después de validación de contenido por los especialistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la capacidad funcional del anciano. - Promover actividades de rehabilitación para el anciano con declive funcional. - Evaluar y monitorear los criterios clínicos relacionados con el diagnóstico de fragilidad. - Proporcionar y estimular la realización de actividades físicas. - Proporcionar ejercicios de entrenamiento de fuerza y equilibrio. - Identificar los factores intrínsecos relacionados con el riesgo de caída.
Medicamentos de uso continuo	
<p>Esta actividad fue incluida después de validación de contenido por los especialistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar el medicamento de acuerdo con la prescripción médica. - Administrar el medicamento de forma correcta, considerando: paciente, medicamento, dosis, vía y hora correctas. - Evaluar la polifarmacia. - Evaluar el riesgo de eventos adversos. - Ofrecer un profesional capacitado para la administración de medicamentos. - Promover acciones educativas dirigidas al uso racional de medicamentos.

Manejo y estímulo cognitivo	
<p>Esta actividad corresponde a la actividad Optimización de la capacidad mental (P1), que estaba incluida en la dimensión de participación y, después de la validación de contenido por los expertos, se cambió a la dimensión de la salud.</p> <p>P1.1 Evaluar la función cognitiva. P1.2 Evaluar la presencia de alteraciones psicológicas. P1.3 Estimular la lectura. P1.4 Estimular la memoria autobiográfica. P1.5 Estimular la participación del anciano en juegos de estimulación cognitiva. P1.6 Promover la autoestima del anciano. P1.7 Promover actividades de estimulación y rehabilitación cognitiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los cambios de humor/comportamiento (psicológicos). - Evaluar la función cognitiva. - Promover actividades de estimulación y rehabilitación cognitiva. - Fomentar la participación del anciano en juegos de estimulación cognitiva. - Estimular la lectura. - Estimular la memoria autobiográfica. - Estimular a la familia a participar en actividades con el anciano.

Cuadro II: Actividades y descripciones evaluadas y validadas por los especialistas, en la dimensión participación, São Paulo – 2015

DIMENSIÓN PARTICIPACIÓN (P)	
Actividades socio-culturales (P2)	
Actividades evaluadas	Actividades validadas
<p>P2.1 Acompañar al anciano en las actividades internas o externas. P2.2 Promover actividades socioculturales. P2.3 Evaluar las preferencias de los ancianos por actividades de ocio. P2.4 Estimular al anciano a participar en las actividades. P2.5 Promover la integración entre generaciones. P2.6 Promover la participación del anciano en actividades de la comunidad. P2.7 Promover actividades de ocio, de acuerdo con las preferencias de los ancianos. P2.8 Promover y estimular la participación de la familia en las actividades. P2.9 Promover fiestas conmemorativas y paseos externos colectivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover actividades socioculturales, respetando las limitaciones físicas y cognitivas de los ancianos. - Estimular al anciano a participar en actividades socioculturales. - Acompañar al anciano en las actividades socioculturales internas o externas. - Mapear las preferencias de los ancianos por actividades de ocio. - Promover actividades de ocio, de acuerdo con las preferencias de los ancianos. - Promover la integración entre los ancianos. - Promover la integración entre generaciones. - Promover la participación del anciano en actividades de la comunidad. - Promover fiestas conmemorativas y paseos externos colectivos. - Realizar exposiciones culturales periódicas de las actividades desarrolladas por los ancianos. - Promover y estimular la participación de la familia en las actividades socioculturales.
Acogimiento y seguimiento (P3)	
<p>P3.1 Apoyar a la familia en el cuidado al anciano. P3.2 Evaluar la adaptación del anciano en</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las expectativas iniciales del anciano y de la familia. - Realizar evaluación multidimensional del

<p>el plazo máximo de 30 (treinta) días.</p> <p>P3.3 Evaluar las expectativas iniciales del anciano y de la familia.</p> <p>P3.4 Evaluar las necesidades biopsicosociales del anciano y de la familia.</p> <p>P3.5 Evaluar las reacciones/comportamientos del anciano.</p> <p>P3.6 Establecer asociación con la familia.</p> <p>P3.7 Evidenciar la importancia de la participación de las personas cercanas al anciano.</p> <p>P3.8 Monitorear la salud del anciano.</p> <p>P3.9 Monitorear y evaluar periódicamente el plan de atención individual, elaborando una nueva planificación, según la necesidad personal.</p> <p>P3.10 Prestar aclaraciones en caso de necesidad.</p> <p>P3.11 Realizar la evaluación multidimensional del anciano.</p> <p>P3.12 Realizar el levantamiento del material proporcionado por el anciano (por ejemplo, objetos de higiene, medicamentos y otros).</p> <p>P3.13 Realizar reunión con la familia y con el anciano para presentar el plan de atención.</p> <p>P3.14 Realizar una reunión con la familia y el anciano para informar sobre el proceso de acogida.</p> <p>P3.15 Recordar, cuando sea necesario, las normas de funcionamiento del centro día, los derechos y deberes de ambas partes y las responsabilidades de todas las personas implicadas en la prestación del servicio.</p> <p>P3.16 Registrar la información en la ficha del anciano.</p>	<p>anciano.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades biopsicosociales del anciano. - Evaluar las reacciones/comportamientos del anciano. - Evaluar la adaptación del anciano, en el centro día, en el plazo máximo de 30 (treinta) días. - Monitorear y evaluar periódicamente el plan de atención individual, elaborando una nueva planificación, según la necesidad planteada. - Realizar reunión con la familia y con el anciano para presentar el plan de atención. - Realizar reunión con todas las personas involucradas en la prestación del servicio. - Establecer asociación con la familia. - Orientar a la familia en el cuidado al anciano en el domicilio. - Prestar aclaraciones al anciano/familia, siempre que sea necesario. - Evidenciar la importancia de la participación de las personas cercanas al anciano. - Realizar el levantamiento del material proporcionado por el anciano (por ejemplo, objetos de higiene, medicamentos y otros). - Registrar la información en la ficha del anciano. - Recordar, cuando sea necesario, las normas de funcionamiento del centro día, los derechos y deberes de ambas partes y las responsabilidades de todas las personas implicadas en la prestación del servicio.
<p>Apoyo espiritual (P4) (Actividad modificada para Apoyo espiritual/religioso)</p>	
<p>P4.1 Identificar la creencia espiritual.</p> <p>P4.2 Promover el apoyo espiritual.</p> <p>P4.3 Promover momentos de actividades espirituales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover actividades religiosas/espirituales en el centro día. - Definir actividades religiosas y/o espirituales que promuevan el bienestar del anciano y preserven la convivencia saludable en el centro día. - Identificar la religión declarada por el anciano. - Identificar la importancia de la religión/espiritualidad para el anciano. - Respetar las elecciones y la individualidad de cada anciano.

	- Estimular la convivencia y el respeto entre diferentes creencias.
--	---

Cuadro III: Actividades y descripciones, evaluadas y validadas por los especialistas, en la Dimensión seguridad/protección, São Paulo – 2015

DIMENSIÓN SEGURIDAD/PROTECCIÓN (SP)	
Accesibilidad y movilidad (SE1) (Actividad modificada para: Aaccessibilidad y control de riesgo para caídas)	
Actividades evaluadas	Actividades validadas
<p>SP1.1 Auxiliar y supervisar al anciano en las actividades físicas y de rehabilitación.</p> <p>SP1.2 Ayudar al anciano a sentarse o levantarse.</p> <p>SP1.3 Auxiliar al anciano en la locomoción.</p> <p>SP1.4 Evaluar la movilidad del anciano.</p> <p>SP1.5 Evaluar la necesidad del uso de tecnología asistiva.</p> <p>SP1.6 Instruir y apoyar al anciano en el uso de tecnología asistiva.</p> <p>SP1.7 Mantener el posicionamiento adecuado y correcto del anciano.</p> <p>SP1.8 Prevenir accidentes.</p> <p>SP1.9 Promover actividades físicas y de rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la adaptación ergonómica y ambiental adecuada al anciano. - Evaluar la accesibilidad de los ambientes del centro día. - Monitorear, continuamente, el área física del centro día, a fin de prevenir accidentes. - Mapear posibles causas de accidentes en el centro día. - Auxiliar al anciano a sentarse o levantarse. - Auxiliar al anciano en la locomoción. - Evaluar la movilidad del anciano. - Evaluar la necesidad del uso de tecnología asistiva. - Instruir y apoyar al anciano en el uso de tecnología asistiva. - Mantener el posicionamiento adecuado y correcto del anciano. - Prevenir caídas, por medio de medidas como: <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la iluminación adecuada en los ambientes. - Mantener la luz de aviso en lugares de poca luz. - No utilizar alfombras, tapas y capachos. - Mantener el revestimiento de los pisos en perfecto estado de conservación. - No utilizar cera en los pisos. - Señalizar la presencia de desnivel en los pisos. - No utilizar muebles bajos, inestables o deslizantes. - No dejar objetos en el suelo. - Mantener barandillas en las áreas de circulación. - Disponer barras de apoyo en los baños.

Cuadro IV: Actividades y descripciones, evaluadas y validadas, por los especialistas, en dimensiones aprendidas a lo largo de la vida, São Paulo – 2015

DIMENSIÓN APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA (A)	
Actividades socio-educativas (A1) (Actividades modificadas para: Actividades educativas)	
Actividades evaluadas	Actividades validadas
<p>A1.1 Promover programas educativos para el anciano y la familia.</p> <p>A1.2 Promover conferencias, talleres y eventos para la comunidad sobre temas relacionados con el envejecimiento.</p> <p>A1.3 Promover reuniones para orientación de familiares y cuidadores.</p> <p>A1.4 Promover eventos y actividades comunitarias, como confraternizaciones,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades educativas del anciano. - Estimular el constante desarrollo individual del anciano. - Promover programas educativos para el anciano y la familia. - Promover reuniones para orientación de familiares y cuidadores. - Promover campañas educativas y

paseos y fiestas temáticas. A1.5 Promover campañas educativas y preventivas. A1.6 Promover actividades de educación permanente para los profesionales.	preventivas. - Promover conferencias, talleres y eventos para la comunidad sobre temas relacionados al envejecimiento. - Promover actividades de educación permanente para los profesionales que actúan en el centro día.
--	---

DISCUSIÓN

El acompañamiento de ancianos en el centro de día es un importante recurso para maximizar su funcionalidad y mantener sus habilidades. En países como Portugal, España, Suecia, Japón, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido, Canadá y Noruega, estos centros pertenecen a las redes de cuidados crónicos, integrada y de largo plazo, destinado a la prestación de asistencia sanitaria y de apoyo social, la recuperación, la promoción de la autonomía y la oferta de servicios comunitarios⁽¹⁰⁾.

Los centros día ofrecen asistencia a la familia y brindan atención al anciano fragilizado como forma alternativa a la institucionalización, por medio de atención multiprofesional, y evitan la exposición del anciano a situaciones de riesgo, como: accidentes y violencia en el domicilio, depresión, sedentarismo y aislamiento social⁽²⁾.

En este estudio, la participación de los especialistas fue esencial para mejor adecuar y mejorar las actividades y resaltar la pertinencia envolviendo las dimensiones, actividades y descripciones. La formación, la experiencia y las diferentes áreas de actuación de los jueces contribuyeron a enriquecer sus juicios, buscando la mejor calidad del contenido validado.

Los comentarios y las sugerencias de los expertos se dieron en el sentido de identificar términos/palabras más adecuados a la práctica cotidiana de los centros de día, permitiendo que tanto las instituciones públicas como las privadas puedan utilizar ese instrumento como referencia en sus servicios, y que pueda ser manejado por profesionales con distintas formaciones. Por lo tanto, se han eliminado o sustituido los elementos considerados sin claridad, no pertinentes o de difícil comprensión, según las sugerencias del comité de jueces.

En la perspectiva del envejecimiento activo, las actividades validadas en la **dimensión salud** - *alimentación y nutrición, higiene y confort, capacidad funcional y fragilidad, medicamentos de uso continuo y manejo y estímulo cognitivo* - indicaron la importancia de relacionar la salud física, la mental y la social porque las tres están relacionadas entre sí y su manejo adecuado y oportuno minimiza las pérdidas y beneficios en personas de edad avanzada preservar gama, la funcionalidad y la calidad de vida⁽¹⁾.

Al considerar la importancia de actuar en el apoyo al anciano para la realización de las actividades básicas de vida diaria, estudios demostraron que la prevalencia de ancianos que necesitaban algún auxilio con la alimentación y nutrición fue del 1,5% y, en la higiene y confort, 6,9% de los de ellos presentaron dificultades con el baño^(11,12).

Con respecto a la actividad *capacidad funcional y fragilidad*, la Organización Mundial de la Salud indicó que la posibilidad de mantenimiento de la capacidad funcional permite el bienestar en el envejecimiento y, de acuerdo con la Política Nacional de Salud de la Persona Ancianos, el principal problema que puede afectar las personas de 60 años o más son la pérdida de capacidad funcional^(13,14). Así, se destaca la

necesidad de servicios como el centro día, destinados a intervenir en el mantenimiento o mejora de la capacidad funcional de ancianos frágiles o en riesgo de fragilización⁽⁴⁾.

Los *medicamentos de uso continuo* están presentes en el 72,3% de los ancianos en la región Sur, el 67,6% en el Nordeste y el 81,1% en el Sudeste^(15,16,17). Por eso, los profesionales que actúan con ancianos deben mantener atención sobre prácticas como poli-farmacia, auto-medicación y uso de medicamentos inapropiados, promoviendo la concienciación en cuanto al uso racional de esas sustancias⁽¹⁸⁾.

El *manejo y el estímulo cognitivo* están asociados a la mayor autonomía y a la disminución del riesgo de declinación cognitiva, demencia y síntomas depresivos^(19,20). Esta actividad en el centro de día es un factor importante, al considerar que la presencia de declinación cognitiva está asociada a la mayor dificultad en la realización de las actividades instrumentales de vida diaria⁽²¹⁾.

En cuanto a la **dimensión participación**, las actividades descritas -*actividades socioculturales, acogida y monitoreo y apoyo espiritual/religioso*- permiten el compromiso social, cultural, recreativo y espiritual, lo que despierta en los ancianos la autoestima, el equilibrio emocional, el ejercicio de la ciudadanía, el fortalecimiento de vínculos, la autonomía y el protagonismo social^(1,22).

La participación de ancianos en *actividades socioculturales* tiene un impacto positivo sobre la mortalidad, la capacidad funcional, la cognición y el bienestar⁽²³⁾. La *acogida y el monitoreo* posibilitan la integración del anciano en el servicio y la evaluación de las respuestas del centro día a sus necesidades^(10,24). El *apoyo espiritual/religioso* es significativo para la mejor satisfacción con la vida, la salud y la capacidad para realizar las actividades productivas e instrumentales de vida diaria⁽²⁵⁾.

Al considerar la **dimensión seguridad**, destacamos que el ambiente debe ser seguro y amigable a los ancianos, ajustado a sus limitaciones y preferencias, permitiendo el sentido de control, autoeficacia, autonomía y autoestima. Los ambientes amistosos favorecen la independencia y disminuyen la apatía, el desinterés, el sentido de incompetencia y las quejas de salud⁽²⁶⁾.

El centro de día es un servicio que favorece la *accesibilidad y la movilidad*, destacando que los ancianos atendidos en esa modalidad de atención tienen disminución del riesgo de caídas⁽²⁷⁾.

En la **dimensión educación**, las *actividades educativas* son una oportunidad de actualización y adquisición de nuevos conocimientos, que posibilitan el aprendizaje en relación a diferentes aspectos de la vida, como motivación para el cambio, sentido de competencia y mejora en la comunicación con otras personas, y contribuyen a la comprensión del proceso de envejecimiento⁽²⁸⁾.

De esta forma, los centros de día desempeñan un papel importante en la promoción de la autonomía y en la representación de oportunidades para el envejecimiento activo⁽²⁹⁾. Por eso, el desarrollo de nuevas unidades de centro de día en Brasil es recomendado, pues la frecuencia del anciano en esos locales evita el aislamiento, la tristeza y la depresión y posibilita la vivencia de un envejecimiento activo⁽³⁰⁾.

CONCLUSIONES

La realización de este estudio evidenció la escasez de literatura acerca de las actividades desarrolladas en los centros de día para ancianos, así como de los

modelos de gestión y de cuidado implementados en esos equipos. De esta forma, consideramos que la sistematización de las actividades en las cuatro dimensiones se constituye en un paso inicial, en el sentido de superar los innumerables desafíos que envuelven los aspectos administrativos y asistenciales en ese contexto, pautado en el envejecimiento activo.

En el presente trabajo se analizan los resultados de la evaluación de la calidad de vida de la persona de edad avanzada, impidiendo la desintegración familiar, es un recurso que apoya las actividades de promoción de la salud, de prevención de agravios y de mejora de la funcionalidad, además de propiciar la autonomía del anciano y la interacción social.

Creemos que el producto final de esta investigación podrá ser empleado tanto en centros de día públicos como privados en Brasil y contribuir a estructurar elementos para la evaluación de la calidad de esos servicios, apoyando la planificación de las actividades, la organización del servicio y la toma de decisiones por parte de los trabajadores, gerentes. Sin embargo, indicamos como limitaciones de la propuesta los hechos de que el centro de día no sea, aún, una modalidad consolidada en nuestro país y de que no todos los servicios existentes tengan como referencial de acciones el Envejecimiento Activo, lo que podrá dificultar el empleo del instrumento.

Además, subrayamos la necesidad de nuevas investigaciones, en el sentido de implementar el instrumento validado en el cotidiano de los servicios e involucrar los componentes administrativos capaces de medir la calidad en los centros de día. En este sentido, proponemos la continuidad de la investigación objetivando la construcción y la validación de indicadores de estructura, proceso y resultado, para que se pueda emplear el modelo Donabediano en la evaluación de la calidad de los centros de día.

REFERENCIAS

1. Centro Internacional de Longevidade Brasil, ILC-BR. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saude. 2004;6(22):15-8.
6. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso de técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. Arq Cienc Saude. 2015;22(2):16-21.
7. Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):253-60.
8. 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.
9. Tilden VP, Nelson CA, May BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. Nurs Res 1990;39(3):172-5.

10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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; 2006.
14. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, OMS; 2015. [Citado 2016 abr. 19]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
15. 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.
16. Secoli SR, Lebrão ML. Risco de eventos adversos e uso de medicamentos potencialmente interativos. *Saude Colet*. 6(30):113-18;2009.
17. 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.
18. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saude Publ*. 2013;47(1):94-103.
19. Apóstolo JLA, Cardoso DFB, Marta LMG, Amaral TIO. Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Rev Enferm Ref*. 2011;3(5):193-201.
20. Vidovich M, Almeida OP. Cognition-focused interventions for older adults: the state of play. *Australas Psych*. 2011;19(4):313-6.
21. Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saude Sociedade*. 2007;16(1):81-9.
22. Wichmann FMA, Areosa SVC, Lepper L, Couto NA, Cardoso CMC, Moreira EP. Satisfação do idoso na convivência em grupos. *Rev Contexto Saude*. 2011;10(20):491-8.
23. Dias EG, Duarte YAO, Lebrão ML. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *Mundo Saude*. 2010;34(2):258-67.
24. Portugal. Instituto da Segurança Social. Manual de processos-chave centro de dia. 2 ed. Portugal: Instituto da Segurança Social; 2010.
25. Oliver A, Galiana L, Sancho P, Tomás JM. Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*, 2015;15(2):228-38.
26. Perracini MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas EV, Py L, Cañado FAX, Doll J, Gorzoni ML. organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013, p. 1312.

27. 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.
28. Patrocínio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. Trabalho, Educação e Saude. 2013;11(2):375-94.
29. 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.
30. 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.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia