

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE
DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO
PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

UBERABA – MG

2023

LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO
PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

UBERABA – MG

2023

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S22c Santana, Lenniara Pereira Mendes
Construção e validação do Índice de Envelhecimento Ativo para o
contexto brasileiro / Lenniara Pereira Mendes Santana. -- 2023.
250 p. : il., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Idoso. 2. Saúde do idoso. 3. Envelhecimento. 4. Enfermagem geriátrica.
5. Indicadores (Estatística). I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO
PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

24 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.a. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares – Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.a. Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.a. Dra. Nayara Gomes Nunes Oliveira
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Alisson Fernandes Bolina
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Dedico a minha família, meu aconchego e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Deus e à Nossa Senhora, por iluminar meu caminho e me fortalecer durante a caminhada.

Aos meus pais, Maria da Glória e Marlúcio, e à minha irmã Larissa, pelo amor, orações e por sempre me apoiarem e incentivarem na busca pelo conhecimento.

Ao meu marido Lucas, pelo amor e cumplicidade, por ser meu apoio e não me deixar desistir. Sem você esta caminhada seria muito árdua. Obrigada por tudo!

À minha orientadora, professora doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, pela compreensão, dedicação e paciência nas orientações. Por me acolher na universidade e contribuir na minha formação com o seu grande exemplo como docente e pesquisadora.

À doutora Nayara Gomes, pela sua empatia, atenção e apoio durante esses anos. Muito obrigada por sua generosidade e dedicação!

À banca examinadora, por aceitarem prontamente o convite e contribuírem com suas experiências para o nosso trabalho.

À professora Flavia, por estar sempre disponível e prestativa.

Ao Doutor Vanderlei, pela paciência, assessorias, cuidado e zelo com os alunos. Obrigada por acolher as minhas dificuldades na estatística!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e aos professores que contribuíram para a minha formação profissional.

Aos secretários do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Daniele e Fábio, por sempre estarem disponíveis.

À minha amiga Mariana, todo meu carinho. Estar na pós-graduação junto com você foi um grande presente. Obrigada por ser tão atenciosa e pela sua amizade!

Às colegas de turma, Muriele, Érica, Fernanda e Camila, por estarem juntas nessa jornada e sermos apoio uma das outras.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, por compartilhar experiências e ser a base da pesquisa.

Aos colegas do **Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) da Universidade de São Paulo**, por compreenderem a minha ausência e me apoiarem sempre.

Aos especialistas do painel, obrigada pela colaboração e disponibilidade em participar da validação e construção do índice.

Agradeço a todos que me auxiliaram nesta pesquisa!

RESUMO

A elaboração do Índice de Envelhecimento Ativo pode contribuir para ampliar e compreender questões determinantes sobre o envelhecimento ativo para os idosos brasileiros, assim como a mensuração dos fatores contribuintes para envelhecer de forma ativa e saudável. O objetivo geral da pesquisa foi construir e validar o Índice de Envelhecimento Ativo entre idosos brasileiros, e específicos, definir em indicadores os aspectos englobados pelo modelo conceitual de envelhecimento ativo; avaliar a validade de face e de conteúdo, terminologia e a necessidade dos indicadores de envelhecimento ativo; avaliar a utilidade e a usabilidade dos indicadores de envelhecimento ativo; construir o Índice de Envelhecimento Ativo com base nos indicadores aprovados; testar o Índice de Envelhecimento Ativo na população idosa da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Pesquisa metodológica, com as etapas fundamentadas no processo de desenvolvimento da *Agency For Healthcare Research And Quality*, consistindo em: identificação dos indicadores candidatos, realizados através do modelo estrutural de envelhecimento ativo e da política de envelhecimento Ativo da OMS com o envolvimento de especialistas; avaliação de indicadores candidatos com a especificação inicial dos indicadores candidatos, painel de revisão, análise empírica; construção do índice de envelhecimento ativo por meio da agregação de indicadores finais; teste do índice na população idosa da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer nº 4.597.973. Os dados foram analisados pela mediana e Índice de Validade de Conteúdo. Construíram-se 32 indicadores de envelhecimento ativo. Destes, 26 foram considerados apropriados, necessários, com conteúdo válido, terminologia adequada para compor o Índice de Envelhecimento Ativo brasileiro. Todos foram avaliados como úteis para mensurar o envelhecimento ativo no idoso e aplicáveis em relatórios públicos e de áreas geográficas. O Índice de Envelhecimento Ativo brasileiro foi composto por 26 indicadores baseados no referencial teórico da Organização Mundial da Saúde, distribuídos em seis domínios com pesos iguais, a saber, determinantes comportamental, pessoal, econômico, social, ambiente físico, serviços sociais e de saúde. Foi calculado o Índice de Envelhecimento Ativo da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, os determinantes, ambiente físico e social alcançaram maior pontuação, comportamentais e pessoais, menor contribuição.

Palavras-chave: idoso; saúde do idoso; envelhecimento; enfermagem geriátrica; indicadores; envelhecimento ativo

ABSTRACT

The development of the Active Aging Index can contribute to expanding and understanding key issues about active aging for Brazilian elderly, as well as the measurement of contributing factors to active and healthy aging. The general objective of the research was to build and validate the Active Aging Index among elderly Brazilians, and specifically, to define indicators the aspects encompassed by the conceptual model of active aging; assess face and content validity, terminology and the need for active aging indicators; evaluate the usefulness and usability of active aging indicators; build the Active Aging Index based on approved indicators; to test the Active Aging Index in the elderly population of the Health Microregion of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. Methodological research, with steps based on the development process of the Agency For Healthcare Research And Quality, consisting of: identification of candidate indicators, carried out through the structural model of active aging and the WHO Active aging policy with the involvement of specialists; evaluation of candidate indicators with initial specification of candidate indicators, review panel, empirical analysis; construction of the active aging index through the aggregation of final indicators; index test in the elderly population of the Health Microregion of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro, opinion n° 4,597,973. Data were analyzed by median and Content Validity Index. 32 indicators of active aging were constructed. Of these, 26 were considered appropriate, necessary, with valid content, adequate terminology to compose the Brazilian Active Aging Index. All were evaluated as useful for measuring active aging in the elderly and applicable in public reports and geographic areas. The Brazilian Active Aging Index was composed of 26 indicators based on the theoretical framework of the World Health Organization, distributed in six domains with equal weights, namely, behavioral, personal, economic, social, physical environment, social and health services. The Active Aging Index of the Health Microregion of Uberaba, Minas Gerais, Brazil was calculated, the determinants, physical and social environment reached a higher score, behavioral and personal, a lower contribution.

Key words: aged; health of the elderly; aging; geriatric nursing; active aging.

RESUMEN

El desarrollo del Índice de Envejecimiento Activo puede contribuir a la ampliación y comprensión de cuestiones clave sobre el envejecimiento activo de los ancianos brasileños, así como a la medición de los factores que contribuyen al envejecimiento activo y saludable. El objetivo general de la investigación fue construir y validar el Índice de Envejecimiento Activo entre ancianos brasileños y, específicamente, definir en indicadores los aspectos abarcados por el modelo conceptual de envejecimiento activo; evaluar la validez aparente y de contenido, la terminología y la necesidad de indicadores de envejecimiento activo; evaluar la utilidad y usabilidad de los indicadores de envejecimiento activo; construir el Índice de Envejecimiento Activo a partir de indicadores aprobados; probar el Índice de Envejecimiento Activo en la población anciana de la Microrregión de Salud de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Investigación metodológica, con pasos basados en el proceso de desarrollo de la Agency For Healthcare Research And Quality, que consiste en: identificación de indicadores candidatos, realizada a través del modelo estructural de envejecimiento activo y la política de envejecimiento activo de la OMS con la participación de especialistas; evaluación de indicadores candidatos con especificación inicial de indicadores candidatos, panel de revisión, análisis empírico; construcción del índice de envejecimiento activo a través de la agregación de indicadores finales; prueba índice en la población anciana de la Microrregión de Salud de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro, parecer n° 4.597.973. Los datos fueron analizados por mediana e índice de validez de contenido. Se construyeron 32 indicadores de envejecimiento activo. De estos, 26 fueron considerados apropiados, necesarios, con contenido válido, terminología adecuada para componer el Índice Brasileño de Envejecimiento Activo. Todos fueron evaluados como útiles para medir el envejecimiento activo en personas mayores y aplicables en informes públicos y áreas geográficas. El Índice Brasileño de Envejecimiento Activo fue compuesto por 26 indicadores basados en el referencial teórico de la Organización Mundial de la Salud, distribuidos en seis dominios con pesos iguales, a saber, conductual, personal, económico, social, ambiente físico, servicios sociales y de salud. Se calculó el Índice de Envejecimiento Activo de la Microrregión de Salud de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, los determinantes, entorno físico y social alcanzaron mayor puntaje, conductual y personal, menor contribución.

Palabras-clave: anciano; salud del anciano; envejecimiento; enfermería geriátrica; envejecimiento activo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmides Etárias 1950, 2015 e 2050.....	19
Figura 2	Determinantes do Envelhecimento Ativo.....	25
Figura 3	Domínios e Indicadores do Índice de Envelhecimento Ativo.....	33
Figura 4	Fases para o desenvolvimento de indicadores da Agency For Healthcare Research And Quality.....	49
Figura 5	Representação das etapas metodológicas empregadas nesta pesquisa.....	50
Figura 6	Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem; envelhecimento ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.....	53
Figura 7	Etapas do processo de adequação Research and Development, University of California Los Angeles empregues nesta investigação.....	56
Figura 8	Construção do índice de envelhecimento ativo.....	63
Figura 9	Representação da exclusão dos indicadores ao longo das três rodadas.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estudos que construíram e validaram o Índice de Envelhecimento Ativo, publicados no mês de janeiro de 2011 a janeiro de 2021.....	34
Quadro 2	Pontos fortes e fracos do Índice de Envelhecimento Ativo da Europa.....	43
Quadro 3	Fatores determinantes mensurados do modelo de Envelhecimento Ativo da população idosa da zona urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.....	51
Quadro 4	Nível de adequação aos indicadores.....	59
Quadro 5	Identificação dos Indicadores Candidatos segundo os determinantes.....	66
Quadro 6	Determinantes Envelhecimento Ativo, Variáveis do Modelo e Indicadores Candidatos da rodada 2.....	68
Quadro 7	Resumo da discussão do painel na reunião, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	69
Quadro 8	Comentários positivos resumidos realizados pelos especialistas para os indicadores de envelhecimento ativo.....	72
Quadro 9	Indicadores finais, domínios, definição e método de cálculo dos indicadores finais que compõem o Índice de Envelhecimento Ativo, Brasil.....	87
Quadro 10	Comentários resumidos e número dos painelistas que avaliaram negativamente os indicadores quanto à utilidade, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	93
Quadro 11	Comentários resumidos dos painelistas sobre os pesos dos domínios do índice de envelhecimento ativo, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos painelistas desta pesquisa, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	55
Tabela 2	Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) que avaliaram dentro da região de 3 pontos que contém a mediana para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	67
Tabela 3	Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) que avaliaram dentro da região de 3 pontos que contém a mediana para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	71
Tabela 4	Avaliação da utilidade e usabilidade pelos painelistas, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	91
Tabela 5	Avaliação dos pesos dos seis domínios do índice pelos doze painelistas, Uberaba, Minas Gerais, 2022.....	94
Tabela 6	Caracterização sociodemográfica de idosos residentes na Microrregião de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	98
Tabela 7	Cálculo dos indicadores e dos seis domínios do Índice de Envelhecimento Ativo dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	98
Tabela 8	Percentuais e cálculo do Índice de Envelhecimento Ativo da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.....	99

LISTA DE SIGLAS

AAI – *Active Aging Index*

AHRQ – *Agency Healthcare Research of Quality*

BOMFAQ – Questionário brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional

CVI - *Content Validity Index*

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

MEEM – Mini-Exame do Estado Mental

IAAFTR - Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILC-BRASIL – Centro de Longevidade Brasil

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

OMS – Organização Mundial da Saúde

PFEFFER – Questionário de Atividades Funcionais

PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde Brasileiro

QV – Qualidade de Vida

RAND/UCLA – *Research and Development/University of California Los Angeles*

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life-BREF*

WHOQOL-OLD *World Health Organization Quality of Life-OLD*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	ENVELHECIMENTO.....	17
2.1.1	Envelhecimento humano.....	17
2.1.2	Envelhecimento populacional.....	18
2.2	ENVELHECIMENTO ATIVO.....	20
2.2.1	Conceitos.....	20
2.2.2	Política do Envelhecimento Ativo.....	22
2.2.2.1	<i>Saúde.....</i>	<i>23</i>
2.2.2.2	<i>Aprendizagem ao longo da vida.....</i>	<i>24</i>
2.2.2.3	<i>Participação.....</i>	<i>24</i>
2.2.2.4	<i>Segurança.....</i>	<i>25</i>
2.2.3	Determinantes do Envelhecimento Ativo.....	25
2.3	DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES COMPOSTOS.....	29
2.4	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO: ESTUDOS DESENVOLVIDOS.....	33
3	JUSTIFICATIVA.....	46
4	OBJETIVOS.....	48
4.1	OBJETIVO GERAL.....	48
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
5	MÉTODOS.....	49
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
5.2	PROCEDIMENTOS.....	49
5.2.1	Etapas para a construção de indicadores do envelhecimento ativo.....	49
5.2.1.1	<i>Tarefa 1: identificação dos indicadores candidatos.....</i>	<i>50</i>
5.2.1.2	<i>Tarefa 2: avaliação de indicadores candidatos.....</i>	<i>54</i>
5.2.2	Construção do índice de envelhecimento ativo.....	60
5.2.3	Índice de Envelhecimento Ativo da população idosa da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.....	64
6	ASPECTOS ÉTICOS.....	65
7	RESULTADOS.....	66

7.1	CONVERSÃO EM INDICADORES DOS ASPECTOS ENGLOBADOS PELO MODELO CONCEITUAL DE ENVELHECIMENTO ATIVO	66
7.2	VALIDADE DE FACE; VALIDADE DE CONTEÚDO, TERMINOLOGIA E NECESSIDADE.....	67
7.3	AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E USABILIDADE DOS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO.....	90
7.4	CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO COM BASE NOS INDICADORES CONSENSUADOS.....	93
7.5	TESTAR O ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO IDOSA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS, BRASIL.....	98
8	DISCUSSÃO.....	100
8.1	CONVERSÃO EM INDICADORES DOS ASPECTOS ENGLOBADOS PELO MODELO CONCEITUAL DE ENVELHECIMENTO ATIVO.....	100
8.2	VALIDADE DE FACE; VALIDADE DE CONTEÚDO, TERMINOLOGIA E NECESSIDADE.....	101
8.3	AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E USABILIDADE DOS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO.....	102
8.4	CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO COM BASE NOS INDICADORES CONSENSUADOS.....	103
8.5	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO DA POPULAÇÃO IDOSA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS, BRASIL.....	104
9	CONCLUSÃO.....	107
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICES E ANEXOS.....	120

1 INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo em decorrência da interação dinâmica das taxas de fecundidade e de mortalidade, tendo como consequência o aumento da expectativa de vida. Projeções indicam que até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos de idade (16%), ultrapassando globalmente o número de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos de idade (UNITED NATIONS, 2019). Os níveis baixos de fertilidade combinados com maior longevidade contribuem para o envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2019).

O Brasil, tal como outros países em desenvolvimento, vive um período de acentuado envelhecimento populacional (ALCÂNTARA et al., 2016). Nos dias atuais, ocorre mudança na estrutura etária do país, observada na taxa de fecundidade que passou, na década de 1950, de seis filhos por mulher para abaixo de dois. Diante disso, e com o aumento da longevidade da população brasileira, surgem novas demandas sociais (ALCÂNTARA et al., 2016), o que gera a necessidade de políticas públicas direcionadas a este novo perfil etário (IBGE, 2015).

Com o objetivo de adaptar às demandas expressas pela longevidade e promover o envelhecimento saudável e ativo, as sociedades precisam garantir o bem-estar aos idosos, bem como proteger seus direitos, a segurança econômica, proporcionar oportunidades de aprendizado ao longo da vida e garantir acesso a serviços de saúde adequados (UNITED NATIONS, 2019).

Considerando os desafios relacionados ao envelhecimento da população e a necessidade de incentivar os idosos a permanecerem independentes e ativos à medida que envelhecem, foi desenvolvida, a Política do Envelhecimento ativo (WHO, 2002). Tal Política reforça que, múltiplos setores e a sociedade civil, apoiem e favoreçam para que as pessoas possam ter oportunidades ao longo da vida e alcançar qualidade de vida (QV) na velhice (WHO, 2002; ILC - BRASIL, 2015; KALACHE, 2019).

Envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002, p. 12). Neste aspecto, o envelhecimento ativo envolve cuidados com demandas econômicas, sociais, cívicas, espirituais e culturais (ILC - BRASIL, 2015). Dessa forma, encoraja a participação dos idosos na sociedade e ao mesmo tempo promove a proteção, segurança e cuidados, quando essenciais (WHO, 2002; OPAS, 2005).

Os componentes fundamentais, pilares que sustentam o envelhecimento ativo são: saúde, segurança, participação e aprendizagem ao longo da vida. Apesar de serem independentes, abordam a saúde através de uma perspectiva ampla e compreende que só pode ser estimulada e mantida com a participação de vários setores da sociedade (ILC - BRASIL, 2015). Considerando que, o envelhecimento é um processo contínuo e se estende por toda a existência humana, quanto mais cedo der início as oportunidades de saúde, segurança, participação e aprendizagem ao longo da vida, maiores serão as possibilidades de uma velhice com qualidade de vida e/ou ativa (ILC - BRASIL, 2015).

Assim, foram definidos os fatores determinantes para a promoção do envelhecimento ativo: comportamentais; pessoais; sociais; econômicos; ambiente físico; serviços sociais e de saúde. Os determinantes gênero e cultura foram considerados como abrangentes e transversais, pois são capazes de moldar os seres humanos e o meio em que estão inseridos no decorrer da vida (WHO, 2002).

Com a expectativa de vida crescente, torna-se fundamental evidências científicas com qualidade para a indução de políticas públicas sobre a temática. Não existe uma abordagem geral para avaliar o envelhecimento ativo (VARLAMOVA et al., 2017), mas considerando a característica multidimensional do conceito, uma das possibilidades é usar índice ou conjunto de indicadores (VARLAMOVA et al., 2017).

Diante desse contexto, em 2012 o Centro Europeu para Política de Assistência Social e Pesquisa desenvolveu, para países da Europa, o Índice de Envelhecimento Ativo (*Active Ageing Index - AAI*), contando com a participação de pesquisadores de diversos países (ZAIDI et al., 2013).

O Índice de Envelhecimento Ativo é uma ferramenta analítica que objetiva auxiliar na elaboração de estratégias baseadas em evidências e, conseqüentemente no desenvolvimento de políticas para o envelhecimento ativo (ZAIDI et al., 2013). Tal ferramenta visa lidar com os desafios de pessoas à medida que envelhecem e seus impactos na sociedade (ZAIDI et al., 2013), permitindo com que gestores identifiquem áreas prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas que atendem as necessidades da população (ZAIDI et al., 2013).

O desenvolvimento do Índice de Envelhecimento Ativo favorecerá aos idosos o conhecimento sobre os fatores condicionantes para o envelhecimento ativo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

2.1.1 Envelhecimento humano

A Organização Pan-Americana de Saúde define o envelhecimento como:

“processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS, 2005 p. 45).

Este conceito aborda o envelhecimento como um processo natural do ser humano e das alterações orgânicas próprias desta etapa da vida (BRASIL, 2006). Embora a ciência e a medicina contribuam com avanços para prolongar a vida, alterações biológicas ao longo dos anos é um processo inerente ao ser humano (MARCHI NETTO, 2004).

O envelhecimento humano pode ser definido como “[...] a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte” (PAPALÉO NETTO, 2017 p. 119). Diferente do que acontece em outras fases da vida, o processo de envelhecimento humano não possui um marcador biofisiológico do início de seu processo (PAPALÉO NETTO, 2017). Dessa forma, a demarcação do envelhecimento considera mais os aspectos socioeconômicos e legais do que os biológicos (PAPALÉO NETTO, 2017). Os fatores que determinam o envelhecimento produzem implicações heterogêneas de uma pessoa para outra (PAPALÉO NETTO, 2017).

O conceito supracitado (OPAS, 2005) descreve a abordagem biológica em relação ao envelhecer no âmbito individual. Aspectos sedimentados no entendimento da população como, o processo de envelhecimento constitui um acontecimento inerente a evolução da vida (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

O conceito de envelhecimento humano pode abranger além de questões biológicas, aspectos extrínsecos aos seres humanos. “Envelhecer é um processo normal, natural e complexo, tanto em âmbito individual quanto coletivo, pois não se evidencia um padrão específico nas diferentes dimensões, a exemplo das transformações, biológica, psicológica, social e econômica” (BIDEL et al., 2016 p. 208). Com isso, o envelhecimento deve ser considerado também, como um fenômeno influenciado pela cultura, no qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais (FERREIRA et al., 2010).

Este conceito aborda o envelhecimento humano como um fenômeno complexo que ocorre tanto em contexto individual como coletivo (BIDEL et al., 2016). As dimensões biológicas, psicológicas, ambientais, sociais e espirituais necessitam ser consideradas (SANTOS, 2010).

Dessa maneira, percebe-se que o processo de envelhecimento humano não é influenciado somente por fatores biológicos ou pelo tempo, mas concepções delineiam o quanto a multiplicidade de fatores é inerente a este processo (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

2.1.2 Envelhecimento Populacional

A população mundial está em processo de envelhecimento (UNITED NATIONS, 2019). Tal processo iniciou nos países da Europa na segunda metade do século XVIII e foi observado nas demais regiões do mundo nos séculos XIX e XX (MYRRHA et al., 2017).

No ano de 2019, 9% eram idosos; projeções indicam que em 2030 este percentual representará 12%; em 2050, 16%, chegando em torno de 23% em 2100 (UNITED NATIONS, 2019).

A transição de uma sociedade rural e tradicional com elevadas taxas de natalidade e mortalidade para uma sociedade moderna e urbana com redução no número de crianças e jovens; pessoas vivendo mais em decorrência de melhorias nas condições sanitárias; nos avanços da medicina e cuidados com a saúde derivou o processo de envelhecimento populacional (VASCONCELOS; GOMES, 2012; UNFPA, 2012).

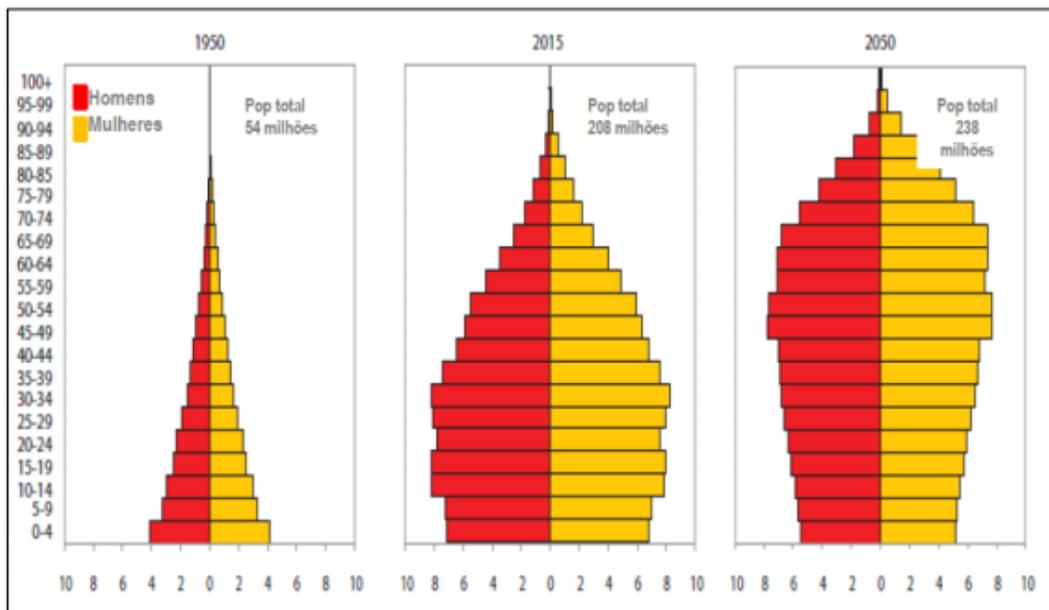
Assim como no mundo, a proporção de idosos brasileiros está aumentando. No ano de 2015 era de 11,7%, e espera-se dobrar em 2039, passando a 23,5% (IBGE, 2016).

Em meados da década de 70, o Brasil teve seu perfil demográfico modificado: famílias com numerosos filhos, residentes na zona rural e com alto risco de morte na infância, deu lugar a diferentes configurações familiares compostas de casais sem filhos e monoparentais chefiadas por mulheres, bem como uma sociedade predominantemente urbana (LEONE et al., 2010).

Além do aumento da proporção de idosos brasileiros, destaca-se também a velocidade com que ocorre esta mudança no perfil etário (IBGE, 2016). A Figura 1 (UNITED NATIONS, 2015), apresenta as pirâmides etárias do Brasil, observa-se a expansão e velocidade do processo

de envelhecimento populacional no país entre 1950-2015 e a projeção para 2050 (UNITED NATIONS, 2015). O formato triangular da pirâmide com base alargada está cedendo lugar a uma pirâmide populacional com base mais estreita, caracterizando o envelhecimento na população brasileira.

Figura 1 - Pirâmides Etárias 1950, 2015 e 2050



Fonte: United Nations. World Population Aging. Highlights. 2015

O rápido crescimento da população idosa no Brasil originou desafios no mercado de trabalho e no desempenho econômico como: sobrecarga nos sistemas de proteção social ocasionado pela queda da relação entre o número das pessoas que contribui e o crescente aumento daquelas que se aposentam; com a urbanização, os jovens migraram para as cidades em busca de trabalho formal e, conseqüentemente, menos pessoas estão disponíveis para cuidar dos idosos; profissionais qualificados e demandas por serviços de saúde especializados são essenciais para atender às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2019; MIRANDA et al., 2016; OPAS, 2005). Com isso, deve ser levado em consideração a maior longevidade da população no que se refere ao planejamento da assistência à saúde, previdência e assistência social (IBGE, 2016).

O envelhecimento não significa doença, bem como a idade avançada não implica dependência, uma vida mais longa está associada a um bom nível de saúde (MIRANDA et al.,

2016; OMS, 2015). Considerar os desafios e as oportunidades geradas pelo envelhecimento populacional deve ser o melhor caminho para desfrutar o aumento da longevidade, que é uma das maiores conquistas da humanidade (UNFPA, 2012). A expectativa de vida mais longa confere um amplo potencial para o desenvolvimento humano, com a experiência e habilidade, assim, a população idosa constitui um recurso para as famílias, economia e sociedade (ILC-BRASIL, 2015).

É necessário ressaltar que a população idosa não consiste em um grupo homogêneo que se beneficia de políticas generalistas (UNFPA, 2012). Cada grupo (homens, mulheres, a idade mais avançada, população urbana ou rural) apresenta necessidades e interesses específicos que precisam ser tratados através de políticas e programas adequados a cada conjunto de indivíduos (UNFPA, 2012).

Considerando os desafios inerentes a uma sociedade que vive por longos anos, a abordagem do envelhecimento ativo propõe o desenvolvimento de programas e políticas no âmbito de ações sociais e de saúde, aprendizagem ao longo da vida e segurança, que visam planejar e preparar os indivíduos conforme às suas necessidades para a fase da velhice e garantir a qualidade de vida dos idosos (ILC-BRASIL, 2015).

2.2 ENVELHECIMENTO ATIVO

2.2.1 Conceitos

Ao longo da história, pessoas com idade mais avançada são, culturalmente, associadas à doença, dependência e aposentadoria (OPAS, 2005). Tais percepções e suposições são baseadas em estereótipos negativos (OMS, 2015) e crenças que rotulam o envelhecimento e o idoso no que tange à falta de saúde física, perda de funções vitais, dependência, incapacidade de enfrentar desafios, entre outros (CRESPO et al., 2022).

As políticas e programas tem o intuito de modificar este paradigma e, favorecer às pessoas trajetórias positivas no envelhecimento (OMS, 2015). Assim, tais políticas devem reforçar a participação social e contínua da população idosa (OMS, 2015).

Ao longo da história, foram construídas concepções positivas sobre o processo de envelhecimento humano, com o objetivo de promover a qualidade de vida e a valorização do idoso, são eles: bem-sucedido, produtivo, saudável e ativo (GONÇALVES, 2015). Frequentemente essas palavras são usadas como semelhantes, porém cada uma apresenta

significados e abordagens diferentes (GONÇALVES, 2015). Dentre estes, o envelhecimento ativo é amplamente utilizado por apresentar perspectiva mais abrangente em relação aos demais (ILC-BRASIL, 2015).

O envelhecimento bem-sucedido está relacionado aos fatores que permitem ao indivíduo promover um papel decisivo na própria saúde, relacionado aos aspectos físico e mental. É constituído por três concepções: baixo risco de doenças ou incapacidades; funcionamento físico e mental elevado e o desempenho de papéis remunerados e/ou sociais na vida (SIMÕES, 2006). Esse conceito traz a possibilidade de o envelhecimento ser compatível com uma vida saudável e, de acordo com o estilo de vida de cada indivíduo, tal processo seria diferente, contrariando ideias negativas de que envelhecer seria sinônimo de dependência (GONÇALVES, 2015).

O termo envelhecimento produtivo está relacionado às atividades lucrativas, centrado na geração de bens e serviços com destaque na atividade econômica (GONÇALVES, 2015). Este termo diverge das imagens negativas frágeis, dependentes e não rentáveis que, frequentemente são direcionadas às pessoas idosas (GONÇALVES, 2015).

A abordagem do envelhecimento saudável, definido como um “Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice (WHO, 2020, p.9)”, é baseada em todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se ao longo do tempo (capacidade intrínseca) e os ambientes nos quais estão inseridos e a interação entre eles (OMS, 2015; WHO, 2020). A promoção do envelhecimento saudável tem o objetivo de otimizar a capacidade funcional dos idosos (WHO, 2020).

A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) foi declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em dezembro do ano de 2020 (WHO, 2020). A principal estratégia é alcançar e apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades (WHO, 2020). Esta iniciativa global traz as pessoas idosas como centro do plano, que em dez anos, reúne esforços de governos, agências internacionais, profissionais, mídia, famílias e comunidades com o intuito de melhorar a vida das pessoas idosas (WHO, 2020).

O envelhecimento ativo é definido como: “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002, p. 12). De abrangência multidimensional, o conceito refere à participação da população em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas e, não somente, a abrangência em relação à atividade física ou econômica

(ILC-BRASIL, 2015). E, proporciona suporte para o desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e internacionais visando elevar os níveis de saúde e participação dos idosos, através do reconhecimento dos direitos humanos, princípios de independência, igualdade de oportunidades e tratamentos em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem (OPAS, 2005).

O envelhecimento ativo destina-se tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais e, contribui com que as pessoas percebam seu potencial para o bem-estar físico e mental ao longo da vida (ILC-BRASIL, 2015). Envelhecer de maneira ativa se aplica a todas as idades, inclusive idosos com alguma deficiência e que necessitam de cuidados, assim como aqueles que são saudáveis e ativos (ILC-BRASIL, 2015). O conceito deveria ser aplicado para todas as pessoas, a fim de que possam mudar seus estilos de vida e desfrutar de mais anos livres de incapacidades na velhice (TAREQUE et al., 2013).

Assim, o conceito de envelhecimento ativo definido pela OMS será utilizado nesta pesquisa, pelo fato de constituir oportunidades para a saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança, princípios que irão proporcionar bem-estar e a qualidade de vida aos idosos.

2.2.2 Política do Envelhecimento Ativo

A Política do Envelhecimento Ativo lançada em 2002, pela OMS, foi um marco político internacional e, tal concepção foi norteadada na II Assembleia Geral sobre o Envelhecimento que propiciou o desenvolvimento de políticas públicas (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015). A estrutura propõe um conjunto de princípios e planos de ação que promovam o envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015), cujo objetivo é “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OPAS, 2005 p. 13).

O Marco Político do envelhecimento ativo visa a abordagem de quatro pilares: saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida, sendo este introduzido posteriormente à formulação inicial, lançada em 2002 (ILC-BRASIL, 2015) na Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo, no ano de 2010 (KALACHE, 2013; ILC-BRASIL, 2015).

2.2.2.1 Saúde

A saúde é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 1948 p.1), porém este conceito está limitado aos aspectos orgânicos e a um estado de equilíbrio do indivíduo (LOURENÇO et al., 2012). A relação histórica, a influência social e a cultura também devem ser consideradas nas condições de saúde (LOURENÇO et al., 2012).

Na década de 80, o conceito de promoção da saúde traz nova perspectiva de abordagem à saúde pública. Na I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde foi elaborada Carta de Ottawa que apresenta a conceituação de promoção da saúde, “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986 p.1)”. A saúde é um conceito positivo e está associada a fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem tanto favorecer como prejudicar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2002).

Nesta perspectiva, o Brasil considera como determinantes e condicionantes de saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990 p.1). Assim, ao longo dos anos, o conceito de saúde foi construído associado aos aspectos básicos e essenciais para o desenvolvimento do ser humano (LOURENÇO et. al, 2012).

A melhora das condições de saúde da população e a redução das desigualdades com o objetivo de alcançar o pleno potencial de bem-estar no decorrer da vida está relacionada à meta do envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015). Dessa forma, quanto mais precoce adotar hábitos saudáveis, mais prolongados serão os benefícios expressos na ausência/controlar de doenças e maior capacidade funcional (ILC-BRASIL, 2015).

As pessoas desfrutam de maior longevidade e qualidade de vida quando situações de risco, sejam elas comportamentais e ambientais, de doenças crônicas e do declínio funcional são equilibrados com os fatores de proteção. Tais aspectos devem estar elevados, isto favorece com que as pessoas permaneçam sadias e capazes de cuidar da própria vida à medida que envelhecem (OPAS, 2005).

As ações propostas na política para a promoção do envelhecimento ativo no pilar saúde são: redução de doenças crônicas; políticas públicas que contemplam a melhoria das condições de saúde nos grupos populacionais pobres e marginalizados; prevenção e tratamento eficazes; qualidade de vida; alimentação saudável; saúde oral; desenvolvimento de serviços sociais e de saúde acessíveis que aborde as necessidades e os direitos da população no processo de envelhecimento (WHO, 2002; OPAS, 2005).

2.2.2.2 Aprendizagem ao longo da vida

O acesso à informação e a aprendizagem ao longo da vida são fundamentais para envelhecer ativamente, além de favorecer a empregabilidade e promover o bem-estar (ILC-BRASIL, 2015). Pessoas informadas contribuem para a competitividade econômica, maior segurança pessoal e participação social (ILC-BRASIL, 2015).

A necessidade do aprendizado é constante e variada no decorrer da vida, podendo ser formal, através da aquisição de conhecimento da escola e do desenvolvimento profissional; como informal, adquirida com experiências de vida, em casa e nas atividades de lazer (ILC-BRASIL, 2015).

As ações direcionadas a este pilar abrange o acesso à informação de qualidade; oportunidade de educação; alfabetização para a saúde e o autocuidado (KALACHE, 2013; ILC-BRASIL, 2015).

2.2.2.3 Participação

O terceiro pilar envolve aspectos que dão significado a vida e promove sentimento de pertencimento e realização, como engajamento em causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual e/ou espiritual (ILC-BRASIL, 2015). A participação dos idosos em diferentes espaços, conforme seus direitos, capacidades e preferências, favorece a contribuição contínua, para a sociedade, com atividades remuneradas ou voluntárias ao longo da vida (OPAS, 2005).

Há evidências na literatura científica dos resultados positivos da participação social na saúde física (TOMIOKA et al., 2017a) e mental (CHIAO et al., 2011; AMAGASA et al., 2017). Promover o envolvimento dos idosos na comunidade é uma estratégia eficaz para o envelhecimento mental saudável (AMAGASA et al., 2017). A melhora da autoestima, o

sentimento de pertencimento e o propósito de vida são benefícios verificados em idosos que participam de atividades sociais (TOMIOKA et al., 2017b).

As ações que abrangem este pilar são atividades que permitem a participação de idosos em trabalhos formais e informais; voluntariado de acordo com as necessidades individuais; preferências e capacidades; incentivo da participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária (WHO, 2002; OPAS, 2005).

2.2.2.4 Segurança

A segurança é fundamental para as necessidades humanas, na sua ausência não é possível envelhecer ativamente (ILC-BRASIL, 2015).

As necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira devem ser oferecidos através de políticas e programas públicos. Dessa maneira, a proteção, dignidade e assistência às pessoas mais velhas ficam asseguradas, garantindo também auxílio às famílias e comunidades nos cuidados prestados (OPAS, 2005).

A política do envelhecimento ativo propõe um suporte de segurança social aos idosos, principalmente aqueles que são vulneráveis, com a finalidade de fornecer uma fonte de renda estável adequada durante a idade avançada (ILC-BRASIL, 2015).

2.2.3 Determinantes do Envelhecimento Ativo

Com o propósito de apontar os diversos fatores que determinam o Envelhecimento Ativo, a OMS divulgou um conjunto de fatores que estão intimamente relacionados (Figura 2) (ILC - BRASIL, 2015). Os determinantes são: comportamentais; pessoais; ambiente físico; sociais; econômicos e serviços sociais e de saúde (WHO, 2002).

Figura 2 - Determinantes do Envelhecimento Ativo



Fonte: Organização Mundial da Saúde, OMS, 2002

A cultura e o gênero são considerados determinantes transversais (WHO, 2002). Os valores culturais e tradições determinam como uma sociedade considera os idosos e o processo de envelhecimento (OPAS, 2005). A influência cultural está em todos os aspectos da vida: hábitos alimentares, como percebem o corpo e as práticas que usam para manter a saúde e tratar doenças (ILC - BRASIL, 2015). O gênero possui efeito sobre o bem-estar dos idosos (WHO, 2002). O papel tradicional de mulheres responsáveis por cuidados com a família pode contribuir com o aumento da pobreza e de problemas com a saúde, à medida que envelhecem. Já os homens estão suscetíveis à violência e riscos ocupacionais por assumir comportamentos de maior risco de lesões e consumo de bebidas alcoólicas e drogas (OPAS, 2005).

Os determinantes comportamentais estão relacionados ao cuidado com a própria saúde, sendo condutas individuais e decisões pessoais. Dessa forma, em qualquer fase da vida é possível adotar um estilo saudável, ao considerar a abstenção do tabaco e álcool, alimentação saudável, prática de atividade física, qualidade do sono, consultas com profissionais de saúde, rastreio e tratamento de doenças, dentre outros (ILC - BRASIL, 2015). Embora o estilo de vida sedentário e ausência de exercícios físicos regulares trazerem prejuízos à saúde dos indivíduos independentemente da idade, pesquisas demonstram que tais comportamentos ainda são predominantes (HIRAGRA et al., 2017; PEREIRA et al., 2019).

Pesquisa realizada com idosos em uma cidade do nordeste concluiu que para aquela população, a qualidade de vida do idoso associou-se aos hábitos comportamentais, incluindo o baixo consumo de álcool e cigarro (FREIRE et al., 2017). As pessoas envelhecem da mesma maneira como vivem, mas hábitos ou comportamentos são condutas que podem ser modificadas, isto, dependerá da motivação para a mudança saudável, do suporte e acesso aos serviços de saúde (VICENTE; SANTOS, 2013).

Os determinantes pessoais envolvem aspectos biológicos e genéticos, além da capacidade cognitiva e fatores psicológicos (ILC - BRASIL, 2015). Dessa forma, o envelhecimento é o conjunto de processos determinados geneticamente, que abrange a influência da hereditariedade no declínio cognitivo e no aparecimento de doenças (OPAS, 2005). A trajetória de saúde e doença do ser humano é o resultado de uma combinação genética, estilo de vida e do ambiente em que está inserido (OPAS, 2005).

Os determinantes referentes ao ambiente físico correspondem à diferença entre dependência e independência para as pessoas, especialmente para aquelas na fase da velhice. Serviços de transporte públicos acessíveis; água limpa; ar puro; moradia segura; acesso à alimentação saudável, ambiente livre de barreiras físicas que podem ocasionar quedas e espaços públicos ao ar livre favorecem o ambiente seguro ao idoso e, conseqüentemente protegem contra condições incapacitantes (ILC - BRASIL, 2015). Ambientes favoráveis são necessários no domicílio e na comunidade com a finalidade de apoiar as necessidades e fortalecer habilidades para a promoção do bem-estar dos idosos (WHO, 2020).

Visando a promoção de espaços saudáveis, a OMS desenvolveu um Guia Global direcionado ao ambiente apropriado aos idosos, possibilitando assim o envelhecimento ativo (OMS, 2007). Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas é um local adaptado, onde serviços e estruturas físicas são mais inclusivas e receptivas às necessidades da população para a melhora da qualidade de vida à medida que envelhece (OMS, 2007). O ambiente externo exerce um impacto fundamental sobre a mobilidade, independência e a qualidade de vida da população idosa (OMS, 2007). Espaço agradável e limpo, áreas verdes, acessibilidade e transporte são fatores contribuintes para o envelhecimento ativo (OMS, 2007).

Os determinantes sociais envolvem aprendizagem permanente, oportunidades de educação, o apoio social, combate à violência e maus-tratos, que são essenciais para propiciar a saúde, participação e a segurança à medida que as pessoas envelhecem (OPAS, 2005; ILC - BRASIL, 2015). A educação combinada com oportunidades de aprendizagem pode auxiliar as

peças a desenvolverem habilidades e confiança, com a finalidade de se adaptarem e permanecerem independentes à medida que envelhecem (OPAS, 2005).

O isolamento social e a solidão na velhice estão relacionados ao declínio da saúde tanto física quanto mental (OPAS, 2005). A interação social do idoso coopera para a valorização, exercício da cidadania e inserção em grupos de convivência, uma vez que os idosos passam a conviver com pessoas externas ao seu ambiente familiar, permitindo-lhes experienciar novos saberes (MIRA et al., 2019).

Idosos são percebidos como indivíduos fragilizados e debilitados diante da sociedade, e assim, são alvo de maus tratos, inclusive de familiares (OPAS, 2005; ILC - BRASIL, 2015). O combate à violência e maus-tratos que incluem abusos físico; sexual; psicológico; financeiro, negligência aos idosos, demanda abordagem multisetorial e esforços para aumentar a consciência social sobre esses problemas, envolvendo mudanças de valores sociais e atitudes de preconceito (OPAS, 2005; ILC - BRASIL, 2015).

O determinante econômico, também considerado no envelhecimento ativo, afeta diretamente o acesso aos alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados com a saúde (ILC - BRASIL, 2015; OPAS, 2005). Além disto, altas taxas de desemprego representam risco à segurança econômica, à saúde e ao bem-estar pessoal (ILC - BRASIL, 2015). Pessoas desempregadas tem pior qualidade do sono e no funcionamento físico e mental (ILC - BRASIL, 2015). Por sua vez, o emprego e as condições de trabalho favorecem a renda adequada, bem como as oportunidades de aprendizagem, acesso às redes sociais e benefícios psicológicos (ILC - BRASIL, 2015).

Estudo realizado em Campinas identificou que idosos com maior escolaridade e renda tem mais acesso às atividades associadas a melhor estado de saúde e bem-estar, tal qual atividades da dimensão social, como as físicas, de lazer e intelectuais (SOUZA et al., 2021).

O determinante serviços sociais e de saúde visa promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso a cuidados primários e de longo prazo (WHO, 2002). Profissionais da saúde, principalmente aqueles que trabalham nas unidades básicas, devem desenvolvem atividades que estejam de acordo com as necessidades dos idosos, buscando ações educativas e de atenção à saúde que os façam exercer sua autonomia (FREIRE et al., 2017). As ações para promover estilo de vida saudável; prevenção e o tratamento de doenças crônicas e lesões; medicamentos e cuidadores formais e/ou informais precisam ser acessíveis, igualitárias e bem coordenadas

para promover o envelhecimento ativo ao idoso (WHO, 2002). Tais condições são realizáveis e sustentáveis quando estão articulados aos demais determinantes (ILC - BRASIL, 2015).

Os determinantes do envelhecimento ativo podem interferir no processo de envelhecimento humano tanto em âmbito individual quanto coletivamente, pois é uma interação dinâmica de fatores que ocorre durante toda a vida, entre risco e proteção na pessoa e no ambiente e, de forma simultânea, cada um interfere individualmente (ILC - BRASIL, 2015).

Considerando o envelhecimento populacional e as demandas para atender aos idosos, emerge a necessidade de construir uma medida, pautada em evidência científica, que subsidie a elaboração de políticas públicas (ZAIDI et al., 2013). A seleção entre índices ou indicadores demanda um propósito definido e a aplicabilidade adequada à realidade de interesse (SESI, 2010). Nesta perspectiva, este estudo tem como objeto a construção do índice de envelhecimento ativo.

2.3 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES DE SAÚDE COMPOSTOS

“Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” (OPAS, 2008, p.13). A partir dos indicadores é possível mensurar e avaliar as informações produzidas (OPAS, 2008). Uma medida de excelência deve mensurar a validade, que consiste na capacidade de medir o que se pretende, e a confiabilidade, isto é, a capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando submetido a condições similares (OPAS, 2008). Assim, os indicadores aumentam as chances de tomada de decisão precisa e de potencializar o uso dos recursos disponíveis (SESI, 2010).

Três dimensões podem avaliar a qualidade da assistência à saúde, a saber: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988). A estrutura relaciona-se às características do ambiente em que o cuidado acontece, como instalações, recursos materiais e humanos, equipamentos, dentre outros; o processo configura o que é realmente realizado no cuidado ao indivíduo, como diagnóstico e implementação do tratamento (DONABEDIAN, 1988). Por fim, o resultado refere-se ao efeito do cuidado sobre o estado de saúde das populações, bem como mudanças no comportamento e o grau de satisfação do paciente com o atendimento

(DONABEDIAN, 1988). Diante disso, os indicadores de envelhecimento ativo construídos nesta pesquisa são baseados em indicadores de resultado, apontando a situação atual dos idosos.

Ao considerar os atributos que um indicador de saúde deve possuir, a OPAS (2018) destaca critérios relevantes: *Mensurabilidade e viabilidade*, refere à disponibilidade de dados para mensurar o indicador, clareza no cálculo e coleta das informações; *Validade*, diz respeito à capacidade do indicador mensurar o que se pretende medir, às fontes de dados utilizadas e o método de cálculo; *Oportunidade*, entende-se por oportunidade o momento em que se precisa do indicador para tomada de decisões em relação à saúde, relaciona a capacidade de coleta e notificação em tempo hábil; *Reprodutibilidade*, quando não existe um viés por parte do observador, dos instrumentos de mensuração ou fonte de dados; *Sustentabilidade*, refere-se à existência de condições necessárias para a estimativa contínua, como condições locais para manter as fontes de dados, manutenção da capacidade técnica e vontade política para estimar o indicador; *Pertinência e Relevância*, é a capacidade de proporcionar informação adequada e útil para nortear as políticas e programas de saúde assim como a tomada de decisão; *Compreensibilidade*, a medida precisa ser compreendida pelos responsáveis por executar ações e tomadas de decisão.

Os indicadores têm um papel fundamental ao converter dados em informações relevantes para os responsáveis pela tomada de decisão em saúde pública (OPAS, 2018).

O *National Quality Forum* apresenta critérios para avaliação dos indicadores de saúde: *Importância de medir e relatar* (a medida deve ser baseada em evidências, no qual é importante para estabelecer ganhos nos cuidados com a saúde); *Aceitabilidade científica* (obter resultados confiáveis e válidos quando implementada a medida); *Viabilidade* (disponibilidade de mensuração dos dados); *Utilidade e uso* (garantir que consumidores, compradores, formuladores de política possam compreender os resultados da medida para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e tomada de decisões (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013).

A qualidade geral depende de aspectos relacionados às características dos dados utilizados para construir o indicador e a solidez dos procedimentos utilizados na construção e divulgação da medida (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008). Cuidados em relação à coleta dos dados devem ser levados em consideração, como a padronização e treinamento dos entrevistadores, ética em relação à pesquisa científica e a qualidade dos registros. Outra questão é o período de referência, que

precisa ser claramente especificado ao divulgar ou interpretar, principalmente para que possam ser realizadas comparações (OPAS, 2018).

Quando a operacionalização e a definição apresentam um conceito multidimensional, envolvendo mais de uma variável, sugere-se o uso de índices ou indicadores compostos (SESI, 2010). O indicador composto (conjunto de indicadores) objetiva produzir evidência com base empírica para identificar as maiores necessidades de saúde, o risco epidemiológico e evidenciar áreas a serem exploradas (OPAS, 2008; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008). Dessa maneira, é uma referência com a finalidade de estabelecer políticas e prioridades voltadas às necessidades da população (OPAS, 2008).

Vantagens dos indicadores compostos são descritos na literatura científica a saber, possibilidade de resumir realidades complexas e multidimensionais; são mais fáceis de interpretar do que um conjunto de indicadores separados; avaliar o progresso dos países ao longo do tempo; possibilita colocar questões de desempenho do país e de progresso no centro de discussões políticas, com isso facilita a comunicação com o público em geral, como mídias e cidadãos (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008).

O índice (ou indicador composto) é definido pela “combinação de diversas variáveis que sintetizam um conceito abstrato complexo, em um único valor, para facilitar a comparação entre localidades e grupos distintos, possibilitando a criação de rankings e pontos de corte para apoiar a definição de, por exemplo, políticas, investimentos e ações comuns” (SESI, 2010 p. 11). Com base em um modelo pressuposto, mensura conceitos dimensionais que não são capturados por uma única medida (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008).

O índice pode ser construído para uso em um único período, sem necessidade de um primeiro monitoramento e da interpretação de sua variação. Com isso, fornecem a compreensão e comparação de determinado fenômeno social ao longo do tempo e em diferentes regiões geográficas (SESI, 2010).

O Índice de Envelhecimento Ativo é uma ferramenta analítica que objetiva mobilizar o potencial das pessoas idosas para a participação mais ativa no emprego, na vida social e a busca por independência (ZAIDI et al., 2013).

O estudo inicial do Índice de Envelhecimento Ativo abrangeu 28 países da União Europeia (ZAIDI et al., 2013; ZAIDI; STANTON, 2015) e foi utilizado como referencial teórico, a política de Envelhecimento Ativo da OMS (2002). O método utilizado para o desenvolvimento do índice é composto por 22 indicadores combinados em quatro domínios, a saber: emprego; participação na sociedade; vida independente, saudável e segura e ambiente favorável ao envelhecimento ativo (Figura 3). Os três primeiros domínios representam as atividades que os idosos estão envolvidos, enquanto o último, reflete condições que o estado e a sociedade proporcionam para o desenvolvimento do envelhecimento ativo (ZAIDI et al., 2013; ZAIDI; STANTON, 2015).

Os indicadores empregados para o domínio Emprego foram a Taxa de Emprego em 4 faixas etárias, distribuídas com intervalos de 5 anos, iniciando aos 55 e finalizando aos 74 anos. O domínio Participação na Sociedade engloba indicadores relacionados às atividades voluntárias, cuidados dos filhos, netos adultos idosos e participação política. O terceiro domínio Vida Independente, Saudável e Segura inclui exercício físico, acesso a cuidados de saúde, vida independente, segurança financeira, segurança física e aprendizagem ao longo da vida. O último domínio Ambiente Favorável ao Envelhecimento Ativo engloba a expectativa de vida remanescente aos 55 anos, proporção de anos de vida saudável aos 55 anos, bem-estar psicológico, uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), vínculos sociais e grau de instrução alcançado (UNECE, 2019).

Quadro 1 - Estudos que construíram e validaram o Índice de Envelhecimento Ativo, publicados no mês de janeiro de 2011 a janeiro de 2021.

Autores/ Ano/ Local	Objetivo	Idade	Método	Domínio, Indicadores e pesos	Principais resultados/conclusão
<p>ZAI, A.; GASIOR, K.; ZOLYOMI, E. et al., 2017.</p> <p>28 Estados-Membros da União Europeia</p>	<p>Construir uma medida composta de envelhecimento ativo e saudável para os países da União Europeia</p>	<p>≥55 anos</p>	<p>As etapas foram:</p> <p>-Seleção dos domínios que emergiram da Conferência sobre Envelhecimento da Comissão Econômica das Nações Unidas; Seleção e especificação de indicadores considerando requisitos como atualidade, replicabilidade, comparabilidade, fácil compreensão, foco em resultados e cobertura geográfica. Decisões sobre a escolha dos domínios, dos indicadores e pesos foram tomadas com base no parecer do Grupo de Especialistas do índice, composto por acadêmicos, estatísticos e representantes de organizações internacionais como Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Comissão Europeia, Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa e AGE Platform Europe como representantes dos idosos.</p> <p>Para o cálculo do índice: soma ponderada dos quatro índices específicos de cada domínio, que corresponde a soma ponderada dos indicadores que compõem o respectivo domínio. Os indicadores variam de 0 (resultado menos positivo em termos de envelhecimento ativo) a 100 (melhor resultado possível). Os valores de AAI de cada país calculados mostram até que ponto os idosos são capazes de participar na economia e sociedade.</p>	<p>Domínio: Emprego (35%), indicadores: Taxa de emprego de 55 a 59 anos (25%); Taxa de emprego de 60 a 64 anos (25%); Taxa de emprego de 65 a 69 anos (25%); Taxa de emprego de 70 a 74 anos (25%). Domínio: Participação na sociedade (35%), indicadores: Atividades voluntárias (25%); Cuidar dos filhos e dos netos (25%); Cuidar de adultos idosos (25%); Participação política (20%). Domínio: Vida independente, saudável e segura (10%), indicadores: Exercício físico, 55 anos ou mais (10%); Acesso à saúde e atendimento odontológico, 55 anos ou mais (20%); Arranjos de vida independente, 75 anos ou mais (20%); Rendimento médio relativo, 65 anos ou mais (10%); Sem risco de pobreza, 65 anos ou mais (10%); Sem privação material severa, 65 anos ou mais (10%); Segurança física, 55 anos ou mais (10%); Aprendizagem ao longo da vida, 55 a 74 anos (10%). Domínio: Ambiente favorável para o envelhecimento ativo (20%), indicadores: Expectativa de vida remanescente aos 55 anos (33%); Proporção de anos de vida saudável aos 55 anos (23%); Bem-estar mental, 55 anos ou mais (17%); Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação, 55 a 74 anos (7%); Vínculos sociais, 55 anos ou mais (13%); Grau de instrução alcançado (7%).</p>	<p>A ferramenta mostra a posição relativa dos países da União Europeia em relação ao potencial inexplorado dos idosos em vários aspectos do envelhecimento ativo e saudável. A abordagem usada no cálculo do índice é reconhecidamente arbitrária, mas sua clareza aumenta o valor da informação e compreensão do índice.</p>
<p>HSU, H.C.; LIANG, J.; LUH, D.L. et al., 2019.</p> <p>Taiwan</p>	<p>Construir o Índice de Envelhecimento Ativo de Taiwan (TAAI) com base no Índice de Envelhecimento Ativo da União Europeia considerando as características culturais e específicas de Taiwan e comparar o</p>	<p>≥55 anos</p>	<p>-Revisão da literatura sobre o índice de envelhecimento ativo e elaborado pelos autores uma estrutura de indicadores de envelhecimento ativo para Taiwan.</p> <p>Na primeira etapa: 25 especialistas para o Método Delphi modificado foram convidados a avaliar cada indicador quanto relevância, precisão, confiabilidade, sensibilidade à política e a fornecer comentários e sugestões.</p> <p>-Reunião com 6 especialistas (representantes da indústria, do trabalho social, gerontologia ambiental, cuidados a longo prazo e habitação para idosos).</p> <p>Grupo focal com seis idosos selecionados para representar diferentes sexos, grupos etários e nível educacional, foi realizado para coleta de opiniões. Em seguida, com base nas opiniões coletadas da primeira rodada do método Delphi, da reunião de especialistas e do grupo focal, foi aplicada a segunda</p>	<p>Domínio: Emprego (28%), indicadores: Taxa de emprego de 55 a 59 anos; Taxa de emprego de 60 a 64 anos; Taxa de emprego de 65 a 69 anos; Taxa de emprego de 70 a 74 anos (25%). Domínio: Participação na sociedade (25%), indicadores: Atividades voluntárias; Cuidar dos filhos e dos netos; Cuidar de adultos idosos; Participação política, Participação em outros grupos sociais, pelo menos uma vez por mês. Domínio: Vida independente, saudável e segura (24%), indicadores: Exercício físico, 55 anos ou mais; Acesso à saúde e atendimento odontológico, 55 anos ou mais; Arranjos de vida independente, 75 anos ou mais; Rendimento médio relativo, 65 anos ou mais; Sem risco de pobreza, 65 anos ou mais; Ausência de privação material grave para idosos, 65 anos ou mais; Segurança física e volência 55 anos ou mais; Aprendizagem ao longo da vida, 55 a 74 anos, Independência da função física; Sem comprometimento</p>	<p>Construído o Índice de Envelhecimento Ativo de Taiwan e novos indicadores foram adicionados com base na avaliação dos especialistas. Os pesos do índice de Taiwan foram calculados com a avaliação dos especialistas nos quatro domínios com característica semelhante. Considerando a aplicabilidade e simplicidade ao nível das políticas, os autores sugeriram que os quatro domínios tenham igual peso (25%) e que todos os</p>

	resultado com os 28 países da União Europeia.		<p>rodada do método Delphi. Os participantes foram solicitados a pontuar os indicadores nos quatro domínios na segunda rodada. Os critérios básicos para manter os indicadores foram relevância, acurácia, confiabilidade e a definição dos indicadores para comparação internacional. As opiniões dos representantes idosos e do grupo de especialistas foram consideradas na decisão final. Os especialistas do método Delphi também foram solicitados a ponderar os quatro domínios do índice de Taiwan e os pesos relativos dos indicadores dentro de cada domínio. O processo analítico hierárquico foi aplicado para calcular os pesos relativos dos domínios e dos indicadores.</p> <p>Os indicadores do índice de Taiwan foram testados em 151 pessoas por amostragem intencional em áreas rurais e urbanas entre homens e mulheres de diferentes faixas etárias e níveis educacionais. Três especialistas avaliaram a validade de face, confiabilidade e a consistência interna nos dados do pré-teste. Após a coleta dos dados do pré-teste, os dados disponíveis sobre os mesmos indicadores de outros estudos foram comparados para examinar a realidade contextual.</p> <p>Os indicadores foram revistos de acordo com a etapa do pré-teste e uma pesquisa maior foi realizada para testar os indicadores de envelhecimento ativo das quatro regiões geográficas de Taiwan, sendo selecionadas uma cidade de cada região. O método de amostragem foi baseado em sistema de cadastro e idosos que residiam nos distritos selecionados.</p>	<p>cognitivo grave; Sem sintomas depressivos; Utilização de prevenção primária; Segurança física (de acidentes/lesão). Domínio: Ambiente favorável para o envelhecimento ativo (23%), indicadores: Expectativa de vida remanescente aos 55 anos; Proporção de anos de vida saudável aos 55 anos; Bem-estar mental, 55 anos ou mais; Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação, 55 a 74 anos; Vínculos sociais, 55 anos ou mais; Grau de instrução alcançado; Acessibilidade ao transporte; Conveniência do transporte; Espaço livre de barreiras; Integração social; Respeito social.</p>	pesos dos indicadores dentro de cada domínio sejam iguais.
<p>PHAM, T.V.; CHEN, Y.M.; DUONG, T.V. et al., 2019.</p> <p>Vietnã</p>	Adaptar e validar a versão vietnamita do Índice de Envelhecimento Ativo	≥55 anos	<p>O método de validação baseado nas Diretrizes para o Processo de Adaptação Transcultural de Medidas de Autorrelato de <i>Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz</i>. O processo de adaptação e validação incluiu tradução, painel de especialistas, entrevistas com grupos focais, teste-reteste, teste de consistência interna, validade de construto e concorrente.</p> <p>A etapa de tradução, dois especialistas bilíngues independentes traduziram o índice europeu do inglês para o vietnamita. Foram combinadas as duas traduções em uma única versão. Depois disso, dois outros tradutores independentes traduziram o vietnamita de volta para o inglês. Posteriormente, foi enviada a versão inglesa do índice europeu retrotraduzida a especialistas da União Europeia para confirmar a equivalência. O Índice de Envelhecimento Ativo Vietnamita Versão 1 (VAAI_V1) foi gerado nesta fase.</p>	<p>Domínio: Emprego (25%), com os indicadores, Taxa de emprego para a faixa etária de 55-59 anos (25%); Taxa de emprego para a faixa etária de 60-64 anos (25%); Taxa de emprego para a faixa etária de 65-69 anos (25%); Taxa de emprego para a faixa etária de 70-74 anos (25%). Domínio: Participação Social (25%), com os indicadores, Atividades voluntárias: porcentagem da população com 55 anos ou mais (25%); Porcentagem da população com 55 anos e mais velhos cuidando de seus filhos ou netos pelo menos uma vez por semana (25%); porcentagem da população com 55 anos ou mais que prestam cuidados a parentes idosos ou deficientes pelo menos uma vez por semana (30%); porcentagem da população com 55 anos ou mais participando de atividades políticas (20%). Domínio: Vida independente, saudável e segura (25%), com os indicadores, porcentagem de pessoas com 55 anos ou mais que realizam exercício físico ou esporte pelo menos 3 dias por</p>	<p>Adaptado e validado a versão vietnamita do índice de envelhecimento ativo.</p> <p>-Empregado o limite de pobreza do Vietnã e utilizado dois indicadores ao invés de três para medir a segurança financeira.</p> <p>-Redistribuído o peso do indicador para 15% para cada um. Classificação de ser fisicamente ativo fosse baseada em uma menor frequência de exercícios, como 3 dias ou mais em 1 semana. Para o indicador</p>

		<p>A validade de conteúdo foi examinada através de um painel de discussão de seis especialistas para avaliar a relevância dos domínios e indicadores VAAI_V1, adaptar a o índice europeu à cultura vietnamita e adicionar novos indicadores, se apropriado.</p> <p>O painel de especialistas incluiu um especialista em enfermagem gerontológica, um em enfermagem em saúde comunitária, um em enfermagem administrativa e três em saúde pública. Os especialistas foram solicitados a avaliar se os domínios, indicadores e questões de medição de indicadores do índice eram relevantes para: avaliar o envelhecimento ativo em geral; os propósitos de medição pretendidos; e cultura vietnamita atual. Em seguida, foi realizada uma discussão aberta sobre quais indicadores e questões deveriam ser removidos, acrescentados e/ou modificados.</p> <p>Além de obter as perspectivas dos especialistas, foi realizada duas discussões de grupos focais para obter as perspectivas dos idosos sobre os domínios e indicadores do índice. Cada grupo foi composto por 10 pessoas com idade entre 55 e 91 anos, com distribuição igualitária de gênero e zona rural e urbana.</p> <p>O VAAI versão 2 foi gerado após a síntese de opiniões de especialistas e idosos.</p> <p>A próxima fase consistiu na confiabilidade teste reteste do VAAI_V2 por meio do cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (ICC). 40 idosos vietnamitas com 55 anos ou mais de idade participaram do teste reteste em um intervalo de 2 semanas. O VAAI_V3 foi produzido no final desta fase.</p> <p>Para a avaliação da consistência interna, validade de construto e validade concorrente, foi realizada uma pesquisa de campo com 804 pessoas de 55 anos ou mais de idade residentes em duas províncias convenientemente selecionadas, Thai Nguyen no Norte do Vietnã e Hue na região central utilizando o VAAI_V3.</p>	<p>semana (10%); porcentagem da população com 55 anos e idosos que relatam nenhuma necessidade não atendida de exame médico ou odontológico (20%); porcentagem de pessoas com 75 anos que vivem em famílias monoparentais ou com cônjuge (20%); Renda média relativa (sem dados disponíveis); porcentagem de pessoas com 65 anos ou idosos que não correm risco de pobreza usando o limite de pobreza fornecido pelo governo vietnamita em 2015 (10%); porcentagem de pessoas com idade 65 anos ou mais sem privação materialmente grave (10%); porcentagem de pessoas com 55 anos ou mais que se sentem seguras ao caminhar após o anoitecer na sua área local (10%); porcentagem de pessoas mais velhas com idade entre 55-74 que receberam educação ou treinamento nas 4 semanas anteriores à pesquisa (10%).</p> <p>Domínio: Capacidade e ambiente favorável para o envelhecimento ativo (25%), com os indicadores Expectativa de vida remanescente aos 55 anos ou mais, como uma parte do objetivo de 50 anos, utilizando a tabela de vida da OMS para o Vietnã 2016 (33%); porcentagem de anos de vida saudável aos 55 anos (23%); Porcentagem de adultos mais velhos que tiveram bem-estar mental positivo sendo (para a população mais velha com 55 anos ou mais, usando a mensuração CID-10 da OMS) (17%); porcentagem de adultos mais velhos com idade entre 55-74 que usaram a internet em pelo menos menos uma vez por semana (13%); porcentagem de pessoas mais velhas 55-74 com conclusão do ensino médio ou superior (7%).</p>	<p>“Acesso à saúde e atendimento odontológico” argumentaram que os cuidados médicos e odontológicos não deveriam ser entendidos separadamente no contexto do Vietnã e a frase “Acesso a exames e tratamento médicos” foi sugerida. O indicador “Grau de instrução alcançado” de “ensino médio ou superior” para “nível fundamental ou superior” para levar em conta os muitos idosos que alcançaram baixa escolaridade, especialmente durante o período da Guerra do Vietnã. Adição de perguntas e indicadores foi sugerida, incluir “Fazer Trabalho Doméstico” por concordarem que os idosos vietnamitas normalmente realizam esse tipo de atividade em casa. Em relação ao indicador “Vida Independente”, os especialistas debateram sobre a questão dos idosos vietnamitas que geralmente vivem com seus filhos ou netos não significa que eles não sejam capazes de viver de forma independente. Por isso, recomendaram acrescentar outra pergunta: “Se você estivesse separado de seus filhos/netos, você conseguiria viver em dependência?”. No indicador “Aprendizagem ao longo da vida”, os especialistas argumentaram que os idosos podem receber conhecimento de diferentes fontes, como internet ou televisão, por isso foi acrescentado as perguntas</p>
--	--	---	--	--

					sobre assistir programas de televisão e cursos/aulas online.
UM, J.; ZAIDI, A.; CHOI, S.J., 2019. Coreia	Relatar o desenvolvimento da Índice de Envelhecimento para a Coreia	≥55 anos	Com ajustes e a disponibilidade de dados da Coreia foram computados os indicadores para os quatro domínios do índice de envelhecimento ativo, com a finalidade de que o índice coreano pudesse capturar o mesmo fenômeno possível com os indicadores usados para os países europeus. Para construir os 22 indicadores de envelhecimento ativo, foram extraídos dados de três pesquisas (Estudo Longitudinal do Envelhecimento da Coreia; Estudo Coreano de Aposentadoria e Renda; Levantamento das Condições de Vida e Necessidades de Bem-Estar dos Coreanos Idosos) e relatórios estatísticos de organizações nacionais (Serviço de Informação Estatística da Coreia) e internacionais (OMS, Organização das Nações Unidas e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Todos os indicadores utilizados têm 2014 como ano de referência (exceto para “Expectativa de Vida Restante aos 60 anos” (2012), “Uso de Tecnologia da Informação e Comunicação” e “Vida Independente” (2015).	Domínio: Emprego (35%) , indicadores: Taxa de emprego de 55 a 59 anos (25%); Taxa de emprego de 60 a 64 anos (25%); Taxa de emprego de 65 a 69 anos (25%); Taxa de emprego de 70 a 74 anos (25%). Domínio: Participação na sociedade (35%) , indicadores: Atividades voluntárias (25%); Cuidar dos filhos e dos netos (25%); Cuidar de adultos idosos (25%); Participação política (20%). Domínio: Vida independente, saudável e segura (10%) , indicadores: Exercício físico, 55 anos ou mais (10%); Acesso à saúde e atendimento odontológico, 55 anos ou mais (20%); Arranjos de vida independente, 75 anos ou mais (20%); Rendimento médio relativo, 65 anos ou mais (10%); Sem risco de pobreza, 65 anos ou mais (10%); Sem privação material severa, 65 anos ou mais (10%); Segurança física, 55 anos ou mais (10%); Aprendizagem ao longo da vida, 55 a 74 anos (10%). Domínio: Ambiente favorável para o envelhecimento ativo (20%) , indicadores: Expectativa de vida remanescente aos 55 anos (33%); Proporção de anos de vida saudável aos 55 anos (23%); Bem-estar mental, 55 anos ou mais (17%); Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação, 55 a 74 anos (7%); Vínculos sociais, 55 anos ou mais (13%); Grau de instrução alcançado (7%).	A replicabilidade do índice europeu para a Coreia necessita de cautela, pois os métodos e definições de pesquisa usados variam daqueles dos países europeus. Os índices gerais para homem e mulher foram calculados separadamente. Os resultados do índice coreano mostram que o domínio emprego foi aquele que mais contribuiu para índice de envelhecimento ativo coreano, justifica-se por um sistema de pensões do país ser incipiente, então os idosos precisam trabalhar por mais tempo. Os autores sugerem um estudo aprofundado para o desenvolvimento de indicadores de envelhecimento ativo que considerem as características culturais da população idosa coreana.
PHAM, T.V.; HSU, H.C.; ZAIDI, A. et al., 2020. Vietnã	Construir o Índice de Envelhecimento Ativo para o Vietnã e comparar o AAI do Vietnã com os da China, Coreia, Taiwan e 28 países da União Europeia.	≥55 anos	Amostragem em múltiplos estágios foi usada neste estudo. Primeiro, três províncias foram selecionadas para representar as regiões norte, central e sul do Vietnã. A amostragem, estratificada por residência, sexo e idade, foi usada para selecionar cerca de 400 idosos por província. O questionário utilizado incluiu variáveis demográficas e o índice de envelhecimento ativo europeu. O índice do Vietnã foi desenvolvido por um processo que incluiu um painel de seis especialistas, dois grupos focais de 20 idosos, um teste – reteste de 40 pessoas, um teste de consistência interna e um teste piloto com 804 idosos vietnamitas. The VAAI foi adaptado culturalmente através destes processos. O questionário utilizado incluiu variáveis demográficas e os indicadores do índice de envelhecimento ativo europeu. Para a construção dos 22 indicadores, incluiu um painel de seis	Domínio: Emprego (25%) , com os indicadores, Taxa de emprego para a faixa etária de 55-59 anos (25%); Taxa de emprego para a faixa etária de 60-64 anos (25%); Taxa de emprego para a faixa etária de 65-69 anos (25%); Taxa de emprego para a faixa etária de 70-74 anos (25%). Domínio: Participação Social (25%) , com os indicadores, Atividades voluntárias: porcentagem da população com 55 anos ou mais (25%); Porcentagem da população com 55 anos e mais velhos cuidando de seus filhos ou netos pelo menos uma vez por semana (25%); porcentagem da população com 55 anos ou mais que prestam cuidados a parentes idosos ou deficientes pelo menos uma vez por semana (30%); porcentagem da população com 55 anos ou mais participando de atividades políticas (20%). Domínio: Vida independente, saudável e segura (25%) , com os indicadores, porcentagem de pessoas com 55 anos ou mais que	Estudo utilizou dados de um único ano, o que não é sustentável para monitorizar o impacto da política sobre questões de envelhecimento ao longo do tempo. Sugestão para próximas pesquisas: inclusão de novos indicadores que refletem o contexto vietnamita, tais como outros tipos de participação social para o domínio dois, e da segurança do tráfego rodoviário e taxas de criminalidade, bem como mais comportamentos

		<p>especialistas, dois grupos focais de 20 idosos, confiabilidade teste reteste e um teste piloto com 804 vietnamitas com 55 anos ou mais de idade.</p>	<p>realizam exercício físico ou esporte pelo menos 3 dias por semana (10%); porcentagem da população com 55 anos e idosos que relatam nenhuma necessidade não atendida de exame médico ou odontológico (20%); porcentagem de pessoas com 75 anos que vivem em famílias monoparentais ou com cônjuge (20%); Renda média relativa (sem dados disponíveis); porcentagem de pessoas com 65 anos ou idosos que não correm risco de pobreza usando o limite de pobreza fornecido pelo governo vietnamita em 2015 (10%); porcentagem de pessoas com idade 65 anos ou mais sem privação materialmente grave (10%); porcentagem de pessoas com 55 anos ou mais que se sentem seguras ao caminhar após o anoitecer na sua área local (10%); porcentagem de pessoas mais velhas com idade entre 55-74 que receberam educação ou treinamento nas 4 semanas anteriores à pesquisa (10%).</p> <p>Domínio: Capacidade e ambiente favorável para o envelhecimento ativo (25%), com os indicadores Expectativa de vida remanescente aos 55 anos ou mais, como uma parte do objetivo de 50 anos, utilizando a tabela de vida da OMS para o Vietname 2016 (33%); porcentagem de anos de vida saudável aos 55 anos (23%); Porcentagem de adultos mais velhos que tiveram bem-estar mental positivo sendo (para a população mais velha com 55 anos ou mais, usando a mensuração CID-10 da OMS) (17%); porcentagem de adultos mais velhos com idade entre 55-74 que usaram a internet em pelo menos uma vez por semana (7%); porcentagem da população com 55 anos ou mais que conheceu amigos, parentes ou colegas pelo menos uma vez por semana (13%); porcentagem de pessoas mais velhas 55-74 com conclusão do ensino médio ou superior (7%).</p>	<p>relacionados com a saúde, como a alimentação, beber, e dormir, para além da ênfase na atividade física para o domínio três. O apoio local do governo para envelhecimento ativo, espaços públicos, clubes existentes, e transporte adequado poderia ser adicionado ao domínio quatro.</p> <p><u>Modificações em relação ao índice europeu:</u> esquema de ponderação para os quatro domínios (25%), porque os domínios são igualmente importantes para a promoção do envelhecimento ativo e saudável; modificado o indicador, “ Praticar exercícios físicos quase todos os dias ou todos os dias ” para “ Praticar exercícios físicos pelo menos três dias por semana, ” que é adequado para o contexto vietnamita; o estudo omitiu o indicador “Renda mediana relativa ” devido à indisponibilidade de dados e o indicador “ Sem risco de pobreza” foi orientado para o limiar de pobreza de 2015 usado pelo governo vietnamita (Pessoas com renda mensal de US \$ 55,7 ou abaixo nas áreas urbanas e US \$ 42,8 ou abaixo nas áreas rurais foram consideradas em risco de pobreza.)</p>
--	--	---	---	---

<p>UM, J.; ZAIDI, A.; PARRY, J. et al., 2020.</p> <p>China</p>	<p>Mensurar o Índice de Envelhecimento Ativo entre homens e mulheres com mais de 55 anos de idade.</p>	<p>≥55 anos</p>	<p>Primeiramente, verificou-se nas pesquisas chinesas a disponibilidade das variáveis utilizadas no índice europeu. Foram utilizados dados secundários de pesquisas nacionalmente representativas da China, juntamente com estatísticas relatadas por organizações internacionais, como Nações Unidas e a OMS. Então, foram extraídas das pesquisas as mesmas variáveis do índice europeu. A interpretação dos escores: o valor máximo do índice é 100, porém este valor é utópico e deve ser avaliado com cautela em relação a condições culturais e sociais do país.</p>	<p>Domínio: Emprego (35%), indicadores, Taxa de emprego 55-59 anos (25%); Taxa de emprego 60-64 anos (25%); Taxa de emprego 65 – 69 anos (25%); Taxa de emprego 70 – 74 anos (25%). Domínio: Participação Social (35%), Atividades voluntárias; cuidar de filhos, netos (32%); cuidar de adultos idosos. Domínio: Vida Independente Saudável e Segura (10%), indicadores Exercício físico (10%); Acesso à saúde e atendimento odontológico (20%); Arranjos de vida independente (20%); Rendimento médio relativo (10%); Sem risco de pobreza (65 anos ou mais) (10%); Sem privação material severa (65 anos ou mais) (10%); Segurança física (10%); Aprendizagem ao longo da vida (55 – 74 anos) (10%). Domínio: Capacidade e ambiente favorável para o envelhecimento ativo (20%), indicadores, Expectativa de vida remanescente aos 55 anos (33%); Proporção de anos de vida saudável aos 55 anos (23%); Bem-estar mental (17%); Uso de TIC (55 – 74 anos) (7%); Vínculos sociais (13%); Desempenho educacional (55 – 74 anos) (7%).</p> <p><u>Ajustes em relação aos indicadores:</u> no domínio emprego foi incluído a pergunta de pesquisa sobre trabalho rural; no indicador cuidados com idosos, foi incluído a opção de cuidado com pais e sogros. No indicador de acesso à saúde e atendimento odontológico foi considerado somente acesso à saúde; a participação política foi suprimida por falta de dados.</p>	<p>O índice foi mensurado e evidenciou diferenças significativas nas experiências de envelhecimento ativo de homens e mulheres mais velhos na China. O domínio Emprego apresentou como uma área em que a China teve um desempenho alto em comparação com os países da União Europeia, e especialmente para os homens mais velhos. Os autores sugerem uma análise mais aprofundada desse indicador e destaca a importância de ser crítico na interpretação das pontuações do índice, uma vez que os altos níveis de emprego da China são o produto de falhas políticas que estão forçando os idosos a continuar trabalhando devido à falta de proteção social e a análise aponta para as desigualdades no acesso das mulheres às oportunidades de emprego.</p>
--	--	-----------------	--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O Índice de Envelhecimento Ativo tem sido utilizado em diferentes países da União Europeia (ZAIDI et al., 2013; BREZA; PEREK-BIALAS, 2014) e fora da União Europeia (UM et al., 2019; VARLAMOVA et al., 2017; ZAIDI et al., 2018; GUNTUPALLI; CHAKRABORTY, 2018; GIRALDO et al., 2021; TAJVAR et al., 2022; HSU et al., 2019).

Estudo quantitativo, transversal, realizado no Irã com 590 pessoas com 55 anos ou mais de idade mensurou o índice de envelhecimento ativo a nível individual em idosos e examinou associações com a qualidade de vida (TAJVAR et al., 2022). Foram utilizadas as mesmas perguntas e método do europeu para ponderar e pontuar os indicadores do índice (TAJVAR et al., 2022). Uma tradução para o idioma oficial do país e depois uma retrotradução foi realizada por dois especialistas bilíngues (TAJVAR et al., 2022). As etapas de validade de face e conteúdo foram realizadas por cinco especialistas e alterações foram realizadas nos questionários. O estudo identificou associação da qualidade de vida relacionada à saúde com os domínios, *Ambiente propício para o envelhecimento ativo* e *Vida independente, saudável e segura*. Os autores afirmam que os resultados podem não ser generalizáveis para todos os idosos do Irã e sugerem uma pesquisa a nível nacional, a realização de estudos qualitativos com a população para entender se o conceito de envelhecimento ativo é aplicável no país e modificação nos indicadores/pesos dos domínios do índice europeu para o contexto iraniano (TAJVAR et al., 2022).

O índice europeu foi aplicado em idosos indianos com a finalidade de verificar a aplicabilidade da ferramenta no contexto dos países em desenvolvimento, porém não foi possível seguir a metodologia detalhadamente (GUNTUPALLI; CHAKRABORTY, 2018). A principal limitação foi a falta de dados dos indicadores, como por exemplo, no domínio “Participação na sociedade”, o indicador, *Idosos que cuidam de adultos* foi excluído, *Aprendizagem ao longo da vida*, *Uso das Tecnologias da Informação e Comunicação* e, *Proporção de anos de vida saudável aos 55 anos* também foram retirados. Outra questão encontrada foi a falta de fontes confiáveis em relação ao indicador sobre a renda dos idosos (GUNTUPALLI; CHAKRABORTY, 2018). Os autores concluem que apesar dos desafios, economias e países em desenvolvimento podem se beneficiar de índices como o de envelhecimento ativo, que além de multidimensional, aborda o envelhecimento de maneira positiva (GUNTUPALLI; CHAKRABORTY, 2018).

A Colômbia descreveu o índice e seus domínios baseado em dados coletados da Pesquisa Nacional de Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - SABE Colômbia 2015, de acordo com a metodologia utilizada para calcular o índice europeu (GIRALDO et al., 2021).

Adaptações em relação aos dados foram realizadas de acordo com a pesquisa para que fossem comparados com a Europa (GIRALDO et al., 2021). Entretanto, este estudo trás que o índice europeu não é facilmente adaptável à países latino-americanos e a interpretação dependerá das particularidades de cada país (GIRALDO et al., 2021).

Pesquisa transversal com 705 idosos de 60 anos ou mais de idade identificou indicadores individuais e psicossociais do índice de envelhecimento ativo que mais contribuíssem para a redução do risco de demência e dependência em áreas urbanas e rurais da Indonésia (HOGERVORST et al., 2021). Resultados mostram que viver de modo independente, bom estado de saúde física e participar de atividades psicossociais que promovam a saúde, como esportes e frequentar atividades comunitárias foram associados a níveis mais altos de independência. Para demência, ler e participar de atividades comunitárias foi associado ao risco reduzido para desenvolvimento da doença (HOGERVORST et al., 2021).

O Índice de Envelhecimento Ativo Asiático é uma ferramenta usada para quantificar até que ponto os idosos têm e podem realizar seu potencial (ZAIDI; UM, 2019). Esta medida relatada no manuscrito da série de Documentos de Trabalho de Desenvolvimento Social, no qual é adaptada às circunstâncias do envelhecimento da população na região da Ásia-Pacífico, mais especificamente para os países da Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN), composto por Tailândia, Filipinas, Malásia, Singapura, Indonésia, Brunei, Vietnã, Myanmar, Laos e Cambodja (ZAIDI; UM, 2019). Para a elaboração do índice, primeiramente, foi revisto e selecionado indicadores que poderiam representar diferentes aspectos do envelhecimento ativo, como ponto de partida o conjunto de indicadores do índice europeu e posteriormente, a agregação dos indicadores selecionados nos índices específicos de cada domínio do índice asiático (ZAIDI; UM, 2019). A seguir, são apresentados os domínios, indicadores e pesos do índice de envelhecimento ativo asiático. Domínio: Emprego (32%), indicadores, Taxa de emprego de 55 a 59 anos de idade (50%); Taxa de emprego de 60 a 64 anos de idade (30%); Taxa de emprego com 65 anos ou mais de idade (20%). Domínio: Participação na sociedade-contribuição por meio de atividades não remuneradas (17%), indicadores, Participação em atividades voluntárias, 55 anos ou mais de idade (21%); Prestar cuidado a crianças e netos, 55 anos ou mais de idade (27%); Cuidar de adultos mais velhos ou parentes com deficiência, com 55 anos ou mais (28%); Participação em atividades religiosas e cívicas, 55 anos ou mais (24%). Domínio: Vida independente, saudável e segura (20%), indicadores, Exercício físico, 55 anos ou mais (20%); Acesso à assistência médica, 55 anos ou mais (20%); Sem dificuldade para realizar atividades da vida diária, 65 anos ou mais (15%); Sem dificuldade de atividades

instrumentais da vida diária, 65 anos ou mais (15%); Rendimento médio relativo (10%); Sem risco de pobreza para idosos, 65 anos ou mais (10%); Propriedade de casa (10%). Domínio: Capacidade e ambiente propício para um envelhecimento ativo e saudável (31%), indicadores, Expectativa de vida remanescente aos 60 anos (31%); Proporção de anos de vida saudável aos 60 anos (22%); Bem-estar mental, 55 anos ou mais (10%); Vínculos sociais (6%); Segurança física, 55 anos ou mais; Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação, 55 a 74 anos (6%); Grau de instrução alcançado (7%) (ZAIDI; UM, 2019).

Na Alemanha houve uma reunião com especialistas, organizações civis, associações e representantes governamentais de diversos países para analisar acerca do Índice de Envelhecimento Ativo europeu ser aplicável a níveis regionais (EUROPEAN COMMISSION, 2017). A ferramenta foi considerada viável (EUROPEAN COMMISSION, 2017). Com isso, formuladores de políticas poderiam utilizar o índice para planejamento de ações a nível regional/local nos aspectos que envolvem o envelhecimento ativo (EUROPEAN COMMISSION, 2017). Um estudo piloto foi realizado na Alemanha e particularidades foram evidenciadas a saber: a disponibilidade de dados; algumas informações podem ser difíceis de obter e outras podem faltar; baixo número de pessoas que respondem ao questionário; resultados não confiáveis oriundos de amostra pequena em determinado indicador; a não possibilidade de replicação perfeita da metodologia original do índice, comprometendo a confiabilidade e a comparabilidade (EUROPEAN COMMISSION, 2017). Tais questões podem ser mitigadas quanto às capacitações para aplicar o índice a nível local e o aumento da conscientização sobre os benefícios (EUROPEAN COMMISSION, 2017). Contudo, o índice oferece evidências para níveis de governo no desenvolvimento de estratégias para o envelhecimento ativo (EUROPEAN COMMISSION, 2017).

A proposta metodológica do índice europeu foi testada em diferentes regiões na Espanha (RODRIGUEZ-RODRIGUEZ et al., 2017). Fragilidades foram encontradas em relação a falta de padronização dos conceitos das pesquisas espanholas com a da União Europeia e impossibilidade de identificar diferenças geográficas em alguns dados (RODRIGUEZ-RODRIGUEZ et al., 2017). Os autores sugerem que o desenvolvimento do índice no país deve ser guiado por recomendações de especialistas espanhóis na substituição de indicadores que refletem o contexto local (RODRIGUEZ-RODRIGUEZ et al., 2017).

O uso do Índice para fins de programas políticos já é uma realidade (UNECE, 2019; HARPER, 2021); foi empregado na Polônia, em programas que pretendem aumentar a contribuição e o potencial de pessoas idosas (BREZA; PEREK-BIALAS, 2014); em Malta os

resultados do Índice de Envelhecimento Ativo subsidiaram o desenvolvimento da Política Estratégica Nacional para o Envelhecimento Ativo: Malta 2014-2020 (EUROPEAN COMMISSION, 2017) que visa aumentar o número de trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho e a participação contínua dos idosos nos assuntos sociais, econômicos e cívicos (FORMOSA, 2017) e; na República Tcheca foi utilizado na formulação do Plano de Ação Nacional de Apoio ao Envelhecimento Positivo para o período 2013–2017 (EUROPEAN COMMISSION, 2017); na Itália, em região localizada ao leste do país, existe a Lei Regional sobre o Envelhecimento Ativo, que inclui o índice como ferramenta de monitorização e o tem empregado para fins de formulação de políticas públicas a nível regional (PRINCIPI et al., 2021).

Críticas ao Índice de Envelhecimento Ativo desenvolvido para os países europeus são destacadas em pesquisas (SÃO JOSÉ et al., 2017; AMADO et al., 2016). A principal questão é que apesar do envelhecimento ativo ser um discurso positivo, no qual se tornam peças centrais nas estratégias de saúde nacional e internacional (SÃO JOSÉ et al., 2017), tais definições estabelecem novos padrões para “envelhecer bem” e moldam as pessoas (SÃO JOSÉ et al., 2017). A imagem a partir de “idosos ativos” que assumem a responsabilidade individual para permanecerem saudáveis, continuar no mercado de trabalho e voluntariar em benefícios de suas comunidades e famílias é transmitida por esta concepção (SÃO JOSÉ et al., 2017).

Os principais pontos fortes e fracos do índice são listados no Quadro 2:

Quadro 2 - Pontos fortes e fracos do Índice de Envelhecimento Ativo da Europa

Pontos Fortes (SÃO JOSÉ et.al, 2017; AMADO et. al, 2016)	Pontos Fracos (SÃO JOSÉ et.al, 2017; AMADO et. al, 2016)
Amplamente utilizado e promovido entre os países.	Modelam as representações sociais da vida adulta, bem como as práticas e narrativas dos idosos, de uma maneira particular.
Oferece possibilidades analíticas.	Os próprios idosos são concebidos como uma “solução para os “problemas” que eles supostamente causaram ou que podem potencialmente causar.
Permite a avaliação do “potencial inexplorado dos idosos” em cada país.	As soluções para o problema do envelhecimento da população são cada vez menos coletivista e cada vez mais individualista, sendo irreal para os idosos.
Possibilidade de desagregar os índices gerais em índices específicos de cada domínio, permitindo a identificação das áreas que precisam de mais intervenções de políticas públicas.	O processo de modelagem e envelhecimento não produz as mesmas consequências para todos os idosos. Não oferece informações sobre proporção de idosos “inativos” que têm capacidade e vontade de se mudar para o estado “ativo”.
Interpretação numérica acessível.	O índice não foi submetido a uma avaliação crítica.

Divisão do resultado do índice por gênero.	Definição ambígua do que consiste no índice e estrutura fixa dos pesos aplicada aos domínios e indicadores.
Principal ferramenta para monitorar políticas de Envelhecimento Ativo, tanto a nível europeu quanto em outras nações.	Documentação do índice carece da discussão de seus fundamentos teóricos.
Sensibiliza pessoas, incluindo formuladores de políticas para a complexidade do processo de “envelhecer bem” e para o papel do gênero na formulação desse processo.	A seleção dos domínios e indicadores do índice é arbitrário e falta transparência, uma vez que eram tomadas nas reuniões do Grupo de Peritos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Outra questão diz respeito à aplicabilidade do índice (SÃO JOSÉ et.al, 2017; AMADO et. al, 2016). Embora a Europa seja diversificada em questões culturais/estruturais, autores (SÃO JOSÉ et.al, 2017; AMADO et. al, 2016) destacam que os domínios e indicadores de envelhecimento ativo selecionados dificilmente são os mais importantes ou valorizados pelos idosos em todos os países. A estrutura rígida dos pesos implica uma realidade homogênea, não leva em consideração fatores sociais, econômicos e diferenças culturais (SÃO JOSÉ et.al, 2017; AMADO et. al, 2016).

Sugestões de mudanças nos indicadores e pesos do índice europeu tem sido descrito na literatura científica. Autores (BERDE; KUNCZ, 2019) relatam que a popularidade da internet tem aumentado na União Europeia entre os idosos e sugerem que uma definição mais elaborada deve ser adicionada ao indicador “*Uso de TIC*”, que mensura a frequência do uso da Internet (BERDE; KUNCZ, 2019). A descrição da qualidade do uso, como taxa dos idosos que usam internet para procurar emprego, para aprender, a proporção de usuários regulares na internet, dentre outros, deve ser somada à definição, bem como o aumento na ponderação deste ao calcular o índice (BERDE; KUNCZ, 2019).

Embora o índice seja alvo de críticas na literatura científica, o conhecimento demonstra que a medida atende o que se propõe e reflete a eficácia das políticas (BERDE; KUNCZ, 2019), assim como evidencia as fragilidades.

Apesar do marco político do envelhecimento ativo ter ocorrido em 2002, e políticas públicas serem instituídas no Brasil (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b), não foi desenvolvido, para a população brasileira, o Índice de Envelhecimento Ativo. Estudos nacionais abordaram: a influência dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos longevos de um município do interior de Santa Catarina (FARIAS; SANTOS, 2012); a construção de um indicador de envelhecimento ativo e a associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero (CAMPOS et al., 2015); a análise da prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população idosa de um município do sudeste brasileiro, bem como as diferenças de gênero

e idade (SOUZA et al., 2018); a descrição dos determinantes econômicos, sociais e comportamentais que permeiam o envelhecimento ativo dos participantes do grupo de convivência da Universidade da Terceira Idade de Belém-Pará, analisando os aspectos positivos adquiridos e as dificuldades apresentadas pelos participantes (MIRA et al., 2019); a análise das desigualdades em indicadores de envelhecimento ativo pertencentes às dimensões social, física, intelectual e do trabalho, segundo a raça/cor, escolaridade, renda e filiação a plano privado de saúde na população idosa (SOUZA et al., 2021); modelo estrutural de envelhecimento ativo entre idosos comunitários e a identificação dos determinantes de maior relevância para o modelo proposto (OLIVEIRA; TAVARES, 2020). As pesquisas citadas utilizaram o referencial teórico do envelhecimento ativo proposto pela OMS (2002).

3 JUSTIFICATIVA

Particularidades e desafios são enfrentados com o aumento da população idosa. É essencial que os países implantem programas e políticas públicas que promovam o envelhecimento ativo, visando aprimorar a saúde, qualidade de vida, a participação e a segurança dos idosos (WHO, 2002).

Uma das ferramentas para o desenvolvimento de políticas públicas de envelhecimento ativo está pautada na utilização de indicadores e índices. Na literatura científica, identificou-se o Índice de envelhecimento ativo, que se aproxima da proposta da presente pesquisa. Contudo, o Índice de Envelhecimento Ativo (Active Ageing Index - AAI) foi desenvolvido para os países europeus baseado no referencial teórico proposto pela OMS e as vertentes do Ano Europeu de Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre as Gerações (EUROSTAT, 2012). No contexto brasileiro verificaram seis estudos (FARIAS; SANTOS, 2012; CAMPOS et al., 2015; SOUZA et al., 2018; MIRA et al., 2019; SOUZA et al., 2021; OLIVEIRA; TAVARES, 2020) que utilizaram o referencial teórico de envelhecimento ativo proposto pela OMS, contudo, até o momento não foi desenvolvido o índice de envelhecimento ativo para a população brasileira.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa se propõe a desenvolver o Índice de Envelhecimento Ativo para a população brasileira, utilizando o referencial da OMS (WHO,2002). Parte-se do pressuposto que o índice validado para os países europeus pode não ser adequado para a realidade do Brasil. As diferenças nas características de cada região; cultura; economia; questões sociais; o estilo de vida, bem como a definição cronológica do idoso no Brasil, podem impactar no desenvolvimento da ferramenta e, conseqüentemente não traduzir as especificidades da população brasileira.

Assim, este estudo colaborará para ampliar e compreender questões determinantes sobre o envelhecimento ativo para os idosos brasileiros, assim como a mensuração deste processo. Demandas sociais específicas surgem com a longevidade crescente no Brasil, sinalizando a necessidade de atendê-las visando a autonomia, a independência e QV para o idoso (WHO, 2002).

Assim, esta pesquisa tem potencial para subsidiar o planejamento de ações das equipes de enfermagem e multiprofissional na avaliação e abordagem do idoso já na atenção primária, com vistas ao envelhecimento ativo. Colaborando assim, com retornos às questões sociais e de

intervenção na saúde, os resultados poderão, também, expandir as discussões sobre o tema e contribuir na formação dos profissionais de saúde com vistas a melhorar a prática profissional.

Ademais, a elaboração do índice de envelhecimento ativo, segundo o referencial da OMS (2002), poderá ser aplicado em outros Estados brasileiros, considerando que fornecerá evidências científicas com potencial para subsidiar a formulação de políticas e programas para promover o envelhecimento ativo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Construir e validar o Índice de Envelhecimento Ativo entre idosos brasileiros.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir os indicadores representativos do envelhecimento ativo englobados pelo modelo conceitual de envelhecimento ativo;
2. Avaliar a validade de face e de conteúdo, terminologia e a necessidade dos indicadores de envelhecimento ativo;
3. Avaliar a utilidade e a usabilidade dos indicadores de envelhecimento ativo;
4. Construir o Índice de Envelhecimento Ativo com base nos indicadores aprovados;
5. Aplicar o Índice de Envelhecimento Ativo na amostra representativa dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

5. MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa metodológica, que se refere ao desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (LIMA, 2011).

5.2 PROCEDIMENTOS

5.2.1 Etapas para a construção de indicadores do envelhecimento ativo

As fases para construção dos indicadores foram fundamentadas no processo de desenvolvimento da AHRQ, Figura 4 (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Figura 4 - Fases para o desenvolvimento de indicadores da Agency For Healthcare Research And Quality.

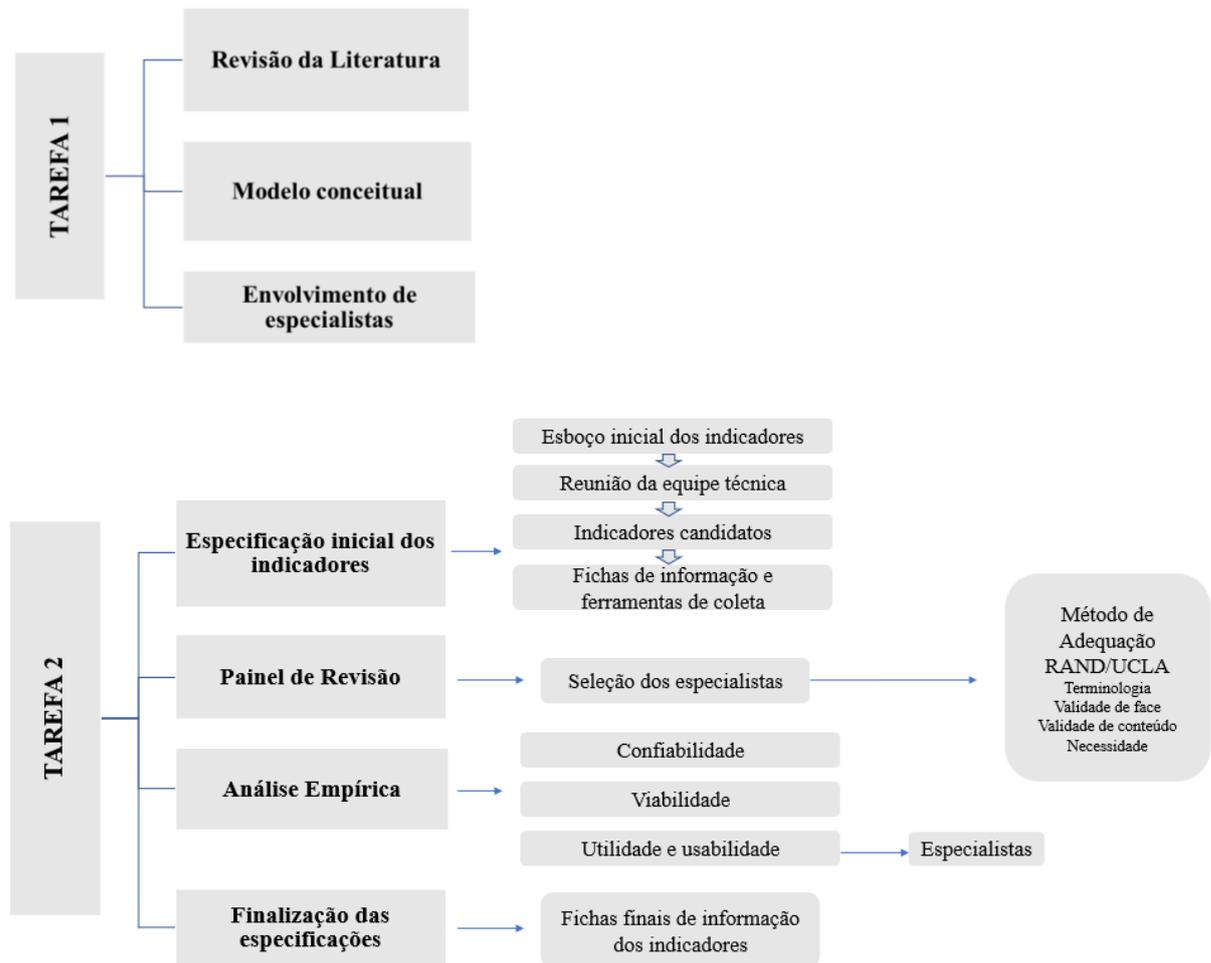
1	2
<p>Desenvolvimento da medida</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarefa 1: Identificação dos indicadores candidatos; • Revisão de literatura: identificação • Desenvolvimento do modelo conceitual • Envolvimento de especialistas <ul style="list-style-type: none"> • Tarefa 2: Avaliação dos indicadores candidatos; • Especificação inicial dos indicadores; • Revisão da literatura: evidências; • Painel de revisão/processos alternativos de painel; • Ajuste de risco/abordagem alternativa; • Análise empírica; • Finalização das especificações; • Resumo da evidência; • Avaliação e decisão AHRQ. 	<p>Implementação do indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Codificação dos indicadores de qualidade no <i>software</i>; ▪ Teste; ▪ Documento do usuário.
	3
	<p>Manutenção do indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidência; ▪ Atualizações da especificação técnica; ▪ Painel de revisão; ▪ Apresentação e manutenção ao NQF; ▪ Disposição dos dados e avanços metodológicos.
	4
	<p>Exclusão de indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidência; ▪ Remoção da codificação dos indicadores no <i>software</i>; ▪ Teste; ▪ Documentação do usuário.

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

Na Figura 5 encontra-se a representação das etapas metodológicas empregadas neste estudo, explicitando a etapa 1 (Desenvolvimento da medida) para atender a Tarefa 1, referente

a identificação dos indicadores candidatos e a Tarefa 2 relacionada a avaliação de indicadores candidatos.

Figura 5 - Representação das etapas metodológicas empregadas nesta pesquisa.



Fonte: Adaptado de Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

5.2.1.1 Tarefa 1: identificação dos indicadores candidatos

1. Revisão da Literatura

A etapa de revisão da literatura para a identificação dos indicadores candidatos não foi realizada, pois a construção ocorreu por meio do modelo de envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020) baseado no referencial teórico da OMS e na Política de Envelhecimento Ativo (WHO, 2002). Justifica-se a escolha do modelo envelhecimento ativo (OLIVEIRA;

TAVARES, 2020) pois trata-se de um estudo pioneiro e referência nesta temática, por ser um dos primeiros a testar a aplicabilidade do modelo proposto pela OMS (2002) na população idosa brasileira.

2. Modelo Conceitual

Nesta pesquisa foi utilizado como referência o modelo estrutural de envelhecimento ativo, baseado no referencial teórico da OMS, proposto em um estudo desenvolvido com idosos comunitários (OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

A referida pesquisa intitulada “Envelhecimento ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais” teve como objetivo propor o modelo estrutural de envelhecimento ativo, entre idosos comunitários, com base no referencial teórico da OMS e identificar os determinantes do envelhecimento ativo de maior relevância para o modelo proposto (OLIVEIRA; TAVARES, 2020). Foi utilizado método transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido na zona urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba, constituída por oito municípios, como: Água Comprida, Campo Florido, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Sacramento, Uberaba e Veríssimo. A amostra foi composta por 957 idosos residentes na zona urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG). Excluíram-se idosos com problemas de comunicação, como surdez não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala; institucionalizados; com declínio cognitivo avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM); sem informante para responder ao Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER); e com escore final maior ou igual a seis pontos no PFEFFER Utilizou-se as análises, Fatorial Confirmatória e Modelagem de Equações Estruturais (OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

Os instrumentos foram aplicados em um único momento para mensurar os determinantes do modelo de envelhecimento ativo, proposto pela OMS, sendo definidos considerando os mais utilizados na área da gerontologia e validados no Brasil (OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

O Quadro 3, apresenta os fatores determinantes mensurados.

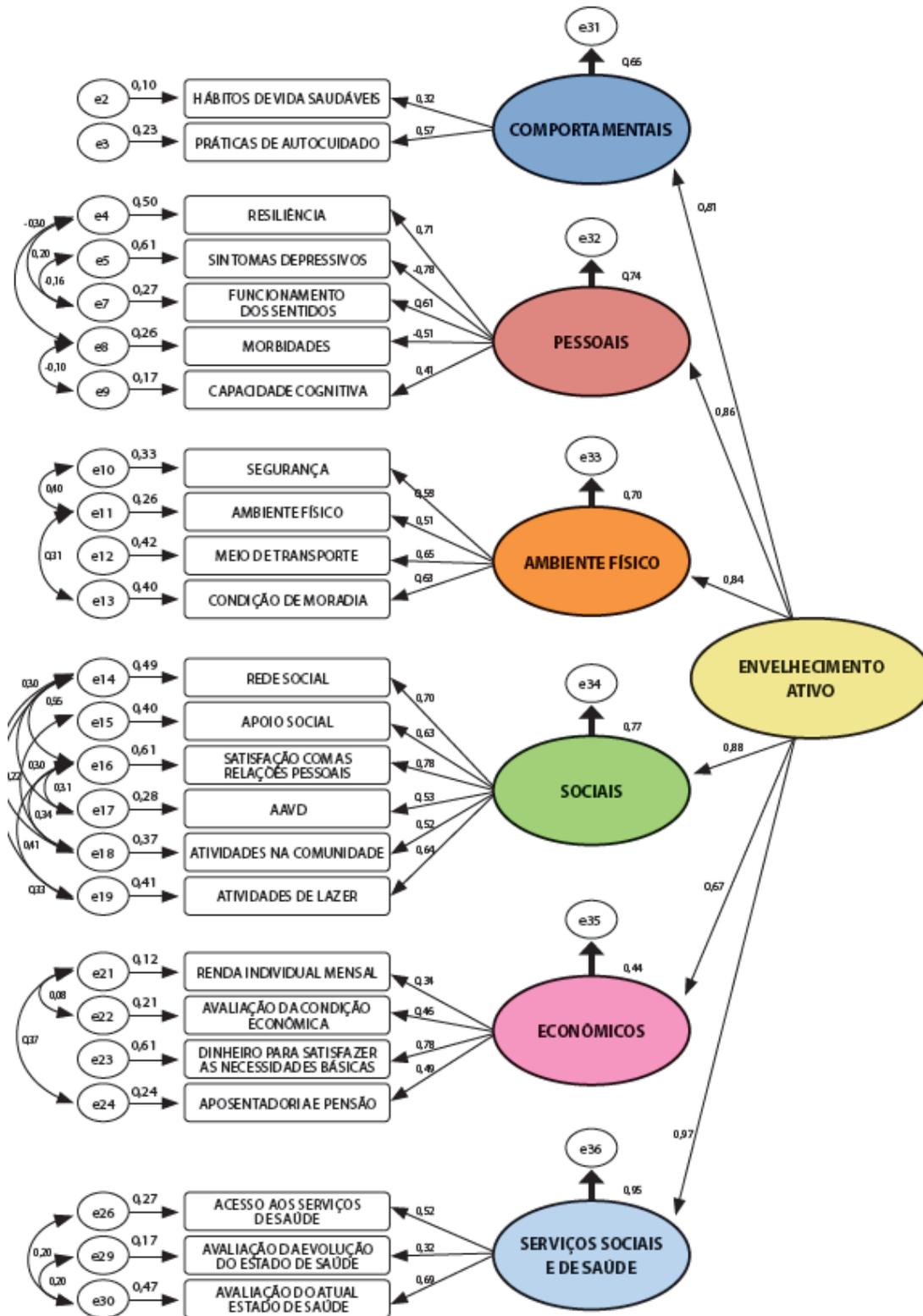
Quadro 3 - Fatores determinantes mensurados do modelo de Envelhecimento Ativo da população idosa da zona urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Determinantes	Variáveis mensuradas (OLIVEIRA; TAVARES, 2020)
Comportamentais	Perfil antropométrico
	Atividade física
	Consumo de bebida alcoólica
	Tabagismo
	Qualidade do sono
	Consulta de rotina
	Exames preventivos
	Atitude frente à tomada de remédios
	Situação vacinal
	Saúde bucal
Pessoais	Resiliência
	Sintomas depressivos
	Antecedentes familiares p/ DCNT
	Funcionamento dos sentidos
	Morbidades
Capacidade cognitiva	
Ambiente físico	Segurança física e proteção; ambiente físico; meio de transporte e ambiente no lar.
Sociais	Rede social
	Apoio social
	Relações pessoais
	Atividades Avançadas de Vida Diária
	Atividades na comunidade
	Atividades de lazer
Anos de estudo	
Econômicos	Renda individual mensal
	Avaliação da condição econômica
	Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas
	Aposentadoria e pensão
	Trabalho remunerado
Serviços sociais e de saúde	Acesso aos serviços de saúde
	Vínculo com o serviço de saúde
	Acesso aos medicamentos de uso contínuo
	Autoavaliação da evolução do estado de saúde
	Avaliação do atual estado de saúde

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O modelo de medida final, Figura 6, composto pelos seis determinantes do envelhecimento ativo (comportamentais, pessoais, ambiente físico, sociais, econômicos e serviços sociais e de saúde) apresentou ajuste adequado. Os determinantes de serviços sociais e de saúde, incluindo a satisfação com o acesso aos serviços de saúde e a autoavaliação positiva do estado de saúde, foram os fatores que mais contribuíram com o envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

Figura 6 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem; envelhecimento ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.



Nota: AAVD – Atividades Avançadas da Vida Diária; χ^2/df - Qui-quadrado e graus de liberdade; GFI - Goodness of Fit Index; CFI - Comparative Fit Index; TLI - Tucker-Lewis Index; PGFI - Parsimony Goodness of Fit Index; PCFI - Parsimony Comparative Fit Index; RMSEA - Root Mean Error of Approximation; MECVI – Modified Expected Cross Validation Index.

3. Envolvimento de especialistas

Nesta etapa e ao longo da pesquisa participaram os especialistas da equipe técnica (doutoranda, orientadora e doutora em envelhecimento ativo). Os referidos se pautaram no modelo estrutural de envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020), descrito acima, e na Política de Envelhecimento Ativo da OMS (WHO, 2002) para discussão das relações entre os determinantes, dada pelo modelo, e a construção dos indicadores candidatos.

5.2.1.2 Tarefa 2: avaliação de indicadores candidatos

1. Especificação inicial dos indicadores candidatos

Nesta etapa da tarefa dois, a lista de indicadores deve ser totalmente especificada adaptando à fonte de dados disponível e fundamentando a especificação dos indicadores em evidências na literatura (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Esboços iniciais dos indicadores foram realizados pelos especialistas da equipe técnica, embasados pelas etapas descritas previamente. Em seguida, foi realizada uma reunião com a referida equipe para seleção dos indicadores candidatos.

Os indicadores candidatos foram construídos contendo numerador, denominador e critérios de exclusão (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011). Neste estudo, a ficha de informação dos indicadores candidatos foi embasada nos tópicos da ficha do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde Brasileiro (PROADESS), localizada no site (<http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/>) (ANEXO A) (PROADESS, 2011), AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011) e do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso -SISAP Idoso (FIOCRUZ, 2011).

2. Painel de revisão

Esta etapa consiste em validar os indicadores quanto à validade de face e de conteúdo, à terminologia e a necessidade, com a análise de um painel de especialistas (AGENCY FOR

HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011). Para a avaliação da terminologia foi questionado aos painelistas se a redação do indicador apresenta clareza. Em relação à validação de conteúdo (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011), foi analisado se o indicador reflete o conceito de envelhecimento ativo, definido pela OMS (2002) como: “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002 p.12). Analisou-se a importância do indicador para a mensuração do envelhecimento ativo do idoso, consistindo na validade de face (HERNÁNDEZ, 1998). E, para a validade da necessidade, realizou o julgamento do indicador ser indispensável para a avaliação do envelhecimento ativo.

Nesta etapa, os painelistas foram constituídos por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento com experiência e publicações na atenção à saúde do idoso e/ou envelhecimento ativo e/ou indicadores de saúde com nível de formação doutorado. A seleção dos especialistas ocorreu por amostragem não probabilística, em diferentes regiões, do país pelos currículos na Plataforma *Lattes* e sites das universidades.

Para o painel desta pesquisa foram convidados, por e-mail, 53 painelistas com formação em psicologia, ciências jurídicas e sociais, serviço social, ciências sociais, enfermagem, medicina, fisioterapia, educação física, arquitetura, gerontologia, epidemiologia, estatística, farmácia, fonoaudiologia e nutrição. No contato inicial, dos 53 especialistas convidados, 17 aceitaram participar do painel e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Destes, 14 especialistas retornaram as avaliações na rodada um. No convite inicial, foi enviado também um resumo do projeto com as etapas utilizadas nesta pesquisa (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

A maioria dos especialistas era da faixa etária 35 | 50 anos de idade; do sexo feminino; residiam no Estado de Minas Gerais e São Paulo; era vinculado às Instituições de Ensino Federal e Estadual e Enfermeiros com tempo de formação de 25 anos ou mais, Tabela 1.

A Tabela 1, descreve as características dos painelistas desta pesquisa.

Tabela 1- Caracterização dos painelistas desta pesquisa, Uberaba, Minas Gerais, 2022. (continua)

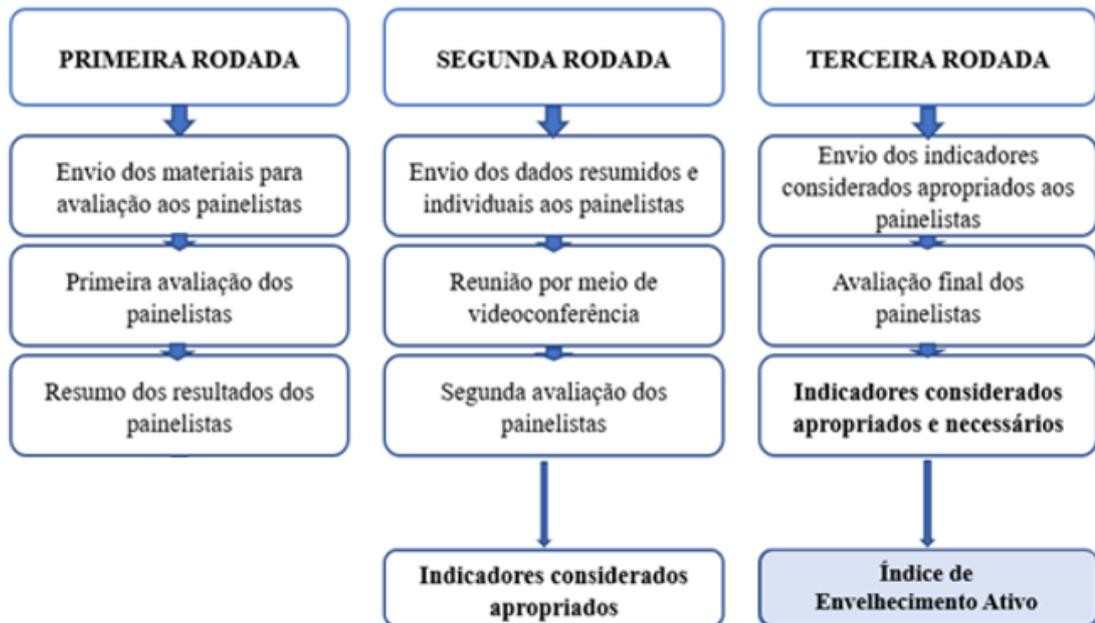
Caracterização	N	%
Idade (em anos completos)		
<35	1	7,14
35 50	8	57,14
50 ou mais	5	35,71
Sexo		
Feminino	10	71,43
Masculino	4	28,57
Estado em que reside		
Minas Gerais	5	35,71
Ceará	1	7,14
Distrito Federal	2	14,29
São Paulo	5	35,71
Goiás	1	7,14
Instituição que está vinculado		
Universidade de São Paulo	3	21,43
Pontifícia Universidade Católica de Goiás	1	7,14
Universidade Federal de Minas Gerais	1	7,14
Universidade Federal de São Carlos	2	14,29
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	3	21,43
Universidade Federal de Juiz de Fora	1	7,14
Universidade Católica de Brasília	1	7,14
Universidade Estadual do Ceará	1	7,14
Universidade de Brasília	1	7,14
Área de formação		
Arquitetura	1	7,14
Bacharel em Gerontologia	1	7,14
Educação física	2	14,29
Enfermagem	6	42,86
Fisioterapia	1	7,14
Medicina	1	7,14
Nutricionista	1	7,14
Serviço Social	1	7,14
Tempo de formação (em anos completos)		
<15	3	21,43
15 20	2	14,29
20 25	4	28,57
25 ou mais	5	35,71
Cargo/função atual		
Docente	13	92,86
Nutricionista clínica	1	7,14
Tempo de atuação no cargo/função atual (em anos completos)		
<5	1	7,14
5 10	4	28,57
10 15	5	35,71
15 20	1	7,14
20 ou mais	3	21,43

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O Método de Adequação (FITCH et al., 2001) elaborado pela Research and Development (RAND)/University of California Los Angeles (UCLA) foi utilizado para as análises da validade de face, validade de conteúdo, terminologia e necessidade (AGENCY FOR

HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011; NATIONAL QUALITY FORUM, 2013).

Figura 7 - Etapas do processo de adequação Research and Development, University of California Los Angeles empregues nesta investigação.



Fonte: adaptado de Fitch et al., 2001.

Para a primeira rodada, os painelistas receberam um documento esclarecendo o método de adequação RAND/UCLA e como ele foi adotado no estudo, juntamente com as datas previstas para retorno das etapas (FITCH et al., 2001). Foi enviado também, o formulário para preenchimento de dados sociodemográficos (APÊNDICE B) e, os seguintes documentos para análise: as fichas técnicas dos indicadores candidatos (APÊNDICE C); formulário de avaliação do painel que contempla os seguintes itens: validade de face; validade de conteúdo, terminologia e necessidade; formulário de avaliação da utilidade e usabilidade; formulário de avaliação dos pesos e um documento com informações sobre os questionários de avaliação e demais instruções (APÊNDICE D).

Os dados sociodemográficos consistiram em: idade (anos completos); sexo; cidade e estado em que reside; instituição que está vinculado; área de formação; tempo de formação (em anos completos); Cargo/função atual; Tempo de atuação no cargo/função atual (em anos completos) e formação profissional (especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado).

O formulário de avaliação do painel foi questionado para cada indicador, a validade de face: O quanto este indicador é importante para o envelhecimento ativo do idoso? (Considere as respostas 1= Nem um pouco importante; 9= Muito importante) com opção para registrar os comentários sobre a questão avaliada. Terminologia (o quanto o indicador está escrito de forma clara): O quanto este indicador está claramente redigido? (Considere as respostas 1= Nem um pouco claramente redigido; 9= Muito claramente redigido) com opção para registrar os comentários sobre a questão avaliada. Necessidade (Indispensável para avaliação do envelhecimento ativo do idoso): O quanto este indicador é necessário? (Considere as respostas 1= Nem um pouco necessário; 9= Muito necessário) com opção para registrar os comentários sobre a questão avaliada. Validade de conteúdo: O quanto este indicador é representativo, ou seja, reflete o conceito considerando a definição acima? (Representatividade: 1= item não representativo da definição teórica; 2= item tem grande revisões para se tornar representativo; 3= item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo; 4= item é representativo da definição teórica), com opção para registrar os comentários sobre a questão avaliada. E espaço para sugestões para a definição do indicador com justificativa.

No formulário de avaliação da utilidade e usabilidade para cada indicador foi questionado: Na sua opinião, este indicador pode ser útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo? com a opção de registrar os comentários; Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos? (Considere as respostas 1= Uso altamente desencorajado; 9= Uso altamente recomendado) com a opção de registrar os comentários; Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)? (Considere as respostas 1= Uso altamente desencorajado; 9= Uso altamente recomendado) com a opção de registrar os comentários.

Os formulários foram inseridos em *links* do *Google Forms* e enviados aos painelistas. A escolha desta ferramenta se deu pela maior confiabilidade na coleta, armazenamento e análise dos dados. Em todas as rodadas, as respostas foram exportadas em um banco de dados no *software Excel* e após a verificação das inconsistências, o banco foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20 para as análises.

Na segunda rodada, foi enviado um documento aos painelistas com esclarecimentos sobre a condução dessa etapa (APÊNDICE E), juntamente com o Compilado dos indicadores do envelhecimento ativo contendo as sugestões resumidas da primeira etapa (APÊNDICE F); os conceitos dos determinantes do envelhecimento ativo e um documento contendo as variáveis

do modelo do envelhecimento ativo e indicadores candidatos elaborado pela pesquisadora para esta rodada a pedido dos especialistas. Considerações gerais foram oferecidas sobre como painelistas avaliaram as indicações.

Posteriormente, os membros do painel se reuniram para compartilhar opiniões por via remota utilizando a ferramenta *Google Meet*. A reunião contou com um moderador neutro para facilitar a troca de conhecimentos, e não basicamente o consenso. Primeiramente, as questões classificadas anteriormente como desacordo foram discutidas; seguidas pelos itens de ambiguidade e, por fim, tópicos específicos e, também o peso dos determinantes do Índice de Envelhecimento Ativo.

O moderador, pertencente à equipe técnica e mediador do painel, recebeu um documento com a avaliação sumária dos indicadores e dos pesos, embasado no formulário de avaliação (preenchido com a frequência de respostas de cada avaliação), acompanhado da avaliação individual (APÊNDICE G) e o Compilado dos indicadores do envelhecimento ativo contendo as sugestões resumidas da primeira etapa. Esse material incluiu outras informações que contribuíram para que o moderador decidisse quais informações deveriam ser observadas para a discussão na reunião: o nível de acordo da terminologia, necessidade e a validação de conteúdo com valores inferiores a 0,80; a mediana da validade de face, com especificação (apropriado, incerto, inapropriado) e o nível de acordo com a classificação assinalada (verde=acordo, amarelo=indeterminado, vermelho=desacordo) (FITCH et al., 2001). Os indicadores foram considerados adequados e válidos àqueles de acordo com o referencial teórico da pesquisa.

Além dos painelistas, participaram membros da equipe técnica do projeto com conhecimento na área, que auxiliaram o moderador durante a reunião. Anotações durante o painel de discussão foram realizadas com a finalidade de documentar tópicos importantes, como decisões revisadas e mudanças nas classificações. O encontro foi gravado, com consentimento dos presentes, para acesso caso a equipe técnica tenha dúvidas nos registros (FITCH et al., 2001).

Posteriormente à reunião, os resultados foram analisados e realizadas as alterações sugeridas. Os materiais foram encaminhados aos painelistas para a avaliação individual final dos indicadores, consistindo a terceira rodada (APÊNDICE H).

Através da metodologia RAND/UCLA foram realizadas classificações de acordo com o nível de adequação dos indicadores quanto a apropriado, incerto, inapropriado, conferidos de

acordo com a pontuação da mediana da validade de face, assim como a medida de acordo (FITCH et al., 2001; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011), Quadro 4. A terminologia e necessidade foram classificados pela medida de acordo, a saber, ACORDO quando ≤ 4 painelistas pontuam a indicação fora da região de 3 pontos que contém a mediana (1-3; 4-6; 7-9); DESACORDO quando ≥ 5 painelistas pontuam a indicação na região 1-3 e ≥ 5 de 7-9 (FITCH et al., 2001) (Quadro 4) e incerteza quando não se enquadram nas situações descritas previamente. Todas as indicações classificadas com discordância, qualquer que seja a mediana, são classificadas como incerto (FITCH et al., 2001).

Quadro 4 - Nível de adequação aos indicadores

Medida (FITCH et al., 2001)	Mediana (FITCH et al., 2001)		
	1-3	4-6	7-9
ACORDO	Inapropriado	Incerto	Apropriado
DESACORDO	Incerto	Incerto	Incerto

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A partir desse método surgiram os indicadores apropriados, de acordo com a validade de face, as medidas de acordo referentes à necessidade e à terminologia. Para a análise da necessidade foram classificados os indicadores considerados como apropriados (FITCH et al., 2001). A avaliação da necessidade consistiu no julgamento dos indicadores em relação ao conceito de envelhecimento ativo da OMS adotado na pesquisa; ou seja, aqueles registrados como indispensáveis para a mensuração do envelhecimento ativo foram necessários para compor o índice.

A representatividade do conteúdo foi avaliada por meio da validação de conteúdo em uma escala de avaliação variando de um a quatro. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index - CVI*) para analisar o quão representativo é o indicador para o conceito de envelhecimento ativo da OMS. O parâmetro recomendado para o CVI é de 0,80 (RUBIO et al., 2003) e foi calculado computando o número de especialistas que avaliaram a questão como três ou quatro e dividindo esse número pelo total de painelistas, com isso foi alcançada a proporção de profissionais que consideraram o indicador como válido (RUBIO et al., 2003).

3. Análise empírica

Nesta pesquisa foram realizadas as análises de utilidade e usabilidade dos indicadores (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

A viabilidade e confiabilidade foram consideradas nesta pesquisa, pelo fato de que este estudo emprega instrumentos amplamente utilizados na área da gerontologia e validados no Brasil.

Utilidade/usabilidade

A avaliação da utilidade e usabilidade dos indicadores foi realizada pelos painelistas (APÊNDICE D). Questões em relação à utilidade (Na sua opinião, este indicador pode ser útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?) e à usabilidade (Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade-uso deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos? Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade -uso deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)? foram analisadas para cada indicador candidato.

Os indicadores aprovados quanto a utilidade e usabilidade foram considerados quando, a maioria dos especialistas que pontuaram cada questão dentro da região de 3 pontos que contém a mediana (7-9).

4. Finalização das especificações

Após as avaliações, as fichas de informação com as especificações finais dos indicadores foram acrescidas os itens: análises empíricas e questões adicionais relacionadas ao processo de validação (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

5.2.2 Construção do Índice de Envelhecimento Ativo

Após a finalização dos indicadores procedeu-se a construção do índice por meio da agregação dos indicadores finais (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012), conforme descrito a seguir:

a) Inicialmente, todos os indicadores de envelhecimento ativo foram expressos como indicadores positivos, assumindo o julgamento normativo positivo de que quanto maior o valor, melhor o resultado do envelhecimento ativo (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012);

b) Cada indicador foi expresso em termos percentuais, variando de 0 a 100 (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012);

Destaca-se que foram atribuídos pesos para cada domínio do envelhecimento ativo, estimados por meio do software *Analysis of Moment Structures* (AMOS®) a partir das cargas fatoriais dos seis determinantes e das variáveis observadas presentes no modelo de envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020). Os pesos calculados por determinante foram: Comportamentais: 15,5%; Pessoais: 17,4%, Ambiente físico: 16,4%; Sociais: 18,1%; Econômicos: 10,3%; Serviços sociais e de saúde: 22,3%. Segundo estudo europeu, tais pesos refletem a relevância de cada determinante dentro do índice. Assim, o domínio com um valor mais alto do índice terá um peso implicitamente maior para o índice de envelhecimento ativo e vice-versa (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012).

Os referidos pesos por determinante foram submetidos a avaliação dos membros do painel de especialistas, utilizando a metodologia RAND/UCLA (Figura 3), descrita anteriormente para a construção dos indicadores (FITCH et al., 2001). Os especialistas avaliaram sobre os pesos estimados de cada determinante com as seguintes perguntas: Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Comportamentais", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde? Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Pessoais", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde? Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinante Ambiente Físico", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde? Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Sociais", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde? Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Econômicos", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde? Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Serviços Sociais e de Saúde", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde? E por fim, na sua opinião, você está de acordo com a determinação dos pesos dos seis domínios do Envelhecimento Ativo? Você tem alguma sugestão de mudança? Para cada alternativa foi dada a opção de assinalar sim/não e espaço para descrição dos comentários/sugestões (APÊNDICE D).

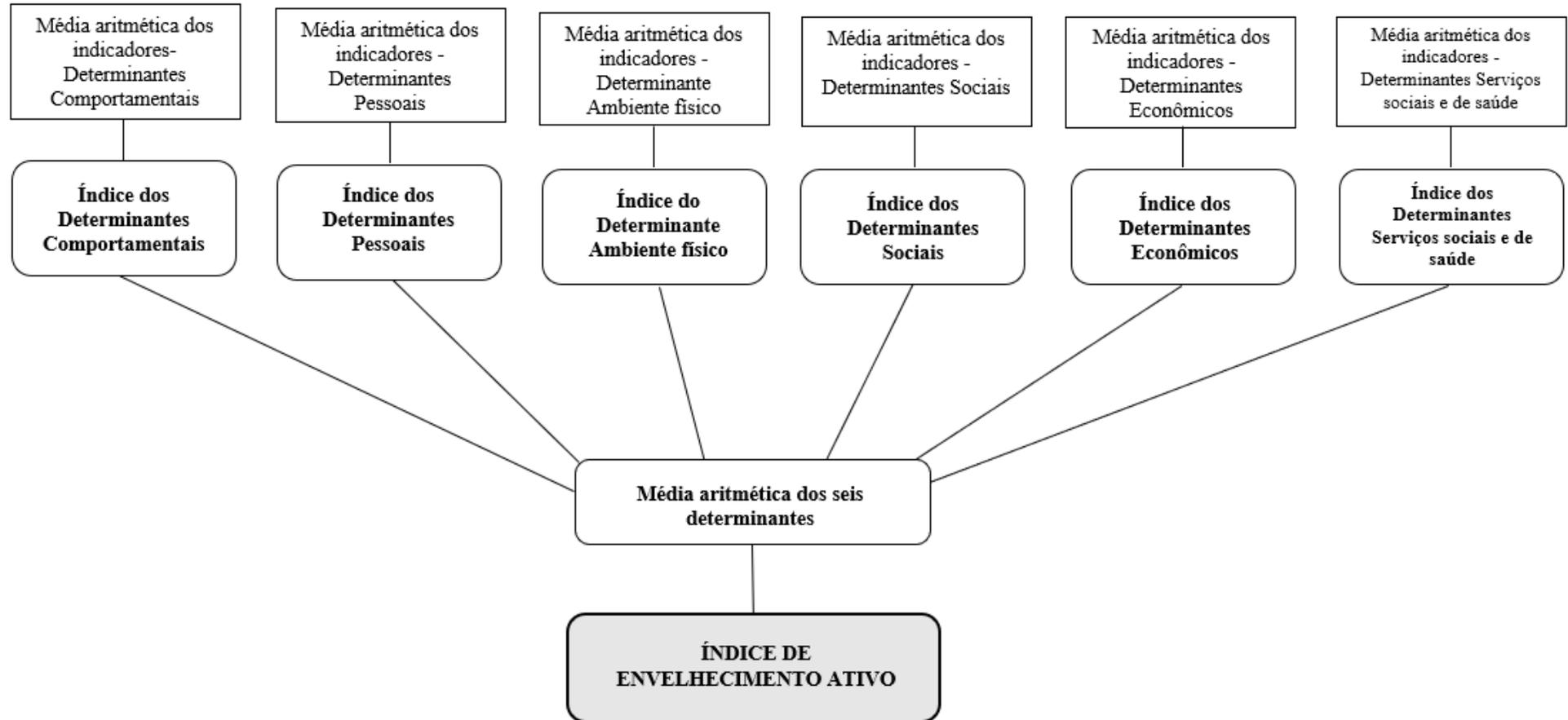
c) Para cada domínio do envelhecimento ativo, calculou-se média ponderada aritmética dos indicadores (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012);

d) Finalmente, o índice geral agregado foi calculado com a média ponderada aritmética dos índices específicos do domínio (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012);

Os especialistas consideraram que os domínios contribuem igualmente para o envelhecimento ativo, portanto, não foi atribuído peso diferente por determinante.

A Figura 8 representa visualmente esta etapa.

Figura 8 - Construção do índice de envelhecimento ativo



Fonte: baseado em European Centre Vienna, 2012.

5.2.3 Índice de Envelhecimento Ativo da população idosa da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil

Para atender ao quinto objetivo do estudo que se refere a testar o Índice de Envelhecimento Ativo na população idosa, utilizou-se o banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” A seguir apresenta-se uma descrição sucinta do projeto (OLIVEIRA; TAVARES, 2020). Pesquisa domiciliar, analítica, transversal e observacional conduzida pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) realizada na Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, constituída por oito municípios: Campo Florido, Veríssimo, Água Comprida, Conceição das Alagoas, Delta, Conquista, Sacramento e Uberaba. Foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos e residentes na zona urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais. Excluíram-se idosos residentes em Instituições de Longa Permanência; que apresentaram problemas de comunicação, como transtornos graves na fala e surdez não corrigida com aparelhos e que apresentaram declínio cognitivo classificado no Mini-Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al., 1994) e no Questionário de PFEFFER com informante. Tal ferramenta permite verificar presença e a severidade do declínio cognitivo e a combinação com o MEEM indica maior especificidade para o rastreamento de declínio cognitivo mais grave (BRASIL, 2007). Utilizou-se a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. Os dados foram coletados em único momento, no período de maio de 2017 a junho de 2018, por meio de entrevista direta (OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

Para o índice de envelhecimento ativo da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, os 26 indicadores de envelhecimento ativo consensuados foram calculados por meio dos métodos de cálculo expressos em percentuais, com valores de 0 a 100. Todos os indicadores tiveram como denominador 941 idosos, exceto o indicador “Atitude positiva frente à tomada de remédios”, que foi considerado 853 idosos, pois 88 não faziam uso de medicamentos.

Posteriormente, para cada domínio, foram calculados a média aritmética simples dos indicadores, resultando no índice específico do domínio. Por fim, o Índice de Envelhecimento Ativo da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil foi calculado a partir da média aritmética simples dos índices dos seis determinantes.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer n° 4.597.973 (ANEXO B). Após o esclarecimento dos objetivos, os painelistas consentiram em participar com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7 RESULTADOS

7.1 CONVERSÃO EM INDICADORES DOS ASPECTOS ENGLOBALADOS PELO MODELO CONCEITUAL DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Com base no modelo estrutural final do envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020) e na Política de Envelhecimento Ativo da OMS (WHO, 2002), a equipe técnica do projeto construiu indicadores para a mensuração do envelhecimento ativo, conforme descrito no item Especificação inicial dos indicadores candidatos da tarefa 2. O esboço inicial dos indicadores candidatos foi elaborado em reuniões, considerando ser aplicáveis aos idosos e com visão positiva do envelhecimento. Tais indicadores e determinantes, encontram-se no Quadro 5.

Quadro 5 - Identificação dos Indicadores Candidatos segundo os determinantes.

1. Determinantes Comportamentais	1.1 Atividade física
	1.2 Consumo de bebida alcoólica
	1.3 Tabagismo
	1.4 Qualidade do sono – problema para dormir
	1.5 Qualidade do sono – medicamentos para dormir
	1.6 Consulta de rotina
	1.7 Exames preventivos
	1.8 Atitude frente à tomada de remédios
	1.9 Situação vacinal
	1.10 Saúde Bucal
2. Determinantes pessoais	2.1 Resiliência
	2.2 Sintomas depressivos
	2.3 Funcionamento dos sentidos
	2.4 Morbidades
	2.5 Capacidade cognitiva
3. Determinante Ambiente Físico	3.1 Segurança física e proteção
	3.2 Ambiente Físico
	3.3 Meio de Transporte
	3.4 Condição de moradia
4. Determinantes Sociais	4.1 Rede de Apoio Social
	4.2 Apoio Social
	4.3 Relações pessoais
	4.4 Atividades Avançadas de Vida Diária - AAVD
	4.5 Atividades na comunidade
	4.6 Atividades de Lazer
5. Determinante Econômico	5.1 Renda individual mensal
	5.2 Avaliação da condição econômica
	5.3 Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas
	5.4 Aposentadoria e pensão
6. Determinante Serviços Sociais e de Saúde	6.1 Acesso aos serviços de saúde
	6.2 Autoavaliação da evolução do estado de saúde
	6.3 Avaliação do atual estado de saúde

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Para todos os indicadores, preencheu-se uma ficha com o título do indicador, definição, interpretação, método de cálculo, fonte dos dados, valor de referência, domínio, referências,

limitações e observações. As fichas de informação elaboradas dos indicadores candidatos, encontram no Apêndice C.

7.2 VALIDADE DE FACE; VALIDADE DE CONTEÚDO, TERMINOLOGIA E NECESSIDADE

Na rodada um, 32 indicadores foram verificados quanto à validade de face, de conteúdo, terminologia e necessidade, sendo todos considerados apropriados e necessários. Dentre eles, quatro indicadores do domínio Determinantes Comportamentais e um nos Determinantes Econômicos foram avaliados com validade de conteúdo $< 0,80$ sendo excluídos da lista nesta etapa. Somente o indicador “Resiliência” teve votação com discordância entre os painelistas no item terminologia e, após segunda rodada foi mantido.

A Tabela 2 apresenta os valores da mediana de cada questão avaliada, acompanhado do número de painelistas que avaliaram dentro da região de 3 pontos que contém a mediana e o valor do CVI.

Tabela 2 - Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) que avaliaram dentro da região de 3 pontos que contém a mediana para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

Domínio/Nome do indicador	Face		Terminologia		Necessidade		CVI
	Md	N	Md	N	Md	N	
1. Determinantes Comportamentais							
Atividade física	9	14	9	12	9	14	0,85
Consumo de bebida alcoólica	9	14	8	11	9	12	0,85
Tabagismo	9	14	9	12	9	14	0,92
Qualidade do sono-problema para dormir	9	14	9	11	9	14	0,85
Qualidade do sono-medicamentos para dormir	9	12	9	12	9	11	0,78*
Consulta de rotina	9	14	9	13	9	13	0,78*
Exames preventivos	9	13	9	13	9	12	0,78*
Atitude frente à tomada de remédios	9	13	9	11	9	13	0,85
Situação vacinal	9	14	9	12	9	12	0,85
Saúde bucal	9	14	9	11	9	14	0,78*
2. Determinantes Pessoais							
Resiliência	9	12	7	8*	9	12	0,85
Sintomas depressivos	9	14	9	13	9	14	1,0
Funcionamento dos sentidos	9	14	8,5	13	9	14	0,85
Morbidades	9	14	9	12	9	14	1,0
Capacidade cognitiva	9	14	9	13	9	14	1,0
3. Determinantes Ambiente físico							
Segurança física e proteção	9	13	9	12	9	13	0,92
Ambiente físico	9	14	9	12	9	14	0,85
Meio de transporte	9	13	9	12	9	13	0,85
Condição de moradia	9	14	9	12	9	13	0,85

4. Determinantes Sociais

Rede de apoio social	9	14	9	13	9	14	0,92
Apoio Social	9	14	9	12	9	13	0,92
Relações pessoais	9	14	9	12	9	14	0,92
Atividades Avançadas de Vida Diária	9	14	9	12	9	14	1,0
Atividades na comunidade	9	11	9	13	9	10	0,92
Atividades de lazer	9	14	9	12	9	14	0,85

5. Determinantes Econômicos

Renda Individual Mensal	9	13	9	12	9	12	0,92
Avaliação da condição econômica	9	13	9	13	9	13	0,85
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	9	12	9	11	9	12	0,78*
Aposentadoria e pensão	9	11	9	13	9	10	0,92

6. Determinantes Serviços Sociais e de Saúde

Acesso aos serviços de saúde	9	14	9	14	9	14	0,92
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	9	12	8,5	12	9	12	0,85
Avaliação do atual estado de saúde	9	14	9	13	9	13	0,92

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Nota: *itens com votação incerta

Nesta etapa, as fichas de informação dos indicadores foram alteradas pela equipe técnica em reuniões, a partir do referencial teórico, de comentários positivos/negativos e sugestões dos especialistas para cada indicador (APÊNDICE F). As principais alterações realizadas nos indicadores consistiram na escrita de toda a ficha, nos valores de referência e interpretação. Inserir as limitações e a pergunta de pesquisa nas observações, descrever o método de cálculo de cada indicador, retirar a população da definição e alterar nomes dos indicadores. As fichas alteradas foram enviadas novamente para os painelistas para a rodada dois (APÊNDICE F), contendo o total de 27 indicadores.

A pedido de dois painelistas, para a rodada dois (reunião online), foi elaborado um quadro e enviado a todos os componentes do painel, com a finalidade de identificar por meio das variáveis, os indicadores no modelo do envelhecimento ativo. Apresento o Quadro 6.

Quadro 6 - Determinantes Envelhecimento Ativo, Variáveis do Modelo e Indicadores Candidatos da rodada 2.

Determinantes (OMS,2002)	Fatores determinantes mensurados no modelo envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020)	Indicadores candidatos Índice de envelhecimento ativo Rodada 2
Comportamentais	Hábitos de vida saudáveis: Atividade Física, Consumo de bebida alcoólica Tabagismo Qualidade do sono	Atividade Física Frequência no consumo de bebida alcoólica Ausência de tabagismo Ausência de problemas para dormir
	Práticas de autocuidado: Consulta de rotina Exames preventivos Atitude frente à tomada de remédios	Atitude positiva frente à tomada de remédios Cartão vacinal completo

	Situação vacinal Saúde Bucal	
Pessoais	Resiliência Sintomas Depressivos Funcionamento dos sentidos Morbidades Capacidade Cognitiva	Resiliência Ausência de sintomas depressivos Funcionamento dos sentidos de audição, visão, paladar, olfato e tato Ausência de polimorbidades Ausência de declínio cognitivo
Ambiente físico	Segurança física e proteção Ambiente físico Meio de transporte Ambiente no lar	Sentimento de segurança física Meio ambiente saudável Satisfação com meio de transporte Satisfação com a moradia
Sociais	Rede Social Apoio Social Relações Pessoais Atividades Avançadas de Vida Diária Atividades na comunidade Atividades de lazer	Rede de Apoio Social Apoio social: apoio material, afetivo, emocional, informativo. Satisfação com as relações pessoais Atividades Avançadas de Vida Diária Satisfação com a participação nas atividades da comunidade Oportunidade de atividades de lazer
Econômicos	Renda individual mensal Avaliação da condição econômica Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas Aposentadoria e pensão	Renda individual mensal Autoavaliação da condição econômica Aposentadoria e pensão
Serviços Sociais e de Saúde	Acesso aos serviços de saúde Autoavaliação da evolução do estado de saúde Avaliação do atual estado de saúde	Satisfação com o acesso aos serviços de saúde Autoavaliação da melhoria do estado de saúde Estado de saúde atual

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Na reunião por videoconferência da rodada dois, estavam presentes oito painelistas e a equipe técnica do projeto. Quatro especialistas justificaram a ausência por motivos pessoais e dois não responderam aos informes. Foi enviado um e-mail solicitando possíveis sugestões ou considerações sobre os indicadores e o índice para os painelistas que não participaram da reunião, porém não houve retorno. O encontro teve duração de 1 hora e 37 minutos com espaço para que todos se manifestassem em relação aos indicadores e índice.

Os tópicos discutidos na reunião foram as questões incertas após o registro das respostas de todos os painelistas e sugestões para melhoria dos indicadores. No Quadro 7, estão descritas as principais indagações abordadas na reunião.

Quadro 7 – Resumo da discussão do painel na reunião, Uberaba, Minas Gerais, 2022

Nome do indicador/domínio	Resumo da discussão
Todos os indicadores	- Rever a escrita do valor de referência, deixar a ficha mais limpa. - Quanto menor o número de indicadores, melhor será a aplicabilidade em diferentes contextos.
Funcionamento dos sentidos - Determinantes pessoais	- Nome do indicador, deixar somente “Funcionamentos dos sentidos”, os sentidos já estão especificados ao longo da ficha do indicador.
Morbidade - Determinantes pessoais	- Acrescentar a opção “Outros” na pergunta de pesquisa. - Verificar valor de referência de polimorbidades.
Segurança física e proteção - Determinante Ambiente físico	- Incluir indicador em relação ao ambiente externo (acessibilidade, iluminação, arborização, segurança pública incluindo a física, patrimonial e pessoal)
Rede Social e Apoio social - Determinantes sociais	- Manter ambos os indicadores.
Atividades Avançadas da Vida Diária e Satisfação com a participação nas atividades da comunidade – Determinantes sociais	- Identificar se ambos ou qual representa mais para o determinante. Sugestão de manter o indicador Satisfação com a participação nas atividades da comunidade.
Determinantes econômicos	- Dentro dos três indicadores, aqueles que representam mais para o conceito de envelhecimento ativo, sugestão, manter avaliação da condição econômica, retirar renda individual mensal. - Incluir Benefício de Prestação Continuada e Trabalho Remunerado
Determinantes serviços sociais e de saúde	- Excluir o indicador “Autoavaliação da melhoria do estado de saúde”.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Após a reunião, a equipe técnica discutiu as sugestões dos especialistas e foram excluídos dois indicadores, a saber, “Atividades Avançadas da Vida Diária” dos Determinantes Sociais com a justificativa de que “Satisfação com a participação nas atividades da comunidade” do mesmo domínio avaliavam os mesmos aspectos e o último seria mais representativo para o determinante e que deixar um indicador seria maior a chance de ser usado em outros contextos. O que se aplica ao indicador “Autoavaliação da melhoria do estado de saúde” dos Determinantes serviços sociais e de saúde, que também foi excluído. Ao finalizar esta etapa, 25 indicadores estavam aprovados para compor o Índice de Envelhecimento Ativo.

Para a terceira rodada, foram enviados aos especialistas dois indicadores construídos após sugestão na reunião dos painelistas por considerarem relevantes para inclusão no índice, a saber, “Recebimento do Benefício de Prestação Continuada” e “Trabalho Remunerado”. Nesta etapa, houve retorno de oito avaliações sobre a validade de face, validade de conteúdo, necessidade, terminologia.

A Tabela 3 apresenta os valores da mediana de cada avaliação, acompanhado do número de painelistas que avaliaram dentro da região de 3 pontos que contém a mediana e o valor do CVI.

Tabela 3 - Valores da mediana (Md) e número de painelistas (N) que avaliaram dentro da região de 3 pontos que contém a mediana para a validade de face, terminologia, necessidade e CVI, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

Domínio/Nome do indicador	Face		Terminologia		Necessidade		CVI
	Md	N	Md	N	Md	N	
Determinantes Econômicos							
Recebimento do Benefício de Prestação Continuada	9	7	9	7	9	7	0,88
Trabalho Remunerado	9	8	9	8	9	7	0,88

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Na rodada três, mediante os comentários dos especialistas, foi excluído o indicador “Recebimento do Benefício de Prestação Continuada”, pelo fato de que o valor recebido seria mais representativo para o domínio e já existiam outros indicadores que representavam esta questão, então foi considerado dispensável para avaliação do envelhecimento ativo.

O resumo dos comentários positivos dos indicadores de envelhecimento ativo realizados pelos especialistas é apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Comentários positivos resumidos realizados pelos especialistas para os indicadores de envelhecimento ativo.

Domínio	Indicadores	Comentários
Determinantes Comportamentais	Prática de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> -Indicador que mostra a capacidade do idoso de conectar com o ambiente e outras pessoas. - O nível de atividade física empreendido estabelece a condição física, mental e emocional do idoso, portanto útil. -É muito relevante e a definição do indicador está bem definida e referenciada. -Atende ao referencial teórico proposto. -Apresenta todos os parâmetros indicativos sobre atividade física. -Indispensável para a avaliação do idoso e para dimensionar o envelhecimento ativo nesse quesito.
	Frequência no consumo de bebida alcoólica	<ul style="list-style-type: none"> - Questão importante e bem formulada. - Atende ao referencial teórico proposto. - Indicador apresentou definição e valor de referência bem alinhados.
	Ausência de tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial teórico proposto. -Está claramente redigido. -Questão importante para este domínio e bem formulada. -Item importante para a manutenção da capacidade funcional e intelectual e deve ser mantido na avaliação para chegar ao envelhecimento ativo.
	Ausência de problemas para dormir	<ul style="list-style-type: none"> -Esse indicador é indispensável. -Atende ao referencial teórico proposto. -Considerando que o sono traz benefícios e bem-estar, há necessidade de avaliar. -Absolutamente necessário. -A qualidade do sono otimiza, principalmente, a oportunidade saúde. - Atende ao modelo teórico proposto.
	Atitude positiva frente à tomada de remédios	<ul style="list-style-type: none"> -Indicador muito relevante. -É importante porque mesmo com doença o idoso pode ter um envelhecimento ativo, desde que controlada. -Atende ao referencial teórico proposto.
	Cartão vacinal completo	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial teórico proposto. -Está claramente redigido. -Extremamente necessário. -Indicador muito necessário. - É representativo em todos os domínios do envelhecimento ativo.
	Maior resiliência	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial teórico proposto. -Atende ao modelo teórico proposto.

Determinantes Pessoais		<ul style="list-style-type: none"> -Está claramente redigido. -Dado importante para ser avaliado. -É representativo para o referencial teórico porque resiliência reflete a capacidade de adaptar-se às mudanças.
	Ausência de sintomas depressivos	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Está claramente redigido. -Diretamente relacionado com os aspectos definidos na definição do envelhecimento ativo.
	Bom funcionamento dos sentidos	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Levantar as condições de percepção pode definir a condição de envelhecimento ativo do indivíduo. -Muito válido.
	Ausência de polimorbidades	<ul style="list-style-type: none"> -É importante para traçar características que impactam no envelhecimento ativo. -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -É representativo para caracterizar o envelhecimento ativo.
	Ausência de declínio cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -É absolutamente necessário. -Esse indicador estabelece parâmetros para estabelecer limites para a capacidade cognitiva.
Determinante Ambiente Físico	Sentimento de segurança física	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Sentir-se seguro e protegido é fundamental para atividades na velhice. -A comparação é muito útil para estabelecer os perfis em diferentes contextos.
	Meio ambiente saudável	<ul style="list-style-type: none"> -Ao pensar nos riscos de queda; o ambiente é relevante para o envelhecimento ativo. -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Ambiente construído é mais do que útil, é impactante nas ações de todas as pessoas.
	Satisfação com meio de transporte	<ul style="list-style-type: none"> -A mobilidade urbana é um componente importante para os deslocamentos exigidos para as atividades em geral. -Atende ao referencial teórico proposto. -Tratar de meios para a mobilidade certamente é indispensável quando se fala em envelhecimento ativo. -A mobilidade urbana é tema de muitas discussões por ser importante aspecto na qualidade de vida, portanto o indicador é muito útil.
	Satisfação com a moradia	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Considero escrito de forma clara. -A condição da moradia acrescenta ou retira anos de vida com qualidade, portanto o indicador é representativo. -É extremamente útil porque a moradia condiciona os espaços de vida das pessoas.

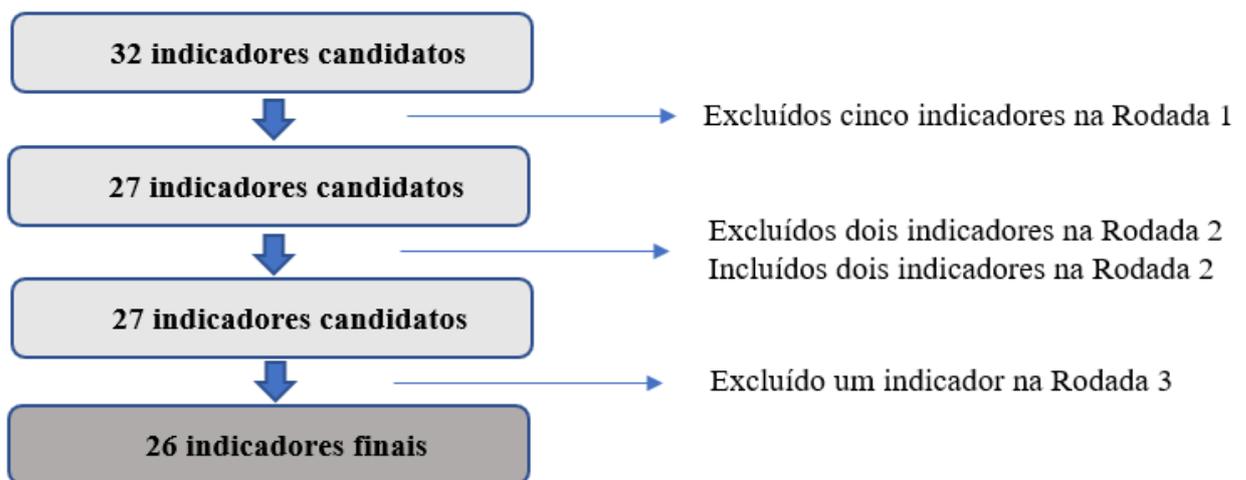
Determinantes Sociais	Presença de Rede de Apoio Social	-Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Absolutamente necessário. -Quando se ressalta o processo de otimização da saúde e participação são indicadores de interação e formação de redes.
	Nível de apoio social material, afetivo, emocional, informativo	-Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Se considerar políticas públicas de apoio social, sim, para que se identifique o papel do Estado no envelhecimento ativo com qualidade.
	Satisfação com as relações pessoais	-Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -As interações sociais são fundamentais para que haja a criação de novos vínculos ao longo da vida.
	Satisfação com a participação nas atividades da comunidade	-Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Está escrito de forma clara. -Absolutamente necessário e útil. -Considerar esse indicador é muito importante para todos os domínios do conceito de envelhecimento ativo.
	Satisfação com oportunidades de atividades de lazer	-Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Está claramente redigido. -Diretamente representativo nas questões que definem o envelhecimento ativo. -É útil e necessário, pois atividades de lazer demonstram claramente a qualidade do envelhecimento ativo.
Determinantes Econômicos	Presença de renda individual mensal	-Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -A renda estabelece as condições de moradia adequada e de redes de apoio, portanto item fundamental para o envelhecimento ativo de uma população.
	Autoavaliação da condição econômica	-Atende ao referencial teórico proposto. -Está claramente redigido -Absolutamente necessário. -A condição econômica define a qualidade de vida em todos os domínios.
	Recebimento de aposentadoria e pensão	-Atende ao referencial teórico proposto. -Está claramente redigido. -É com esse indicador que se definem a renda oficial de pessoas idosas, mesmo que tenham outras fontes.
	Trabalho Remunerado	- Envelhecimento ativo envolve manter-se com objetivos e, portanto, em alguns casos o trabalho remunerado acontece não somente para complementar renda ou como única renda. Portanto, pode indicar a continuidade de uma vida ativa profissionalmente na velhice.

		<ul style="list-style-type: none"> - Redação claramente formulada acerca do indicador. - A atividade remunerada indicará se é um complemento de renda ou a única fonte para a sobrevivência do indivíduo idoso.
Determinante serviços sociais e de saúde	Satisfação com o acesso aos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Está claramente redigido. - O acesso aos serviços de saúde é fundamental -É representativo no suporte às demandas aos serviços de saúde. -É útil por ser um dos elementos que definem a condição de qualidade do envelhecimento ativo.
	Bom estado de saúde atual	<ul style="list-style-type: none"> -Atende ao referencial e modelo teórico proposto. -Claramente redigido. -Caracteriza a condição para as oportunidades oferecidas pelo envelhecimento ativo. -A avaliação do estado de saúde é útil para definir parâmetros de envelhecimento ativo.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Enfim, ao final das avaliações, 26 indicadores, conforme Figura 9, foram distribuídos em seis domínios considerados apropriados, com conteúdo válido, terminologia adequada e necessários para a composição do Índice de Envelhecimento Ativo pelos membros do painel de revisão.

Figura 9 - Representação da exclusão dos indicadores ao longo das três rodadas.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022

As questões, instrumentos de pesquisa e valores de referência utilizados nos indicadores são descritos, a seguir.

1. Determinantes Comportamentais

Relacionados à participação ativa no cuidado com a própria saúde, envolvem a prática de atividade física adequada, alimentação saudável, abstinência do fumo e do álcool, sono com qualidade, uso adequado dos medicamentos e outras práticas de autocuidado na prevenção de agravos, como o acompanhamento da saúde por meio das consultas de rotina e exames preventivos e a vacinação, fatores que irão contribuir para um envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

1.1 Indicador Prática de atividade física

A prática de atividade física foi avaliada pelo Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ (BENEDITTI et al., 2004), que possui questões relacionadas às atividades físicas realizadas em uma semana normal; e com duração de dez minutos contínuos distribuídos em domínios: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte, atividade física em casa; atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer e tempo gasto sentado (ANEXO C). O valor de referência utilizado no indicador é ≥ 150 minutos de atividade física semanal (PATE et al., 1995).

O entrevistador no momento da avaliação questionou a intensidade da atividade física (BRASIL, 2021): *Intensidade leve*, exige mínimo esforço físico e causa pequeno aumento da respiração e dos batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é de 1 a 4. O idoso vai conseguir respirar tranquilamente e conversar normalmente enquanto se movimenta ou até mesmo cantar uma música. A *Intensidade moderada*, exige mais esforço físico, faz respirar mais rápido que o normal e aumenta moderadamente os batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 5 e 6. O idoso vai conseguir conversar com dificuldade enquanto se movimenta e não vai conseguir cantar. A *Intensidade vigorosa*, exige um grande esforço físico, faz respirar muito mais rápido que o normal e aumenta muito os batimentos do seu coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 7 e 8. Você não vai conseguir nem conversar enquanto se movimenta.

1.2 Indicador Frequência no consumo de bebida alcoólica

O consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela questão elaborada pelas pesquisadoras do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva (APÊNDICE I): “O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja etc.)?” “Se sim, com qual frequência?” (1) Diariamente; (2) De 1 a 6 vezes na semana; (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês). Valor de referência: consumo eventual ou raro (menos de 4 vezes ao mês).

1.3 Indicador Ausência de tabagismo

A ausência de tabagismo foi avaliada pela questão elaborada pelas pesquisadoras do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva e amplamente utilizados nas pesquisas: O (a) Senhor (a) fuma? (1) Sim - Há quanto tempo? (2) Fumava – Parou há quanto tempo? (3) Nunca fumei. Valor de referência: Ex-fumante e nunca fumou.

1.4 Indicador Ausência de problemas para dormir

A ausência de problemas para dormir foi avaliada pela questão elaborada pelas pesquisadoras do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva: O (a) Senhor (a) tem algum problema para dormir? Sim ou Não. Valor de referência: Não tem problema para dormir.

1.5 Indicador Atitude positiva frente à tomada de remédios.

Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios - IAAFTR (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003) constituído por dez questões com respostas positivas e/ou negativas: Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios? Você toma os remédios sempre no mesmo horário? Você associa o horário de tomar remédio com as atividades do dia a dia? Quando tem que sair de casa você toma os remédios? Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar? Você leva os remédios consigo quando viaja? Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas? Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica? Você deixou de tomar algum dos remédios nos últimos dias? Faltou alguma vez à consulta médica nos últimos seis meses? (ANEXO D). Cada pergunta era respondida com a alternativa Sim, um ponto e Não, zero pontos, ao final soma-se as pontuações. Valor de referência do indicador é maior ou igual a 7.

1.6 Indicador Cartão vacinal completo

O cartão vacinal completo foi avaliado pela questão: “O idoso recebeu todas as vacinas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Imunização para a população idosa?” O entrevistador verificou o cartão de vacina do idoso. Valor de referência do indicador: Vacinas de hepatite B (3 doses no intervalo de 0-1-6 meses); dT (uma dose a cada dez anos); febre amarela (1 dose) com avaliação do médico para pessoas em possuem risco de contrair a doença; e influenza sazonal (dose anual) (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

2. Determinantes Pessoais

Abrangem a genética e a biologia de cada indivíduo, incluindo fatores psicológicos, número de morbidades e a capacidade cognitiva (ILC - BRASIL, 2015).

2.1 Indicador Maior resiliência

A resiliência está relacionada à capacidade de adaptação frente a estressores ou adversidades (LUTHAR; BROWN, 2007) foi avaliada através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25, validada no Brasil (SOLANO et al., 2016). O instrumento foi respondido em relação ao mês anterior e se alguma das situações não ocorreram, a pessoa respondeu como acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido (CONNOR; DAVIDSON, 2003). A pontuação consiste na soma do total dos 25 itens da escala com respostas variando de nem um pouco verdadeiro (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro), totalizando 100 pontos (ANEXO E). Quanto mais alta a pontuação maior a resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016). Valor de referência do indicador: Valores iguais ou acima da mediana dos dados. Para a pesquisa, a mediana foi calculada entre os idosos e obteve valor igual a 78.

2.2 Indicador Ausência de sintomas depressivos

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) foi utilizada para rastreamento de depressão (YESAVAGE, 1983), sendo validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). O instrumento é constituído por 15 perguntas com respostas objetivas de sim ou não, a saber, Você está basicamente satisfeito com sua vida? Você deixou muitos de seus interesses e atividades? Você sente que sua vida está vazia? Você se aborrece com frequência? Você se sente com bom humor a maior parte do tempo? Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? Você se sente feliz a maior parte do tempo? Você sente que sua situação não tem saída? Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? Você acha maravilhoso estar vivo? Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? Você se sente cheio de energia? Você acha que a sua situação é sem esperanças? Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? Valor de referência do indicador: menor que cinco pontos (ANEXO F).

2.3 Indicador Bom funcionamento dos sentidos

O funcionamento dos sentidos foi avaliado utilizando-se de uma questão do WHOQOL-OLD (FLECK et al., 2006): Como o (a)senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão,

paladar, olfato, tato? (1) Muito ruim (2) ruim (3) nem ruim/nem bom (4) bom (5) muito bom.
Valor de referência do indicador: Bom e muito bom

2.4 Indicador Ausência de polimorbidades

A ausência de polimorbidades foi avaliada pelo Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) por meio dos dados referentes aos 26 itens (Reumatismo; Artrite/artrose; Osteoporose; Asma ou bronquite; Tuberculose; Embolia; Pressão alta; Má circulação (varizes); Problemas cardíacos; Diabetes; Obesidade; Derrame; Parkinson; Incontinência urinária; Incontinência fecal; Prisão de ventre; Problemas para dormir; Catarata; Glaucoma; Problemas de coluna; Problema renal; Sequela acidente/trauma; Tumores malignos; Tumores benignos; Problema de visão, Depressão, Outros) (RAMOS et al., 1993), através da questão de pesquisa: O (a) senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde? (ANEXO G). A polimorbidade foi considerada a presença de duas ou mais morbidades (JOHNSTON et al., 2018). Valor de referência do indicador: Ausência ou presença de uma morbidade.

2.5 Indicador Ausência de declínio cognitivo

O declínio cognitivo dos idosos foi mensurado por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM) traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). Tal questionário (ANEXO H) é composto por diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos) e no espaço (5 pontos), memória imediata com a repetição de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação varia de zero ponto, que representa maior grau de comprometimento cognitivo do idoso até 30 pontos, ausência de declínio cognitivo. Valor de referência do indicador: Analfabetos, 20 pontos; escolaridade de 1 a 4 anos, 25 pontos; escolaridade de 5 a 8 anos, 26,5 pontos; escolaridade de 9 a 11 anos, 28 pontos; escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003).

3. Determinante Ambiente Físico

O ambiente físico encontra-se relacionado às condições que a sociedade proporciona aos idosos e que podem influenciar a sua independência (ILC-BRASIL, 2015). Esse determinante engloba o acesso à água limpa, ao ar puro, à alimentação adequada, ao transporte, à moradia segura e ao ambiente livre de riscos de acidentes (ILC-BRASIL, 2015). Os ambientes devem estimular e favorecer o envelhecimento ativo, gerando condições de saúde, participação e segurança, além de serem inclusivos e acessíveis às diferentes necessidades e condições pessoais (ILC-BRASIL, 2015).

3.1 Indicador Sentimento de segurança física

O sentimento de segurança física foi avaliado pela questão do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente. A segurança envolve aspectos sociais, físicos, alimentares, culturais e financeiros. Valor de referência do indicador: Bastante e extremamente.

3.2 Indicador Meio ambiente saudável

O meio ambiente saudável foi avaliado pela questão do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição)? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente. Valor de referência do indicador: Bastante e extremamente.

3.3 Indicador Satisfação com meio de transporte

A satisfação com meio de transporte foi avaliada pela questão do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): Quão satisfeito (a) está com o seu meio de transporte (por exemplo: carro, ônibus, moto)? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito. Valor de referência: Satisfeitos e muito satisfeitos.

3.4 Indicador Satisfação com a moradia

Para avaliar a satisfação com a moradia, utilizou-se a seguinte questão do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): O Sr (a) está satisfeito (a) com as condições do local onde mora? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito. Valor de referência: Satisfeito e muito satisfeito.

4. Determinantes sociais

Incluem oportunidades de educação, o apoio social, a proteção contra a violência e maus-tratos e a realização de trabalho voluntário que estimulam a saúde, participação e segurança dos indivíduos enquanto envelhecem (ILC-BRASIL, 2015). A educação combinada com oportunidades de aprendizagem pode auxiliar as pessoas a desenvolverem habilidades e confiança, com a finalidade de se adaptarem e permanecerem independentes à medida que envelhecem. O isolamento social e a solidão na velhice estão relacionados ao declínio da saúde tanto física quanto mental (OPAS, 2005). O combate à violência e maus-tratos, que incluem abusos físico; sexual, psicológico e financeiro e a negligência aos idosos, demanda abordagem multisetorial e esforços para aumentar a consciência social sobre esses problemas, envolvendo mudanças de valores sociais e atitudes de preconceito (OPAS, 2005; ILC - BRASIL, 2015).

4.1 Indicador Presença de rede social

A rede social está relacionada com o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida (BOWLING, 1997). A Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005) foi empregue para identificar a presença de rede social (ANEXO I). As questões foram: Com quantos parentes, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta) e Com quantos amigos, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta). Utilizou-se como valor de referência do indicador os idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com pelo menos um ou mais parentes e/ou amigos.

4.2 Indicador Nível de apoio social total: material, afetivo, emocional, informativo.

O apoio social refere-se aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Para identificar o apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social (ANEXO I) elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). O apoio social é mensurado mediante a frequência que o idoso obtém apoio material, através da provisão de recursos práticos e ajuda material; apoio afetivo com demonstrações físicas de amor e que faça com que se sinta querido; interação social positiva, contar com pessoas com quem relaxar e se divertir; emocional, que tenha pessoas com quem possa auxiliar em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida e; apoio de informação, por exemplo, contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (GRIEP et al., 2005). Foi gerado um escore padronizado de cada uma das dimensões do apoio social. A pontuação final foi calculada usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100 (GRIEP et al., 2005). Com isso, a pontuação final e, também para cada dimensão, varia de 20 a 100 pontos, ou seja, quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social (GRIEP et al., 2005). O valor de referência utilizado no indicador foi valores iguais ou acima da mediana dos dados. Para a pesquisa, a mediana foi calculada entre os idosos e obteve valor igual a 96.

4.3 Indicador Satisfação com as relações pessoais

A satisfação com as relações pessoais foi verificada com a pergunta do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito. Valor de referência do indicador: Satisfeito e muito satisfeito.

4.4 Indicador Satisfação com a participação nas atividades da comunidade

A satisfação com a participação nas atividades da comunidade foi avaliada com a seguinte questão do WHOQOL-OLD (FLECK et al., 2006): O quão o(a) senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade? (1)

muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito. Valor de referência do indicador: Satisfeito e muito satisfeito.

4.5 Indicador Satisfação com oportunidade de atividades de lazer

A satisfação com oportunidade de lazer foi avaliada com a questão do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente. Valor de referência: bastante e extremamente.

5.Determinantes econômicos

A condição econômica afeta diretamente o acesso aos alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados com a saúde (WHO, 2002; ILC - BRASIL, 2015). Este determinante compõe a condição socioeconômica, a proteção social e o emprego/condições de trabalho (ILC-BRASIL, 2015). Altas taxas de desemprego representam risco à segurança econômica, à saúde e ao bem-estar pessoal (ILC - BRASIL, 2015). Pessoas desempregadas tem pior qualidade do sono e no funcionamento físico e mental (ILC - BRASIL, 2015). Por sua vez, o emprego e as condições de trabalho favorecem a renda adequada, bem como as oportunidades de aprendizagem, acesso às redes sociais e benefícios psicológicos (ILC - BRASIL, 2015).

5.1 Indicador Presença de renda individual mensal

A presença de renda individual mensal foi verificada pela questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro UFTM e amplamente utilizado nas pesquisas (APÊNDICE I). Qual a sua renda individual mensal? 1) Não tem renda 2) Menos que 1 salário-mínimo 3) 1 salário-mínimo 4) De 1 – 3 salários mínimo 5) De 3 – 5 salários mínimo 6) mais de 5 salários mínimo. Valor de referência do indicador: maior ou igual a 1 salário-mínimo.

5.2 Indicador Autoavaliação da condição econômica

A autoavaliação da condição econômica foi verificada por meio da questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM e amplamente utilizado nas pesquisas (APÊNDICE I). No seu entender, a sua condição econômica é (1) ruim, (2) regular, (3) boa. Valor de referência do indicador: condição econômica boa.

5.3 Indicador Recebimento de aposentadoria e pensão

O recebimento de aposentadoria e pensão foram examinados pelas questões pertencentes ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM e amplamente utilizado nas pesquisas (APÊNDICE I). Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (1) Aposentadoria, (2) pensão 3) Renda/ aluguel 4) Doação (família) 5) Doação (outros) 6) Trabalho contínuo (formal ou não) 7) Trabalho eventual 8) Renda mensal vitalícia 9) Aplicação financeira 10) Sem rendimento próprio. Valor de referência: Idosos que recebem aposentadoria e pensão.

5.4 Indicador Trabalho Remunerado

O trabalho remunerado foi verificado por meio da questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM e amplamente utilizado nas pesquisas (APÊNDICE I). Atualmente o (a) Senhor (a) exerce trabalho remunerado? Sim ou Não. Valor de referência do indicador, idosos que exercem trabalho remunerado.

6. Determinantes Serviços Sociais e de Saúde

Visa a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso a cuidados primários e no longo prazo (WHO, 2002). Este determinante envolve ações para promover estilo de vida saudável; prevenção e o tratamento de doenças crônicas e lesões; acessos aos medicamentos e cuidadores formais e/ou informais precisam ser acessíveis, igualitárias e bem coordenadas para promover o envelhecimento ativo ao idoso (WHO, 2002). Tais condições são realizáveis e sustentáveis quando estão articulados aos outros determinantes do envelhecimento ativo (ILC - BRASIL, 2015).

6.1 Indicador Satisfação com o acesso aos serviços de saúde

A satisfação com o acesso aos serviços de saúde foi verificada pela questão do WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000): Quão satisfeito o (a) Senhor (a) está com o seu acesso aos serviços de saúde? (1) Muito insatisfeito; (2) Insatisfeito; (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito; (4) Satisfeito; (5) Muito satisfeito. Valor de referência do indicador: satisfeito e muito satisfeito.

6.2 Indicador Bom estado de saúde atual

O bom estado de saúde atual foi verificado por meio da questão pertencente ao Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Como o (a) Senhor (a) avalia (a) sua saúde? (1) Péssima (2) Má (3) Regula (4) Boa (5) Ótima. (RAMOS et al., 1993). O valor de referência do indicador: Autoavaliação da saúde como boa ou ótima.

Os indicadores finais, respectivos domínios, definição e método de cálculo são descritos no quadro 9.

Quadro 9 - Indicadores finais, domínios, definição e método de cálculo dos indicadores finais que compõem o Índice de Envelhecimento Ativo, Brasil

Domínio	Indicadores	Definição	Método de cálculo (numerador/denominador)
Determinantes Comportamentais	Prática de atividade física	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que realizam pelo menos ≥ 150 minutos de atividade física semanal, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que realizam } \geq 150 \text{ minutos de atividade física semanal}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Frequência no consumo de bebida alcoólica	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que eventualmente ou raramente consomem bebida alcoólica, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que eventualmente ou raramente consomem bebida alcoólica}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Ausência de tabagismo	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não fumam, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que não fumam}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Ausência de problemas para dormir	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não tem problema para dormir, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que não tem problema para dormir}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Atitude positiva frente à tomada de remédios	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com atitude positiva frente à tomada de remédios, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Cartão vacinal completo	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com cartão vacinal completo, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos com cartão vacinal completo}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Determinantes Pessoais	Maior resiliência	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com maiores escores de resiliência, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos com maiores escores de resiliência}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Ausência de sintomas depressivos	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem indicativo de sintomas depressivos, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos sem indicativo de sintomas depressivos}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Bom funcionamento dos sentidos	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com funcionamento bom ou muito bom da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom.	$\frac{\text{número de idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$

	Ausência de polimorbidades	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem polimorbidades, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos sem polimorbidades}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Ausência de declínio cognitivo	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade sem declínio cognitivo, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos sem declínio cognitivo}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Determinante Ambiente Físico	Sentimento de segurança física	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que se sentem bastante ou extremamente seguros (as) em sua vida diária, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que sentem bastante ou extremamente seguros (as) em sua vida diária}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Meio ambiente saudável	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que consideram o seu meio ambiente como bastante ou extremamente saudável, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que consideram o seu meio ambiente como bastante ou extremamente saudável}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Satisfação com meio de transporte	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o meio de transporte, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o meio de transporte}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Satisfação com a moradia	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições do local onde mora, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições do local onde mora}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Determinantes Sociais	Presença de Rede Social	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Nível de apoio social total material, afetivo, emocional, informativo	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que possuem melhor nível de apoio social, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que possuem melhor nível de apoio social}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Satisfação com as relações pessoais	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas relações pessoais, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas relações pessoais}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
		Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as oportunidades que tem	

	Satisfação com a participação nas atividades da comunidade	para participar de atividades da comunidade, em determinado espaço geográfico (por exemplo, participação em grupos religiosos, reuniões comunitárias, voluntariado etc.)	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades na comunidade}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Satisfação com oportunidades de atividades de lazer	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com bastante ou extremamente oportunidades de atividades de lazer (por exemplo: assistir televisão, receber visitas, conversar, praticar atividade física etc.), em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos com bastante ou extremamente oportunidades de atividades de lazer}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Determinantes Econômicos	Presença de renda individual mensal	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Autoavaliação da condição econômica	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a condição econômica como boa, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Recebimento de aposentadoria e pensão	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade aposentados e/ou pensionistas, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos aposentados e/ou pensionistas}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Trabalho Remunerado	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que exerce trabalho remunerado.	$\frac{\text{número de idosos que exercem trabalho remunerado}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Determinante serviços sociais e de saúde	Satisfação com o acesso aos serviços de saúde	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
	Bom estado de saúde atual	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa ou ótima, em determinado espaço geográfico.	$\frac{\text{número de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa ou ótima}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

7.3 AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E USABILIDADE DOS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO

A maioria dos especialistas pontuaram positivamente os indicadores em relação à utilidade. Qualidade do sono-medicamentos para dormir e resiliência pontuaram negativo por três especialistas. Os indicadores, ambiente físico, meio de transporte, apoio social, relações pessoais, atividades na comunidade, avaliação da condição econômica, dinheiro para satisfazer as necessidades básicas e autoavaliação da evolução do estado de saúde pontuaram negativo em relação à utilidade para avaliar o envelhecimento ativo por dois especialistas. Consumo de bebida alcoólica, consulta de rotina, atitude frente à tomada de remédios e renda individual mensal pontuaram negativamente por um especialista.

Na avaliação da usabilidade, no que se refere o uso em relatórios públicos para promoção do envelhecimento ativo, o indicador qualidade do sono-medicamentos para dormir foi pontuado por três especialistas na região de três pontos como uso altamente desencorajado e, o uso em relatórios públicos a nível das áreas geográficas também obteve pontuação baixa por quatro especialistas.

Na Tabela 4, apresento a avaliação da utilidade e usabilidade pelos painelistas.

Tabela 4 - Avaliação da utilidade e usabilidade pelos painelistas, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

Nome do indicador/domínio	Utilidade		Usabilidade					
	(Avaliar Envelhecimento Ativo)		Relatórios públicos para promoção do Envelhecimento Ativo			Áreas geográficas		
	Sim (N)	Não (N)	Uso altamente desencorajado (1-3) (N)	Intermediário (4-6) (N)	Uso altamente recomendado (7-9) (N)	Uso altamente desencorajado (1-3) (N)	Intermediário (4-6) (N)	Uso altamente recomendado (7-9) (N)
1. Determinantes Comportamentais								
Atividade física	14			1	13	1	1	12
Consumo de bebida alcoólica	13	1		3	11	1	2	11
Tabagismo	14			3	11	1	2	11
Qualidade do sono-problema para dormir	14				14			14
Qualidade do sono-medicamentos para dormir	11	3	3	1	10	4		10
Consulta de rotina	13	1			14			14
Exames preventivos	14				14			14
Atitude frente à tomada de remédios	13	1		3	11	1	1	12
Situação vacinal	14				14			14
Saúde bucal	14			1	13		1	13
2. Determinantes Pessoais								
Resiliência	11	3	1	1	12	2	1	11
Sintomas depressivos	14				14			14
Funcionamento dos sentidos	14				14			14
Morbidades	14				14			14
Capacidade cognitiva	14				14			14
3. Determinante Ambiente físico								
Segurança física e proteção	14			1	13		1	13
Ambiente físico	12	2	1	1	12	1	1	12
Meio de transporte	12	2	1	1	12	1	1	12
Condição de moradia	14				14			14
4. Determinantes Sociais								
Rede de apoio social	14		1		13	1		13
Apoio Social	12	2	1	2	11	2	1	11
Relações pessoais	12	2	1	1	12	2		12
Atividades Avançadas de Vida Diária	14				14			14

Atividades na comunidade	12	2		2	12		2	12
Atividades de lazer	14			1	13		1	13
5. Determinantes Econômicos								
Renda Individual Mensal	13	1		1	13		1	13
Avaliação da condição econômica	12	2	1	1	12	1	1	12
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	12	2	1	1	12	1	1	12
Aposentadoria e pensão	14			2	12		2	12
6. Determinantes Serviços Sociais e de Saúde								
Acesso aos serviços de saúde	14				14			14
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	12	2		3	11		3	11
Avaliação do atual estado de saúde	14				14			14

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

O Quadro 10, apresentam-se os comentários resumidos dos painelistas sobre a utilidade.

Quadro 10 - Comentários resumidos e número dos painelistas que avaliaram negativamente os indicadores quanto à utilidade, Uberaba, Minas Gerais, 2022

Indicador/domínio	Painelistas (n)	Utilidade
Determinantes Comportamentais		
Consumo de bebida alcoólica	1	-Sugestão de manter o mínimo de indicadores; olhando para a figura do modelo e pensando no que seria 'mais' necessário, talvez este seria um indicador a suprimir. -O consumo pode ser eventual e não causar etilismo.
Qualidade do sono-medicamentos para dormir	3	-A qualidade de sono é importante, mas reforço a necessidade de alteração, já que como está, ele avalia o uso de medicamentos e não a qualidade em si. -É um indicador que complementa o anterior, ou é complementado por ele, pois o uso de medicamento já denuncia que há menor qualidade no sono.
Determinante Ambiente físico		
Ambiente físico	2	-Penso que outros fatores pesam mais do que este aspecto.
Meio de transporte	2	-Penso que outros fatores pesam mais do que este aspecto.
Determinantes sociais		
Apoio Social	2	-O anterior já seria suficiente. -Apoio social é subjetivo, pode ser da família ou de amigos, de vizinhos ou do Estado.
Relações pessoais	2	-Como no item anterior, há muita subjetividade e pouca utilidade se houver diferentes interpretações.
Atividades na comunidade	2	-O anterior está relacionado. -Considero que estão incluídas nas atividades avançadas.
Determinantes econômicos		
Renda individual mensal	1	-Considero que renda individual pode não ser a realidade de muitos idosos, pois pode sustentar uma família ou ter rendimentos complementares.
Avaliação da condição econômica	2	-Tem outros 2 nesta dimensão que na minha visão são mais úteis.
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	2	-Considero redundante com o indicador anterior.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Na etapa de finalização das especificações, as fichas finais foram contempladas com as análises empíricas e questões adicionais relacionadas ao processo de validação (APÊNDICE J).

7.4 CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO COM BASE NOS INDICADORES CONSENSUADOS

Em relação às classificações dos pesos, na primeira rodada, um especialista optou por não avaliar o formulário, mesmo após esclarecimento de dúvidas e um diz não ter informações suficientes para avaliar os pesos dos domínios. Na Tabela 5 estão registradas as avaliações.

Tabela 5 - Avaliação dos pesos dos seis domínios do índice pelos doze painelistas, Uberaba, Minas Gerais, 2022.

Domínio	Peso do domínio reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde	
	SIM	NÃO
Determinantes Comportamentais	8	4
Determinantes Pessoais	9	3
Determinante Ambiente Físico	9	3
Determinantes Sociais	11	1
Determinantes Econômicos	11	1
Determinantes Serviços Sociais e de Saúde	10	2

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Em relação aos comentários, foi sugerido maior peso nos Determinantes Comportamentais em relação ao Determinante Ambiente Físico e diminuir o peso dos Determinantes Serviços Sociais e de Saúde sem que houvesse a especificação dos valores. O Quadro 11 apresenta os comentários resumidos dos painelistas sobre os pesos dos domínios da primeira rodada.

Quadro 11 - Comentários resumidos dos painelistas sobre os pesos dos domínios do índice de envelhecimento ativo, Uberaba, Minas Gerais, 2022

Domínio	Comentário
1. Determinantes Comportamentais	-Atende ao referencial teórico proposto. -Sim, considerando-se que o conceito de envelhecimento ativo está pautado nas oportunidades para que haja ou melhore a qualidade de vida, a depender dos comportamentos adotados. -Acredito que precisa ser maior do que ambiente físico. -Como determinante comportamental é algo que pode ser modificado sugiro que o peso seja um pouco maior.
2. Determinantes pessoais	-Atende ao referencial teórico proposto. -Acredito que há diversos componentes subjetivos, que dificultam um resultado que traduza a realidade e, portanto, seria necessário ajustar com o uso de outros instrumentos.
3. Determinante Ambiente físico	-Atende ao referencial teórico proposto. -Sendo o cenário das atividades humanas, o ambiente físico, ou construído, pode ser estimulante ou inibidor de atividades e, portanto, é um domínio importante e reflete o referencial teórico da OMS. -Poderia ser um pouco menor.
4. Determinantes sociais	-Atende ao referencial teórico proposto. -O ambiente é físico, mas também social, e o suporte comunitário que acolhe e inclui a pessoa idosa é um componente estimulante para o envelhecimento ativo.
5. Determinantes econômicos	-Atende ao referencial teórico proposto. -Reflete, mas com o cuidado para não avançar em aspectos que podem oferecer dados incorretos, por dependerem de emissões pouco confiáveis.
6. Determinantes Serviços Sociais e de Saúde	-Atende ao referencial teórico proposto. -Sim, pois estabelece questões fundamentais para esse domínio de acordo com o referencial teórico da OMS.

	-O peso estimado é o maior de todos, porém sugiro que diminua o peso deste domínio.
Comentários gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Relevante para os estudos. -A minha sugestão é que estes pesos podem ser considerados, mas que talvez possam ser relacionadas algumas variáveis entre os determinantes que apresentam correlações e possam ser interpretadas sem que se considerem em quais determinantes elas estão inseridas. -Sugiro refletir sobre separar serviços sociais de saúde, pela complexidade que ambos significam no contexto da qualidade de vida para o envelhecimento ativo. -Menos ambiente físico, mais determinantes comportamentais. -Não estou de acordo com 2 domínios. Sugiro que aumente o peso de determinantes comportamentais e diminua o peso de determinantes de serviços sociais e de saúde. -Concordo com a determinação dos pesos e não tenho nenhuma sugestão de mudança. -Considerando que não foram utilizadas as mesmas variáveis/indicadores do estudo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020); entendo que se deve realizar uma modelagem de carga fatorial específica para a presente investigação. -Outra questão: o modelo da OMS não menciona hierarquia de importância entre os domínios. Portanto, penso que um outro caminho é assumir esse pressuposto e, portanto, calcular proporcionalmente o peso de domínio considerando o número de indicadores. -Penso ser o mais lógico, pois está baseado na resposta dos idosos da pesquisa que subsidiou estes dados. Não consigo pensar em outro modo de estabelecer pesos. No meu ponto de vista, importa o que os idosos consideram importante, que impacta no seu cotidiano e nas suas oportunidades (saúde, participação e segurança).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Na rodada 2, durante a videoconferência, os pesos foram avaliados novamente pelos painelistas e, após a troca de informações, sugeriram manter os pesos iguais para os seis determinantes do índice de envelhecimento ativo. Essa decisão embasou-se ao considerar o conceito multidimensional em que todos os determinantes têm importância em rede e no âmbito individual para o envelhecimento ativo. Além disso, os especialistas acreditam que irá permitir perceber a área que impactará mais o idoso a partir da aplicação do índice, e não com o julgamento de pesos. Se aumentar o peso de um determinante, ele pode estar impactado por outro, então, ele não irá refletir as áreas que forem mais sensíveis como, a diversidade cultural e social do Brasil.

Os cálculos dos índices específicos dos domínios estão representados pelas fórmulas (média aritmética simples) descritas a seguir:

$$\text{Índice dos Determinantes Comportamentais} = \frac{idc1 + idc2 + idc3 + idc4 + idc5 + idc6}{6}$$

Sendo,

idc1 = Indicador Prática de atividade física

idc2 = Indicador Frequência no consumo de bebida alcoólica

idc3 = Indicador Ausência de tabagismo

idc4 = Indicador Ausência de problemas para dormir

idc5 = Indicador Atitude positiva frente à tomada de remédios

idc6 = Indicador Cartão vacinal completo

$$\text{Índice dos Determinantes Pessoais} = \frac{idp1 + idp2 + idp3 + idp4 + idp5}{5}$$

Sendo,

idp1 = Indicador Maior resiliência

idp2 = Indicador Ausência de sintomas depressivos

idp3 = Indicador Bom funcionamentos dos sentidos

idp4 = Indicador Ausência de polimorbidades

idp5 = Indicador Ausência de declínio cognitivo

$$\text{Índice do Determinante Ambiente físico} = \frac{idaf1 + idaf2 + idaf3 + idaf4}{4}$$

Sendo,

idaf1 = Indicador Sentimento de segurança física

idaf2 = Indicador Meio ambiente saudável

idaf3 = Indicador Satisfação com meio de transporte

idaf4 = Indicador Satisfação com a moradia

$$\text{Índice do Determinantes Sociais} = \frac{ids1 + ids2 + ids3 + ids4 + ids5}{5}$$

Sendo,

ids1 = Indicador Presença de rede social

ids2 = Indicador Nível de apoio social total: material, afetivo, emocional, informativo

ids3 = Indicador Satisfação com as relações pessoais

ids4 = Indicador Satisfação com a participação nas atividades da comunidade

ids5= Indicador Satisfação com as oportunidades de atividades de lazer

$$\text{Índice do Determinante Econômico} = \frac{ide1 + ide2 + ide3 + ide4}{4}$$

Sendo,

Ide = Indicador do Determinante Econômico

ide1 = Indicador Presença de renda individual mensal

ide2 = Indicador Autoavaliação da condição econômica

ide3 = Indicador Recebimento de aposentadoria e pensão

ide4 = Indicador Trabalho remunerado

$$\text{Índice dos Determinantes Serviços sociais e de saúde} = \frac{iss1 + iss2}{2}$$

Sendo,

iss1 = Indicador Satisfação com o acesso aos serviços de saúde

iss2 = Indicador Bom estado de saúde atual

O cálculo do índice geral agregado está representado pela seguinte fórmula (média aritmética simples) dos seis domínios:

$$\text{Índice de Envelhecimento Ativo brasileiro} = \frac{\text{Índice } d1 + \text{Índice } d2 + \text{Índice } d3 + \text{Índice } d4 + \text{Índice } d5 + \text{Índice } d6}{6}$$

Sendo,

Índice d1 = Índice dos Determinantes Comportamentais

Índice d2 = Índice dos Determinantes Pessoais

Índice d3 = Índice do Determinante Ambiente físico

Índice d4 = Índice dos Determinantes Sociais

Índice d5 = Índice dos Determinantes Econômicos

Índice d6 = Índice dos Determinantes Serviços sociais e de saúde

7.5 TESTAR O ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO IDOSA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS, BRASIL

A amostra foi composta por 941 idosos residentes na Microrregião de Uberaba, Minas Gerais, Brasil e a caracterização sociodemográfica encontra-se na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica de idosos residentes na Microrregião de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.

	n	%
Sexo		
Feminino	632	67,2
Masculino	309	32,8
Idade		
60 a 69 anos	351	37,3
70 a 79 anos	392	41,7
80 anos ou mais	198	21,0
Cor		
Branca	585	62,2
Preta	102	10,8
Parda	238	25,3
Amarela	16	1,7
Situação Conjugal		
Nunca se casou	59	6,3
Mora com companheiro	401	42,6
Viúvo	374	39,7
Separado, desquitado ou divorciado	107	11,4
Escolaridade (anos de estudo)		
Nunca estudou	171	18,2
Até 04 anos	501	53,2
05 a 08 anos	152	16,2
09 a 11 anos	60	6,4
Superior a 11 anos	57	6,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os determinantes que mais contribuíram para o Índice de Envelhecimento Ativo foram Ambiente Físico e Sociais. Na Tabela 7 estão descritos os valores do cálculo de cada indicador, seguidos do cálculo específico de cada domínio do índice de envelhecimento ativo.

Tabela 7 - Cálculo dos indicadores e dos seis domínios do Índice de Envelhecimento Ativo dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.

Domínio/Nome do indicador	Cálculo do indicador %	Índice do domínio %
1. Determinantes Comportamentais		
Prática de atividade física	65,6	
Frequência no consumo de bebida alcoólica	15,5	
Ausência de tabagismo	85,4	
Ausência de problemas para dormir	56,3	
Atitude positiva frente à tomada de remédios	76,8	
Cartão vacinal completo	35,1	
		55,8
2. Determinantes pessoais		
Maior resiliência	50,9	

Ausência de sintomas depressivos	76,2	
Bom funcionamento dos sentidos	66,3	
Ausência de polimorbidades	5,3	
Ausência de declínio cognitivo	53,1	50,4
3.Determinante Ambiente físico		
Sentimento de segurança física	72,2	
Meio ambiente saudável	77,8	
Satisfação com meio de transporte	82	
Satisfação com a moradia	86	79,6
Determinantes sociais		
Presença de rede social	97,4	
Nível de apoio social total: material, afetivo, emocional, informativo	53,8	
Satisfação com as relações pessoais	85,1	
Satisfação com a participação nas atividades da comunidade	58,9	
Satisfação com oportunidade de atividades de lazer	43,7	67,8
Determinantes econômicos		
Presença de renda individual mensal	91,7	
Autoavaliação da condição econômica	36,9	
Recebimento de aposentadoria e pensão	88,5	
Trabalho remunerado	15,9	58,2
Determinantes serviços sociais e de saúde		
Satisfação com o acesso aos serviços de saúde	72,1	
Bom estado de saúde atual	44,4	58,2

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Por fim, foi calculado o Índice de Envelhecimento Ativo da Microrregião de Uberaba, Minas Gerais, Brasil (61,7%). Na Tabela 8 são apresentados os percentuais do cálculo.

Tabela 8 - Percentuais e cálculo do Índice de Envelhecimento Ativo da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022.

Domínio	Índice do domínio	Índice de Envelhecimento Ativo
	%	%
Determinantes Comportamentais	55,8	
Determinantes Pessoais	50,4	
Determinante Ambiente físico	79,5	
Determinantes Sociais	67,8	
Determinantes Econômicos	58,2	
Determinantes Serviços sociais e de saúde	58,2	61,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

8 DISCUSSÃO

8.1 CONVERSÃO EM INDICADORES DOS ASPECTOS ENGLOBALADOS PELO MODELO CONCEITUAL DE ENVELHECIMENTO ATIVO

A construção dos indicadores de envelhecimento ativo consistiu em uma etapa relevante para a elaboração do índice, por se tratar da descrição dos múltiplos fatores que interferem no envelhecimento ativo. As fichas de informação elaboradas nessa pesquisa foram traçadas considerando as especificidades culturais, sociais dos idosos brasileiros e a perspectiva positiva do envelhecimento. Uma vez que, tais ferramentas cumprem funções de fornecer dados para o planejamento de intervenções, monitorar a implementação de programas/políticas e avaliar os resultados (ROMERO et al., 2019). Desta forma, propôs-se um conjunto de indicadores com diferentes perspectivas sobre o objeto considerando que um único indicador seria insuficiente para atender essa demanda (ROMERO et al., 2019).

Os indicadores positivos têm uma relação direta com o conceito de saúde, assim, quanto maior a magnitude, melhor o estado de saúde desta população (OPAS, 2018). Destaca-se que, para cada variável observada do modelo final de envelhecimento ativo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020; WHO, 2002) foram propostos indicadores e definições a partir do referencial teórico da OMS, tendo em vista os fatores determinantes para o idoso. Com isso, indicadores multidimensionais bem delimitados, simples e compreensíveis contribuem para uma ferramenta útil e robusta sobre o envelhecimento ativo (ZAIDI et al., 2017).

Nesta etapa de construção é fundamental definir dois componentes principais, os dados que serão utilizados e a definição dos indicadores (TOLONEN et al., 2021). Tais fatores afetam a qualidade das medidas (TOLONEN et al., 2021, OPAS, 2018), o primeiro deve ser de qualidade e completos, se forem tendenciosos ou deficientes, o indicador sofrerá impactos negativos, não sendo confiável e o segundo deve ser válido e com estimativas precisas (TOLONEN et al., 2021).

No presente estudo, foram utilizados dados primários de entrevistas realizadas por pessoas com treinamento e abordagem ética da pesquisa. As fontes primárias fornecem evidências diretas do fenômeno, maior controle na qualidade dos dados, padronização da coleta e, conseqüentemente maior comparabilidade dos indicadores (OPAS, 2018).

As definições dos indicadores foram construídas considerando informações claras que os definem, por meio de instrumentos validados e perguntas amplamente utilizadas na gerontologia, facilitando assim a compreensão e padronização dos métodos de cálculo.

Salienta-se a importância de conhecer as informações que serão utilizadas para construir os indicadores de saúde, tal questão garante que, ao comparar resultados entre países ou ao longo do tempo, o observador utilize as mesmas fontes de dados, definições e faixa etária estabelecidos (TOLONEN et al., 2021).

As fichas de informação dos indicadores representam uma ferramenta de uso geral para instituições ou profissionais que assistem à população idosa. Serviços de saúde, organizações, formuladores de políticas e pesquisadores podem ter acesso aos indicadores com a finalidade de orientar e intervir em aspectos pontuais dos idosos. Assim como aperfeiçoar e validar de acordo com o território em que serão aplicados (MARMO et al., 2020).

8.2 VALIDADE DE FACE; VALIDADE DE CONTEÚDO, TERMINOLOGIA E NECESSIDADE

Os indicadores de saúde são largamente utilizados para propósitos amplos, desde o monitoramento até a tomada de decisão política baseada em informações (TOLONEN et al., 2021). Nesta perspectiva, a análise de face, de conteúdo, terminologia e necessidade são essenciais para cumprir tal propósito. Destaca-se que a maioria dos especialistas teve boa aceitação dos indicadores candidatos. As adaptações mais sugeridas foram em relação à terminologia, visando maior compreensão na redação da ficha de informação do indicador. Neste sentido, a pluralidade de conhecimentos, opinião e experiência dos especialistas favoreceram a aceitabilidade das medidas, bem como maior clareza e consistência. Assim, a medida bem definida e confiável permite a avaliação nacional, bem como a tendência e diferenças entre as regiões (TOLONEN et al., 2021).

Esta etapa envolveu um painel de especialistas diversificado e abordou principalmente a aceitabilidade científica e aderência dos indicadores ao conceito proposto pela OMS (2002), sendo capaz de refinar as definições para melhor refletir o propósito pretendido (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011). O painel de especialistas fornece ao pesquisador informações valiosas para revisar a medida e utiliza técnicas destinadas a troca de informações (RUBIO et al., 2003; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND

QUALITY, 2011). Tal etapa resultou na validade de 26 indicadores, no qual foram considerados apropriados, com terminologia adequada, conteúdo válido e necessários para o envelhecimento ativo no idoso.

O painel foi composto por diversos indivíduos e especialidades (por exemplo, multiprofissionais), ambientes de prática e regiões (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011). Os especialistas deste estudo foram selecionados de diferentes localidades do país, a saber, região sudeste, nordeste, centro-oeste e de múltiplas áreas de atuação do idoso, representados por profissionais da nutrição, arquitetura, gerontologia, educação física, fisioterapia, enfermagem, medicina e serviço social, favorecendo assim maior diversidade e troca de informações. A participação de juízes para análise de indicadores tem sido utilizada no desenvolvimento de índices de envelhecimento ativo (ZAIDI et al., 2017; AU et al., 2021; HSU et al., 2019).

8.3 AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E USABILIDADE DOS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO

A maioria dos juízes responderam positivamente para a utilidade e usabilidade dos indicadores, denotando sua contribuição para avaliar o envelhecimento ativo, uso em relatórios públicos e comparação em áreas geográficas.

Os indicadores construídos permitem acompanhar o progresso do envelhecimento ativo em determinado espaço geográfico, bem como comparar o desenvolvimento e a formulação de políticas para subsidiar a qualidade da assistência em diferentes áreas que cercam saúde do idoso. Desta forma, tem potencial para serem calculados a nível nacional, avaliar tendências e diferenças entre regiões e subgrupos populacionais, com vistas ao planejamento de ações baseadas em evidências tanto pela gestão, quanto por pesquisadores ou profissionais da saúde (TOLONEN et al., 2021; OPAS, 2008). Assim, permite com que formuladores de políticas públicas baseiem as intervenções de envelhecimento ativo em evidências de indicadores (ZAIDI et al., 2013).

Com isso, a equipe de enfermagem pode se envolver e mobilizar atividades nos diversos aspectos voltados aos determinantes do envelhecimento ativo, visando as políticas públicas segundo a realidade local (TUMA, 2019).

Os indicadores de envelhecimento ativo ao serem aplicados, podem auxiliar na criação de oportunidades para a saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida, dar poder de decisão promovendo direitos básicos aos idosos, com maior resiliência e empoderamento (ILC-BRASIL, 2015).

8.4 CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO COM BASE NOS INDICADORES CONSENSUADOS

O índice desta pesquisa, a nível macro, assemelha-se ao europeu no que tange a visão positiva do envelhecimento, conhecimento dos desafios que os idosos e sociedade enfrentam em relação à velhice. Ambos incentivam vida profissional mais longa, capacidade para o trabalho, promove a participação social, saúde, independência e a não discriminação dos idosos (ZAIDI et al., 2017).

O Índice de envelhecimento ativo para os países europeus utilizou como referencial a OMS, porém diferenças em relação à construção podem ser observadas em relação ao presente estudo, a saber, faixa etária da população; coleta de dados; domínios; indicadores; pesos e definições utilizadas. Assim, isto corrobora com o pressuposto da pesquisa em questão, em não validar o índice europeu para a população brasileira, pelas diferenças culturais, sociais e econômicas entre os países e, também por não terem utilizado os seis determinantes do envelhecimento ativo como base para seleção e especificação dos indicadores.

A política elaborada pela OMS (2002), considera que o envelhecimento ativo é uma interação dinâmica e os determinantes contribuem mutuamente e, também entre si para que o indivíduo envelheça ativamente ou não (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015). Tal questão corrobora com a pesquisa, pois ao construir o índice para idosos brasileiros, a ponderação dos domínios foi calculada inicialmente, porém, na reunião de consenso, os juízes consideraram que os seis determinantes contribuem igualmente para o envelhecimento ativo, dispensando a utilização dos pesos.

Embora o índice brasileiro não empregue os pesos, esta ferramenta auxilia na identificação de pontos fortes e fracos do envelhecimento ativo nas áreas da saúde, sociais, econômicas, ambientais e biológicas do idoso. Tal fato favorece a prática da enfermagem, no que tange a identificação dos domínios que apresentaram pior classificação, podendo assim planejar ações direcionadas às necessidades dessa população. A atuação do enfermeiro, com

vistas nas ações de prevenção e promoção da saúde tem potencial para melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional, com a conscientização para a mudança de estilo de vida, hábitos saudáveis, atividades que fortaleçam as interações sociais, dentre outras (PERIM et al., 2022).

8.5 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO DA POPULAÇÃO IDOSA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS, BRASIL

Dentre os determinantes, o ambiente físico e o social alcançaram maior pontuação no índice de envelhecimento ativo.

A população da microrregião de saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil está satisfeita com o local onde mora, com o transporte, consideram o meio ambiente saudável e sentem-se seguros em sua vida diária. O ambiente afeta diretamente a vida do idoso, prédios públicos e espaços abertos têm um impacto importante na mobilidade, independência, qualidade de vida e influenciam na capacidade de “envelhecer no seu próprio lugar” (OMS, 2007). Dessa forma, é necessário ajustar o ambiente para compensar o declínio da capacidade funcional visando a democratização, participação social e o bem-estar na velhice (ILC-BRASIL, 2015).

Em relação ao determinante social, os idosos possuem rede e apoio social, estão satisfeitos com as relações pessoais e participação nas atividades da comunidade. Aspectos como este são importantes e influenciam o bem-estar na velhice (PRINCIPI et al., 2018). Idosos mais satisfeitos com a vida apresentam atitude positiva em relação ao lazer, favorece novas experiências, valores e significados frente à realidade vivida, colaborando para maior socialização (OLIVEIRA et al., 2021).

Embora sejam os determinantes que mais contribuíram no índice, intervenções podem ser destacadas com vistas a maiores pontuações, a saber, promoção de ações para que os idosos contribuam com famílias e comunidades, capturar o que valorizam ser e fazer, políticas e programas com vistas a criação de ambientes que respeitem a diversidade etária, inclusão social e combate aos preconceitos (WHO, 2021). Mobilizações para a promoção de ambientes limpos, agradáveis, existência de espaços verdes, planejamento e manutenção das calçadas, medidas para melhorar a segurança pública e iluminação das cidades (OMS, 2007). Além disso, possibilitar o envolvimento ativo dos idosos na tomada de decisões, visando assim a melhoria da qualidade de vida e bem-estar desta população (ILC-BRASIL, 2015).

O índice de envelhecimento ativo revela menor contribuição dos determinantes comportamentais e pessoais.

No que se refere aos comportamentais, os idosos praticam atividades físicas, possuem atitude positiva frente à tomada de remédios, não fumam e não tem problemas para dormir. A conduta individual tem ação direta no envelhecimento ativo, pois podem ser modificados em qualquer período e tais mudanças podem representar amplo benefício para a saúde (ILC-BRASIL, 2015; VICENTE; SANTOS, 2013). O estilo de vida saudável no idoso relaciona-se com a prática de atividades físicas, aumentado a qualidade de vida, sentimento de mais energia e disposição para o dia a dia (AZEVEDO FILHO, 2019). Também, facilita o processo de socialização e melhora níveis de ansiedade e depressão (AZEVEDO FILHO, 2019; MENEZES et al., 2020).

Em relação ao determinante pessoal que menos contribuiu para o envelhecimento ativo, os idosos pontuaram ausência de sintomas depressivos e declínio cognitivo, bom funcionamento dos sentidos e maior resiliência. Tais condições abrangem a genética e biologia de cada indivíduo (ILC-BRASIL, 2015).

Visando o resultado desta pesquisa e a contribuição para elevados percentuais, ações direcionadas aos determinantes com menores pontuações podem ser contempladas, como o desenvolvimento da cultura de cuidado e o apoio para que os idosos possam manejar suas doenças. Garantir o acesso a avaliações geriátricas abrangentes e abordagem de cuidado construída em parceria com o idoso e a família, coopera para prevenção e/ou retardo de morbidades, preservação da qualidade de vida e minimização de riscos desnecessários (ILC-BRASIL, 2015).

Reflexões acerca do índice calculado podem ser realizadas no intuito de aumentar o nível de envelhecimento ativo na microrregião de saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Ao considerar o conceito multidimensional, além de intervenções próprias do indivíduo, múltiplos profissionais, governo e organizações civis podem auxiliar e contribuir para a otimização das oportunidades de saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida, conseqüentemente refletir na melhoria do bem-estar dos idosos (WHO, 2002).

Autoridades governamentais em conjunto com a ciência podem promover programas sociais e de saúde visando desmistificar os preconceitos a respeito da velhice, bem como construir condições socioculturais para o envelhecimento ativo, possibilitando assim, condições adequadas para viver a vida com dignidade (ILC-BRASIL, 2015).

O profissional da enfermagem preparados e capacitados para atender às necessidades dos idosos podem intervir em diferentes áreas do envelhecimento ativo, como no âmbito biológico, psicológico e sociocultural. O cuidado humanizado bem planejado permite ir além de uma ampla visão das necessidades, mas proporciona o fortalecimento de laços de intimidade, familiaridade e confiabilidade, o que levam a este idoso a maior adesão de serviços e cuidados de saúde, garantindo assim a possibilidade de um envelhecimento com autonomia e independência (VIEIRA; ALMEIDA, 2020; TUMA, 2019).

8.6 LIMITAÇÕES, PRÁTICA CLÍNICA E PESQUISAS FUTURAS

As limitações do estudo consistem em dados autorreferidos, coletados em uma região específica do país, o que impede de generalizar para a população idosa brasileira. Destaca-se também que, dados em relação à violência, maus-tratos contra o idoso não foram coletados, tais aspectos estão relacionados aos determinantes sociais.

Os resultados deste estudo contribuem para a prática clínica, no que tange a compreensão dos fatores determinantes para o envelhecimento ativo. O cálculo do índice brasileiro, bem como o desenvolvimento desta ferramenta são necessários para monitorar a efetividade de políticas sociais destinadas a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Diante disso, a prática clínica poderá ser embasada por meio de uma ferramenta baseada em evidências, visando a busca por estratégias que subsidiariam as melhores pontuações e aspectos menos pontuados pelo índice.

Em relação às pesquisas futuras, o índice de envelhecimento ativo brasileiro pode ser aplicado e estendido com a finalidade de comparações entre as regiões do país, bem como ser atualizado conforme a necessidade e mudanças populacionais. Posteriormente, a diferenciação entre regiões urbanas e rurais podem ser realizadas, a fim de conhecer as especificidades dos idosos. Pesquisas futuras seriam relevantes no que tange a estratégias de envelhecimento ativo baseadas em evidências a nível local/regional.

9 CONCLUSÃO

Esta pesquisa construiu 32 indicadores de envelhecimento ativo. Foram considerados apropriados, com conteúdo válido, terminologia adequada e necessários, 26 indicadores para compor o Índice de Envelhecimento Ativo brasileiro. Em relação à avaliação da utilidade e usabilidade, todos foram considerados úteis para mensurar o envelhecimento ativo no idoso, uso em relatórios públicos e a nível de áreas geográficas.

O Índice de Envelhecimento Ativo brasileiro foi composto por 26 indicadores aderentes ao referencial teórico da OMS, distribuídos em seis domínios com pesos iguais, a saber, determinantes comportamentais, pessoais, econômicos, sociais, ambiente físico, serviços sociais e de saúde.

Calculado o Índice de Envelhecimento Ativo da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Dentre os determinantes, ambiente físico e social alcançaram maior pontuação, comportamentais e pessoais, menor contribuição.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement. Rockville: AHRQ, 2011.

Disponível em:

http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

ALCÂNTARA, A.O. et al. Política Nacional do Idoso: Velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016, 622p. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em: 5 maio 2020.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. Acesso em: 10 abril 2020.

AMADO, C.A.F. et al. Measuring active ageing: A Data Envelopment Analysis approach. European Journal of Operational Research, v. 255, p. 207-223, 2016. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ejor.2016.04.048>. Acesso em: 22 out. 2020.

AMAGASA, S. et al. Types of social participation and psychological distress in Japanese older adults: A five-year cohort study. Plos One, v. 12, n.4, 2017, e0175392. DOI:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175392>. Acesso em 10 out. 2020.

AU, D.W.H. et al. Extending the Active Ageing Index to Hong Kong Using a Mixed-Method Approach: Feasibility and Initial Results. Journal of Population Ageing, v. 14, p. 53-68, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09275-6>. Acesso em: 15 jan. 2022.

AZEVEDO FILHO, E.R. et al. Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal.

Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 41, n.2, p.142-149, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.010>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BENEDETTI, T.B. et al. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Rev Bras Ciência Movimento, v.12, n.1, p-25-33, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000100004>. Acesso em: 15 out. 2020.

BERDE, E.; KUNCZ, I. Active Ageing Index, new emphasis within the same methodology. the role of the internet. Sciendo, v. 29, n. 4, p. 1-20, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.2478/sues-2019-0015>. Acesso em: 10 jul 2020.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BIDEL, R.M.R. et al. Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 19, n.12, p. 207-225, 2016. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p207-225>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOWLING A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A, editor. *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. 2nd Ed. Buckingham: Open University Press, p. 91-109, 1997.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, nº19, Brasília: DF, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2017. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela. Brasília: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, 2017b. Disponível em: <http://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/NotaInformativa94-FA-DOSE-%C3%9ANICA.pdf>. Acesso em: 5 Jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 10.133, de 26 de novembro de 2019. Instituição do Programa Viver: Envelhecimento Ativo e Saudável. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-10133-26-novembro-2019-789467-norma-pe.html>. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 54 p. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 15 jul 2022.

BREZA, M.; PEREK-BIALAS, J. The Active Ageing Index and its extension to the regional level. Peer Review in Poland: The Active Ageing Index and its extension to the regional level, 2014. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12940&langId=en>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRUCKI, S. M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online], v. 61, n. 3B, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso 27 jul. 2022.

CAMPOS, A.C.V et al. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n.7, p.2221-2237, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-BRASIL). Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. 1 ed. Rio de Janeiro, Brasil, 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

CHIAO, C. et al. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. BMC Public Health, v. 11, n. 292, p. 1-9, 2011. DOI: [doi: 10.1186/1471-2458-11-292](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-292). Acesso em: 11 mai. 2021.

CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, v. 18, n.2, p. 76-82, 2003. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113). Acesso em: 15 abr. 2021.

CRESPO, P.M. et al. Negative stereotypes towards older people. A study with teachers in initial training. *Educare* [online], v.26, n.1, p. 342-361, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.26-1.19>. Acesso em: 18 nov. 2022.

DONABEDIAN A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, v. 260, n.12, p. 1743–1748, 1988. DOI:[10.1001/jama.1988.03410120089033](https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033). Acesso em: 25 nov. 2022.

EUROPEAN CENTRE VIENNA. Active Ageing Index 2012 - Concept, Methodology and Final Result. Disponível em: <https://statswiki.unece.org/display/AAI/IV.+Methodology>. Acesso em: 10 jul. 2020.

EUROPEAN COMMISSION. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Perek-Białas J. Active ageing index at the local level: Germany, 14-15 April 2016: synthesis report, 2017. DOI: [doi/10.2767/117846](https://doi.org/10.2767/117846). Acesso em: 15 dez. 2022.

EUROSTAT. Active Ageing and solidarity between generation - A statistical portrait of the European Union 2012. Eurostat Statistical Books, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fcf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*, v.21, n.1, p. 167-176, Florianópolis, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>. Acesso em: 10 out. 2020.

FERREIRA, O.G.L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009>. Acesso em: 13 abril 2020.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

FITCH, K. et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method user's manual. Santa Monica: RAND Corporation, 2001. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf. Acesso em: 17 jul 2020.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 13 dez. 2022.

FLECK, M. P. A. et al. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.5, p.785-791, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>. Acesso em: 13 dez. 2022.

FORMOSA, M. Responding to the Active Ageing Index: Innovations in Active Ageing Policies in Malta. *Population Ageing*, v. 10, p. 87–99, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9163-1>. Acesso em: 18 abril 2020.

FREIRE, M.B.B. et al. Avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 20, n.23, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>. Acesso em: 15 dez. 2022.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio, UNFPA, 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/publicacoes/populacao/633-envelhecimento-no-seculo-xxi-celebracao-e-desafio>. Acesso em: 20 out 2020.

GIRALDO, F. J.T. et al. Índice de envejecimiento activo en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia 2015). *Rev Panam Salud Publica*, v. 45, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.69>. Acesso em: 21 nov. de 2022.

GONÇALVES, C.D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 645-657, 2015. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>. Acesso em: 13 mar. 2021.

GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GUNTUPALLI, A.M; CHAKRABORTY, S. Active Ageing Index in India- Is the approach used in European countries applicable to Developing Countries? In: ZAIDI, A.; HARPER, S.; HOWSE, K. et al. *Building Evidence for Active Ageing Policies*. Singapore: Palgrave Macmillan, p. 437–463, 2018.

HARPER, S. Active Ageing Index (2016–18): Addressing a Long-Standing Strategic Policy Aim. *Journal of Population Ageing*, v. 14, n.1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09296-1>. Acesso em: 11 dez. 2022.

HERNÁNDEZ, P. J. S. Qué, como y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Revista Calidad Asistencial*, Spain, v. 13, p.437-43, 1998. Disponível em: http://upchmed.pe/red_cochrane_peru/wp-content/uploads/2012/09/Taller_6_Seguridad_del_Paciente_Lectura_Sugerida_13_Qu%C3%A9_y_Cu%C3%A1ndo_Monitorizar_Dr.Garc%C3%ADaElorrio1.pdf Acesso em: 13 abril 2020.

HIRAGRA, T.M. et al. Comportamentos relacionados à saúde em idosos brasileiros residentes na comunidade: dados do FIBRA – polo UNICAMP. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 99-119, 2017. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.60748>. Acesso em: 3 nov. 2022.

HOGERVORST, E. et al. Dementia and Dependency vs. Proxy Indicators of the Active Ageing Index in Indonesia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.18, n. 8235, 2021. DOI: [10.3390/ijerph18168235](https://doi.org/10.3390/ijerph18168235). Acesso em: 3 dez. 2022.

HSU, H.C. et al. Constructing Taiwan’s Active Aging Index and Applications for International Comparison. *Social Indicators Research*, v. 146, p. 727–756, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02128-6>. Acesso em: 23 mai. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 25 abril. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores

Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

JOHNSTON, M.C. et al. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health*, v. 29, n. 1, p. 182–189, 2018. DOI: 10.1093/eurpub/cky098. Acesso em: 15 jun. 2022.

KALACHE, A. Uma revolução da educação em resposta à revolução da longevidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 22, n. 4, e190213, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190213>. Acesso em: 17 maio. 2020.

KALACHE, A. *The Longevity Revolution: Creating a society for all ages*. Adelaide Thinker in Residence 2012-2013. Adelaide: Government of South Australia, 2013. Disponível em: https://www.dunstan.org.au/wp-content/uploads/2018/12/Kalache_Report_compressed.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

LEONE, E.T. et al. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-77, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/D83jm8Qvy7tZfdYNpFJZqXr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2020.

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.10, n.2, 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html> Acesso em: 25 mai. 2020.

LOURENÇO, L.F.L. et al. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. *Hist. enferm. Rev. Eletrônica*, v.3, n.1, p. 18-35, 2012. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

LUTHAR, S.S.; BROWN, P.J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Dev Psychopathol*, v. 19, n.3, p. 931-955, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579407000454>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MARCHI NETTO, F.L.M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a prática*, v.7, n.1, 2004. DOI: <https://doi.org/10.5216/rpp.v7i1.67>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MARMO, F.A.D. et al. Development and validation of process indicators of the quality of nursing care for the elderly. *ABCS Health Sci*, v.46, e021209, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281226/abcs46e021209.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MENEZES, G.R.S. et al. Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.*, v. 3, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-097>. Acesso em: 18 set. 2022.

MIRA, B.C. et al. Socioeconomic and Behavioral Determinants That Permeate The Active Aging of Elderly People From a Community Living Center. *Rev Fund Care Online*, v.11, n.5, p.1122-1128, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1122-1128>. Acesso em: 15 set. 2021.

MIRANDA, G.M.D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 16 jun. 2020.

MYRRHA, J.D. et al. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. *Revista Latinoamericana de Población*, v. 11, n. 20, p. 37-54, 2017. DOI: <https://doi.org/10.31406/relap2017.v11.i1.n20.2>. Acesso em: 17 ago. 2020.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). Measure evaluation criteria and guidance summary tables. Washington, 2013. Disponível em: http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx. Acesso em: 12 nov. 2022.

OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110> Acesso em: 21 nov. 2020.

OLIVEIRA, N. M. et al. Satisfação pessoal e atividades de lazer em idosos acompanhados ambulatorialmente. *Rev. Eletr. Enferm* v.23, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/66826>. Acesso em: 13. nov. 2022.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Handbook on Constructing Composite Indicators: methodology and user guide. Paris, 2008. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/soc/handbookonconstructingcompositeindicatorsmethodologyanduserguide.htm>. Acesso em: 01 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. Genebra, 2007. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/publicacao/guia-global-oms.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde (WHO). OPAS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 19 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde-Ripsa, 2. ed, Brasília, 2008, 349 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/indicadores.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores de saúde: Elementos conceituais e práticos. Washington, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>. Acesso em: 07 out. 2022.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: histórico do envelhecimento e da velhice. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 103-24, 2017.

PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA: the journal of the American Medical Association, Chicago, v. 273, n.5, p. 402-7, 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.273.5.402>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PEREIRA, D.S. et al. Percepção de ambiente e nível de atividade física em idosos do nordeste brasileiro. Coleção Pesquisa em Educação Física, vol.18, n.3, 2019. Acesso em: 24 jul. 2022.

PERIM, L. et al. Atuação do enfermeiro no envelhecimento saudável: uma perspectiva ecossistêmica. Conjecturas, v. 22, n. 14, p. 196–207, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.53660/CONJ-1767-2K01A>. Acesso em: 13 jan. 2023.

PHAM, T.V. et al. Adaptation and Validation of Active Aging Index Among Older Vietnamese Adults. Journal of Aging and Health, v. 32, p. 604-615, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264319841524>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PHAM, T.V. et al. Active Aging Index in Vietnam Relative to China, South Korea, Taiwan, and 28 European Union Countries. Research on Aging, v. 42, p.1-14, 2020. DOI: 10.1177/0164027520934049 Acesso em: 17 mai. 2021.

PRINCIPI, A. et al. Retirement plans and active ageing: perspectives in three countries. Ageing and Society, v. 38, n.1, p. 56-82, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X16000866>. Acesso em: 14 set. 2022.

PRINCIPI, A. et al. The Active Ageing Index and policy making in Italy. Ageing e Society, p. 1–26, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X21001835>. Acesso em: 17 out. 2022.

PROADESS. Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ICICT, 2011. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross-Cultural Gerontol*, v.8, n. 4, p. 3313-3323, 1993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00972560>. Acesso em: 5 dez. 2022.

RODRIGUEZ-RODRIGUEZ, V. et al. Active Ageing Index: Application to Spanish Regions. *Population Ageing*, v. 10, n.1, p. 25-40, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12062-016-9171-1>. Acesso em: 27 set. 2022.

ROMERO, D.E. et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v.13, n.1, 2019.
Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1569/2252>
Acesso em: 19 dez. 2022.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, v.27, n.2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <https://rameliaz.github.io/files/kuliah/matrikulasi-mapsi/rubio.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm*, v.63, n.6, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>. Acesso em: 14 jun. 2021.

SÃO JOSÉ, J.M. et al. A critique of the Active Ageing Index. *J Aging Stud*, v. 40, p. 49-56, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.01.001>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M.J.P. Percepção e Concepção de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n.3, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zLKdJGkGDNwzQFb6ztTTbRK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. Construção e Análise de Indicadores. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade, Curitiba, v. 108 p, 2010. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/construcao-e-analise-de-indicadores.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b). Acesso em: 13 set. 2022.

SIMÕES, A. A nova velhice. Um novo público a educar. Porto: Ambar, 1 ed. p. 174, 2006.

SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J*, v. 134, n.5, p. 400-406, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.02290512>. Acesso em: 3 abril. 2022.

SOUZA, N.F.S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, v.34, n.11, e00173317, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>. Acesso em: 4 maio. 2022.

SOUZA, N.F.S. et al. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>. Acesso em: 6 fev. 2022

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2022.

TAREQUE, M.I. et al. Relationships between the Active Aging Index and Disability-Free Life Expectancy: A Case Study in the Rajshahi District of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, v. 32, p. 417-432, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980813000494>. Acesso em: 5 dez. 2021.

TAJVAR, M. et al. Individual-level active aging index and quality of life of older people: A population-based survey in Tehran. *Int J Prev Med*, v.13, n.22, 2022. Disponível em: <https://www.ijpvmjournal.net/article.asp?issn=2008-7802;year=2022;volume=13;issue=1;page=2;epage=2;aulast=Tajvar>. Acesso em: 7 dez. 2022.

TOLONEN, H. et al. Cross-national comparisons of health indicators require standardized definitions and common data sources. *Archives of Public Health*, v. 79, n. 208, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00734-w>. Acesso em: 23 nov. 2022.

TOMIOKA, K. et al. Association Between Social Participation and 3-Year Change in Instrumental Activities of Daily Living in Community-Dwelling Elderly Adults. *J Am Geriatr Soc* n. 65, p.107–113, 2017a. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14447>. Acesso em: 23 fev. 2022

TOMIOKA, K. et al. Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65–70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, v.17, n.111, 2017b. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0502-8>. Acesso em: 23 fev. 2022.

TUMA, K.S.R. A qualidade de vida e a contribuição da Enfermagem no cuidado ao idoso para promoção à saúde. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, v. 5, n.2, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5746/574660910002/html/>. Acesso em: 8 nov. 2022.

UM, J. et al. Active Ageing Index in Korea – Comparison with China and EU Countries. *Asian Soc Work Pol Rev.*, v. 13, p. 87-99, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/aswp.12159>. Acesso em: 7 out. 2022.

UM, J. et al. Capturing gendered aspects of active aging in China: Insights drawn from the Active Aging Index in comparison with EU countries. *Asian Social Work and Policy*

Review, v.15, n.1, p. 47-59, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/aswp.12218>. Acesso em: 13 dez. 2022.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (UNECE). Active Ageing Index (2018): Analytical Report. European Commission, 2019. Disponível em: <https://unece.org/population/publications/active-ageing-index-analytical-report>. Acesso em: 13 fev. 2021.

UNITED NATIONS (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: the 2019 revision. New York, 2019. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>. Acesso 14 abr. 2020.

UNITED NATIONS (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing, Highlights. New York, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp> . Acesso 08 out. 2020.

VARLAMOVA, M. et al. Active Ageing Index as an Evidence Base for Developing a Comprehensive Active Ageing Policy in Russia. *Population Ageing*, v. 10, p. 41–71, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9164-0>. Acesso em: 13 fev. 2021.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*, n.21, v.4, p. 539-548, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>. Acesso em: 13 fev. 2021.

VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm*, v. 22, n. 2, p. 370-378, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200013>. Acesso em: 5 fev. 2022.

VIEIRA, P. F.; ALMEIDA, M.A.R. Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. *Rev Inic Cient Ext*. v.3, n.1, p. 371-8, 2020. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/294>. Acesso em: 22 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 13 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution of the World Health Organization. Geneva, 1948. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>. Acesso em: 1 abril 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>. Acesso em: 3 jun. 2021.

YESAVAGE J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, v.17, n.1, p. 37-49, 1983. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4). Acesso em: 11 set. 2022.

ZAIDI, A. et al. Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results. European Centre Vienna, 2013. Disponível em: <https://www.euro.centre.org/publications/detail/370>. Acesso em: 1 abril. 2020.

ZAIDI, A.; STANTON, D. Active Ageing Index 2014: Analytical Report, European Centre, Geneva, 2015. Disponível em: <https://population-europe.eu/research/books-and-reports/active-ageing-index-2014-analytical-report>. Acesso em: 3 abril 2020.

ZAIDI, A. et al. Active Ageing Index for China: Comparative Analysis with EU Member States and the Republic of Korea, Beijing, China, 2018. Disponível em: [https://www.ageing.ox.ac.uk/files/AAI%20Report%20for%20China%202019%20July%202019%20FINAL%20\(1\).pdf](https://www.ageing.ox.ac.uk/files/AAI%20Report%20for%20China%202019%20July%202019%20FINAL%20(1).pdf). Acesso em 17 abr. 2020.

ZAIDI, A.; UM, J. The Asian Active Ageing Index: results for Indonesia and Thailand. Social Development Working Papers, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2019. Disponível em: <https://www.unescap.org/resources/social-development-working-paper-asian-active-ageing-index-results-indonesia-and-thailand>. Acesso em 14 nov. 2022.

ZAIDI, A. et al. Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, v. 27, n. 2, p. 138–157, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0958928716676550>. Acesso em: 3 abril 2020.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAINELISTAS)

ESCLARECIMENTO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar do processo de validação de um instrumento que faz parte da pesquisa: **“ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO”** por ter experiência na área de saúde do idoso e/ou na área de envelhecimento ativo e/ou indicadores de saúde com nível de formação doutorado. O objetivo deste estudo é construir e validar o Índice de Envelhecimento Ativo na população brasileira. Sua participação é importante, pois os avanços na área da saúde ocorrem por meio de estudos como este. E caso o (a) senhor (a) aceite participar da pesquisa, como membro do painel de especialistas, deverá registrar seu parecer acerca dos indicadores propostos em um instrumento próprio e, a participação também ocorrerá por meio da discussão desses instrumentos, em reuniões, acerca da validação de indicadores candidatos do Envelhecimento Ativo quanto à terminologia, à validade de conteúdo e de face. A pesquisa apresenta apenas risco de perda de confidencialidade, a qual será sanada pelo anonimato nas entrevistas, que serão representados por números. Espera-se que os resultados obtidos possam ser utilizados como ferramenta no conhecimento referente à avaliação do envelhecimento ativo, e, favoreça a compreensão dos fatores que o determinam em idosos. O (a) senhor (a) poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela não receberá qualquer valor em dinheiro. O (a) senhor (a) não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, e poderá se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, bastando dizer ao pesquisador que lhe deu este documento. O (a) senhor (a) não será identificado neste estudo, sendo garantido o seu sigilo e privacidade.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisadores:

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares (coordenadora da pesquisa)

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, nº 159. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Nome: Lenniara Pereira Mendes Santana

E-mail: d201911307@uftm.edu.br

Telefone: (34) 9 9909-2731

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, nº 159. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Avenida Getúlio Guaritá, nº 159, Casa da Comissões, Bairro Abadia – Uberaba/MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: Índice de Envelhecimento Ativo: uma proposta de construção

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a relação que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, **ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO** e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba-MG,//2022.

Painelista

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

(34) 3700-6004 e 3700-6154 Profa. Darlene Mara dos Santos Tavares

(34) 9 9909-2731 Lenniara Pereira Mendes Santana

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Número do painalista: _____
2. Idade (em anos completos): _____
3. Sexo
 - Masculino
 - Feminino
4. Cidade e estado em que reside: _____
5. Instituição que está vinculado: _____
6. Área de informação: _____
7. Tempo de formação (em anos completos): _____
8. Cargo/função atual: _____
9. Tempo de atuação no cargo/função atual (em anos completos): _____
10. Formação profissional
 - Especialização
 - Mestrado
 - Doutorado
 - Pós-doutorado

APÊNDICE C – FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES CANDIDATOS, RODADA1

INSTRUÇÕES

Apresento a seguir, conceitos sobre o envelhecimento para diferenciá-los do Envelhecimento Ativo.

Conceitos sobre envelhecimento

O envelhecimento bem-sucedido está relacionado aos fatores que permitem ao indivíduo promover um papel decisivo na própria saúde, relacionado aos aspectos físico e mental (GONÇALVES, 2015). É constituído por três concepções: baixo risco de doenças ou incapacidades; funcionamento físico e mental elevado e o desempenho de papéis remunerados e/ou sociais na vida (SIMÕES, 2006).

Envelhecimento produtivo é: “Qualquer atividade de um indivíduo mais velho que produz bens e serviços, ou desenvolve a capacidade de produzi-los, sejam eles remunerados ou não.” (BASS et al., 1993, p.247). Este conceito está relacionado a atividades lucrativas, centrado na geração de bens e serviços com ênfase na atividade econômica (GONÇALVES, 2015).

Envelhecimento saudável é o “Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (WHO, 2020, p.9)”. A capacidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que a pessoa vive e como as pessoas interagem com seu ambiente (WHO, 2020).

Conceito do Envelhecimento Ativo

“Processo de otimização das oportunidades de **saúde, participação e segurança**, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002, p. 12).

Referências

BASS, S.A.; CARO, F.G.; CHEN, Y. Achieving a Productive Aging Society. Westport, Conn.: **Auburn House**, p.247, 1993.

GONÇALVES, C.D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 645-657, 2015.

SIMÕES, A. A nova velhice. Um novo público a educar. **Porto: Ambar**, 1 ed. p. 174, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of Healthy Ageing Baseline Report**. Geneva: WHO, 2020.

INSTRUÇÕES

Os itens abaixo são domínios e indicadores candidatos do Índice de Envelhecimento Ativo com suas respectivas definições e pesos que serão avaliados através dos formulários. Todos os indicadores foram expressos como positivos, assumindo o julgamento normativo de que quanto maior o valor, melhor o resultado do envelhecimento ativo (EUROPEAN CENTRE VIENNA, 2012).

Domínios e Indicadores do Envelhecimento Ativo

DOMÍNIO - Determinantes comportamentais: relacionados à participação ativa no cuidado com a própria saúde, envolvem a prática de atividade física adequada, alimentação saudável, abstinência do fumo e do álcool, sono com qualidade, uso adequado dos medicamentos e outras práticas de autocuidado na prevenção de agravos, como o acompanhamento da saúde por meio das consultas de rotina e exames preventivos e a vacinação, fatores que irão contribuir para um envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Peso do domínio: 15,5%

Nome do indicador:	Atividade física
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade fisicamente ativos na Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018.</p> <p>O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ (BENEDITTI et al., 2004), que possui questões relacionadas às atividades físicas realizadas em uma semana normal, com intensidade vigorosa (precisam de um grande esforço físico), moderada (exigem algum esforço físico) e leves (esforço físico normal); e com duração de dez minutos contínuos distribuídos em domínios: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte, atividade física em casa; atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer e tempo gasto sentado.</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos ativos.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº de idosos ativos</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Valor de referência:	A classificação para este indicador seguiu as recomendações <i>American College of Sports Medicine e American Heart Association</i> que é considerado ativo o idoso que pratica 150 minutos ou mais de atividade física por semana (PATE et al., 1995).
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	BENEDITTI, T.B. et al. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília , v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004. PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA: the journal of the American Medical Association, Chicago , v. 273, n.5, p. 402-7, 1995.
Limitações:	
Observação(s):	Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ

Nome do indicador:	Consumo de bebida alcoólica
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que possuem baixo consumo de bebida alcoólica na Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. O consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela pergunta da pesquisa: “O (a) Senhor(a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja etc.)?” “Se sim, com qual frequência?” (1) Diariamente; (2) De 1 a 6 vezes na semana; (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês).
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que possuem baixo consumo de bebida alcoólica.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que possuem baixo consumo de bebida alcoólica Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	O consumo de álcool em idosos foi classificado em três categorias de frequência: baixo consumo (<um dia por semana); ingestão moderada (um a três dias por semana) e ingestão elevada (quatro ou mais dias por semana). (WAGNER et al., 2014). Foram consideradas as respostas: (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês).
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	WAGNER, G. A. et al. Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. <i>PLoS One</i> , v. 9, n. 1, p. e85548, jan. 2014. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885713/ . Acesso agosto 2021.
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Tabagismo
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não fumavam na Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. Pergunta da pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) fuma? (1) Sim - Há quanto tempo? (2) Fumava – Parou há quanto tempo? (3) Nunca fumei.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que não fumam.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que não fumam Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas (2) Fumava– Parou há quanto tempo? e (3) Nunca fumei. Idosos que não fumam.
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Qualidade do sono – problema para dormir
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não tem problema para dormir da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. Pergunta de pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) tem algum problema para dormir? Sim ou Não</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que não tem problema para dormir.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que não tem problema para dormir Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Idosos que não tem problema para dormir.
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Qualidade do sono – medicamentos para dormir
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não fazem uso de medicamentos para dormir da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. Pergunta da pesquisa: <i>Faz uso de algum medicamento para dormir? Sim ou Não</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que não fazem uso de medicamentos para dormir.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que não fazem uso de medicamentos para dormir Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Idosos que não fazem uso de medicamentos para dormir.
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Exames preventivos
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que realizaram exame preventivo no último ano da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) realizou exame preventivo nesse último ano? Sim ou Não Se sim, quais?</i> <i>Se for idosa:</i> Exame de Papanicolau; Mamografia; Exames de Rotina(hemograma; urina). <i>Se for idoso:</i> Exames de próstata; Exames de rotina (hemograma; urina).
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que realizaram exame preventivo no último ano.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que realizaram exame preventivo no último ano Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Idosos que realizaram exame preventivo no último ano.
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Atitude frente à tomada de remédios
Definição:	<p>Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com atitude frente à tomada de remédios da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A atitude frente à tomada de remédios foi verificada através do Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios - IAAFTR (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003) composto por dez perguntas com respostas afirmativas e/ou negativas:</p> <p>Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios? Você toma os remédios sempre no mesmo horário?</p> <p>Você associa o horário de tomar remédio com as atividades do dia a dia? Quando tem que sair de casa você toma os remédios?</p> <p>Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar? Você leva os remédios consigo quanto viaja?</p> <p>Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas? Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?</p> <p>Você deixou de tomar algum dos remédios nos últimos dias? Faltou alguma vez à consulta médica nos últimos seis meses?</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	<p>As pontuações maiores do que sete correspondem à atitude positiva (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003).</p> <p>Idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios.</p>
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiol. , v. 8, n. 4, p. 343-348, 2003.
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Situação vacinal
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com cartão vacinal completo da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Os dados foram obtidos através da verificação do cartão de vacina do idoso, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, do ano de 2017: o idoso deve ser imunizado com as vacinas de hepatite B (3 doses no intervalo de 0-1-6 meses); dT (uma dose a cada dez anos); febre amarela (1 dose) com avaliação médica para aqueles que possuem risco de contrair a doença; e influenza sazonal (dose anual) (BRASIL, 2017b).
Interpretação:	Estima o percentual de idosos com cartão vacinal completo.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos com cartão vacinal completo Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram considerados completos os cartões com as vacinas referidas. Destaca-se que foram selecionadas as vacinas rotineiras, disponibilizadas no calendário vacinal do SUS do idoso (BRASIL, 2017a).
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2017 . Brasília (DF), 2017a. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela . Brasília: CGPNI, 2017b.
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Saúde Bucal
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que foram ao dentista nos últimos 12 meses da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. A saúde bucal foi mensurada através da pergunta pertencente à seção <i>Acesso ao serviço de Saúde</i> do questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: “Quando foi ao dentista pela última vez?” (IBGE, 2010).
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que foram ao dentista nos últimos 12 meses.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que foram ao dentista nos últimos 12 meses Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Idosos que foram ao dentista nos últimos 12 meses.
Domínio:	Determinantes comportamentais
Referências:	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008 . Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
Limitações:	
Observação(s):	

DOMÍNIO - Determinantes pessoais: abrangem a genética e a biologia de cada indivíduo, incluindo fatores psicológicos, número de morbidades e a capacidade cognitiva (ILC - BRASIL, 2015).

Peso do domínio: 17,4%

Nome do indicador:	Resiliência
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade resilientes da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A resiliência está relacionada à capacidade de adaptação frente a estressores ou adversidades (LUTHAR; BROWN, 2007) foi avaliada através da Escala de Resiliência de <i>Connor-Davidson</i> para o Brasil-25, validada no Brasil por (SOLANO et al., 2016). A escala deve ser respondida em relação ao mês anterior e se alguma das situações não ocorreram, a pessoa deve responder como acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido (CONNOR; DAVIDSON, 2003). A pontuação da escala baseia-se na soma do total dos 25 itens com respostas que variam de totalmente falso (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro), somando um total de 100 pontos. Quanto mais alta a pontuação maior a resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016)</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos resilientes.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº de idosos resilientes</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	
Domínio:	Determinantes pessoais
Referências:	<p>CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety, v. 18, n.2, p. 76-82, 2003.</p> <p>LUTHAR, S.S., BROWN, P.J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. Dev Psychopathol, v. 19, n.3, p. 931-955, 2007.</p> <p>SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. Sao Paulo Med J, v. 134, n.5, p. 400-6, 2016.</p>
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Sintomas depressivos
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem indicativo de sintomas depressivos da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) é utilizada para rastreamento de depressão proposta por <i>Yesavage</i> (1983) e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Você está basicamente satisfeito com sua vida? Você deixou muitos de seus interesses e atividades? Você sente que sua vida está vazia? Você se aborrece com frequência? Você se sente com bom humor a maior parte do tempo? Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? Você se sente feliz a maior parte do tempo? Você sente que sua situação não tem saída? Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? Você acha maravilhoso estar vivo? Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? Você se sente cheio de energia? Você acha que a sua situação é sem esperanças? Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos sem indicativo de sintomas depressivos.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos sem indicativo de sintomas depressivos Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foi considerado ausência do indicativo de sintomas depressivos pontuações menores que cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).
Domínio:	Determinantes pessoais
Referências:	<p>YESAVAGE JA, BRINK TL ROSE TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. <i>J Psychiat Res</i> 1983;17:37-49.</p> <p>ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. <i>Arquivos de Neuropsiquiatria</i>, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.</p>
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Funcionamento dos sentidos
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>O funcionamento dos sentidos foi avaliado com a questão de pesquisa: <i>Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato? (1) Muito ruim (2) ruim (3) nem ruim/nem bom (4) bom (5) muito bom.</i></p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos com funcionamento bom ou muito bom da audição, visão, paladar, olfato, tato.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom-muito bom</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas no estudo as respostas bom e muito bom. Idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom.
Domínio:	Determinantes pessoais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Morbidades
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem polimorbidades da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A ausência de polimorbidades foi avaliada pelo Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) por meio dos dados referentes aos 26 itens contemplados (RAMOS et al., 1993), através da questão de pesquisa: <i>O (a) senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?</i></p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos sem polimorbidades.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos sem polimorbidade</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	<p>A polimorbidade foi definida pela presença de duas ou mais doenças concomitantes no mesmo indivíduo (MARENGONI et al., 2011).</p> <p>Idosos sem polimorbidades.</p>
Domínio:	Determinantes pessoais
Referências:	<p>RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n.4, p. 3313-23, 1993.</p> <p>MARENGONI, A et al. Ageing with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Research Reviews, v. 10, n.2, 2011.</p>
Limitações:	
Observação(s):	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional.

Nome do indicador:	Capacidade cognitiva
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem declínio cognitivo da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental (MEEM) traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). Tal questionário fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos), memória imediata através do registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore varia de zero ponto, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos até 30 pontos, que por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Os pontos de corte: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e ≤ 26 para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994).</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos sem declínio cognitivo.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos sem declínio cognitivo</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	<p>Foram considerados os indivíduos que não apresentaram declínio cognitivo: >13 pontos para analfabetos, > 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e >26 para escolaridade superior a 11 anos.</p> <p>Idosos sem declínio cognitivo.</p>
Domínio:	Determinantes pessoais
Referências:	BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-psiquiatria , São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
Limitações:	
Observação(s):	Miniexame do Estado Mental

DOMÍNIO – Determinante Ambiente Físico: O ambiente físico encontra-se relacionado às condições que a sociedade proporciona aos idosos e que podem influenciar a sua independência (ILC-BRASIL, 2015). Esse determinante engloba o acesso à água limpa, ao ar puro, à alimentação adequada, ao transporte, à moradia segura e ao ambiente livre de riscos de acidentes (ILC-BRASIL,2015). Os ambientes devem estimular e favorecer o envelhecimento ativo, gerando condições de saúde, participação e segurança, além de serem inclusivos e acessíveis às diferentes necessidades e condições pessoais (ILC-BRASIL, 2015).

Peso do domínio: 16,4%

Nome do indicador:	Segurança física e proteção
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que se sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que se sentem bastante-extremamente seguros(as) em sua vida diária.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas bastante e extremamente seguros. Idosos que se sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária.
Domínio:	Determinante Ambiente Físico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Ambiente Físico
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa: <i>O seu ambiente físico (clima, barulho, poluição) é saudável? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas bastante e extremamente saudável. Idosos que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável.
Domínio:	Determinante Ambiente Físico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Meio de Transporte
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão bastante- extremamente satisfeitos com o meio de transporte da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para avaliar o meio de transporte utilizou-se a seguinte questão: <i>Está satisfeito (a) com o seu meio de transporte? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos como meio de transporte.
Método de cálculo:	Numerador: nº de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com o meio de transporte Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com o meio de transporte.
Domínio:	Determinante Ambiente Físico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Condição de moradia
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão bastante- extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para avaliar a condição de moradia utilizou-se a seguinte questão: <i>Está satisfeito (a) com as condições do local onde mora? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba(MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com as condições do local onde mora.
Domínio:	Determinante Ambiente Físico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

DOMÍNIO - Determinantes sociais: incluem oportunidades de educação, o apoio social, a proteção contra a violência e maus-tratos e a realização de trabalho voluntário que estimulam a saúde, participação e segurança dos indivíduos enquanto envelhecem (ILC-BRASIL, 2015). A educação combinada com oportunidades de aprendizagem pode auxiliar as pessoas a desenvolverem habilidades e confiança, com a finalidade de se adaptarem e permanecerem independentes à medida que envelhecem. O isolamento social e a solidão na velhice estão relacionados ao declínio da saúde tanto física quanto mental (OPAS, 2005). O combate a violência e maus-tratos, que incluem abusos físico; sexual, psicológico e financeiro e a negligência aos idosos, demanda abordagem multisetorial e esforços para aumentar a consciência social sobre esses problemas, envolvendo mudanças de valores sociais e atitudes de preconceito (OPAS, 2005; ILC - BRASIL, 2015).

Peso do domínio: 18,1%

Nome do indicador:	Rede de Apoio Social
Definição:	<p>Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>Para identificar a rede de apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo <i>Medical Outcomes Study</i> (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). Perguntas da pesquisa: <i>Com quantos PARENTES, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta) e Com quantos AMIGOS, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta).</i></p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram considerados os idosos que se sentem à vontade e pode falar sobre quase tudo com pelo menos um ou mais parentes e/ou amigos.
Domínio:	Determinantes sociais
Referências:	<p>SHERBOURNE C.D.; STEWART A.L. The MOS Social Support Survey. <i>Social Science and Medicine</i>, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991.</p> <p>GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do <i>Medical Outcomes Study</i> adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. <i>Caderno Saúde Pública</i>, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.</p>
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Apoio Social
Definição:	<p>Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que possuem melhor nível de apoio social da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>Para identificar o apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo <i>Medical Outcomes Study</i> (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). O apoio social é mensurado mediante a frequência que o idoso obtém apoio material, através da provisão de recursos práticos e ajuda material; apoio afetivo com demonstrações físicas de amor e que faça com que se sinta querido; interação social positiva, contar com pessoas com quem relaxar e se divertir; emocional, que tenha pessoas com quem possa auxiliar em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida e; apoio de informação, por exemplo, contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (GRIEP et al., 2005). Foi gerado um escore padronizado de cada uma das dimensões do apoio social. O escore foi calculado usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100. Sendo assim, o escore final e, para cada uma das dimensões, varia de 20 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social (GRIEP et al., 2005).</p>
Interpretação:	Estima os idosos que possuem melhor nível de apoio social.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos que possuem melhor nível de apoio social</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Calculado com base na mediana.
Domínio:	Determinantes sociais
Referências:	<p>SHERBOURNE C.D.; STEWART A.L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991.</p> <p>GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró- Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.</p>
Limitações:	
Observação(s):	Escala de rede e de apoio social

Nome do indicador:	Relações pessoais
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. A satisfação com as relações pessoais foi verificada com a pergunta: <i>O quanto (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com suas relações pessoais.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com as suas relações pessoais. Idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais.
Domínio:	Determinantes sociais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Atividades Avançadas de Vida Diária - AAVD
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com maior participação nas atividades avançadas de vida diária da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) foram avaliadas através de 13 perguntas de natureza social:</p> <p>Fazer visitas Receber visitas Ir à igreja Ir à reuniões sociais Ir a eventos culturais Guiar automóvel Fazer viagens de um dia para locais próximos Fazer viagens de maior duração para lugares mais distantes Desempenhar trabalho voluntário Desempenhar trabalho remunerado Participar de diretorias Participar de universidades da terceira idade Participar de grupos de convivência</p> <p>As respostas possíveis são: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço (RIBEIRO; NERI, 2012). Foram considerados o número total de atividades que cada idoso relatou fazer, classificando-os em dois grupos, maior e menor participação nas AVVD.</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos com maior participação nas atividades avançadas de vida diária.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos com maior participação nas atividades avançadas de vida diária</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram considerados com maior participação aqueles idosos que realizavam quatro ou mais atividades (OLIVEIRA et al., 2015).
Domínio:	Determinantes sociais
Referências:	<p>RIBEIRO, L.H.M.; NERI, A.L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n.8, p. 2169-80, 2012.</p> <p>OLIVEIRA, E.M.D. et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n.1, p. 109-120, jan./abr. 2015.</p>
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Atividades na comunidade
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muitosatisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>Pergunta da pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</i></p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas satisfeitos e muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade. Idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.
Domínio:	Determinantes sociais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Atividades de Lazer
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas bastante e extremamente oportunidades de atividade de lazer. Idosos com com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer.
Domínio:	Determinantes sociais
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

DOMÍNIO - Determinante econômico: A condição econômica afeta diretamente o acesso aos alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados com a saúde (ILC - BRASIL, 2015). Este determinante compõe a condição socioeconômica, a proteção social e o emprego/condições de trabalho (ILC-BRASIL, 2015). Altas taxas de desemprego representam risco à segurança econômica, à saúde e ao bem-estar pessoal (ILC - BRASIL, 2015). Pessoas desempregadas tem pior qualidade do sono e no funcionamento físico e mental (ILC - BRASIL, 2015). Por sua vez, o emprego e as condições de trabalho favorecem a renda adequada, bem como as oportunidades de aprendizagem, acesso às redes sociais e benefícios psicológicos (ILC - BRASIL, 2015).

Peso do domínio: 10,3%

Nome do indicador:	Renda individual mensal
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos. Foi verificada por meio da questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): <i>Qual a sua renda individual mensal?</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos
Método de cálculo:	Numerador: n° de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos Denominador: n° de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas de $1 < 3$ e ≥ 3 salários mínimos. Idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos
Domínio:	Determinante Econômico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Avaliação da condição econômica
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a condição econômica como boa, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta da pesquisa: <i>No seu entender, a sua condição econômica é (1) ruim, (2) regular, (3) boa.</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas as respostas como condição econômica boa. Idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa.
Domínio:	Determinante Econômico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que referiram ter bastante-extremamente dinheiro suficiente para suas necessidades, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>Pergunta da pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde)? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</i></p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que referiram ter bastante-extremamente dinheiro suficiente para suas necessidades.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos que referiram ter bastante-extremamente dinheiro suficiente para suas necessidades</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	<p>Foram consideradas as respostas bastante e extremamente dinheiro suficiente para suas necessidades.</p> <p>Idosos que referiram ter bastante-extremamente dinheiro suficiente para suas necessidades.</p>
Domínio:	Determinante Econômico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Aposentadoria e pensão
Definição:	<p>Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idosos aposentados e/ou pensionistas da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>Foram verificadas por meio das questões pertencentes ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): <i>Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (1) Aposentadoria, (2) pensão.</i></p>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos aposentados e/ou pensionistas.
Método de cálculo:	<p>Numerador: nº idosos aposentados e/ou pensionistas</p> <p>Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p>
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Idosos aposentados e/ou pensionistas.
Domínio:	Determinante Econômico
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

DOMÍNIO – Determinante Serviços Sociais e de Saúde: visa a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso a cuidados primários e no longo prazo (WHO, 2002). Este determinante envolve ações para promover estilo de vida saudável; prevenção e o tratamento de doenças crônicas e lesões; acessos aos medicamentos e cuidadores formais e/ou informais precisam ser acessíveis, igualitárias e bem coordenadas para promover o envelhecimento ativo ao idoso (WHO, 2002). Tais condições são realizáveis e sustentáveis quando estão articulados aos outros determinantes do envelhecimento ativo (ILC - BRASIL, 2015).

Peso do domínio: 22,3%

Nome do indicador:	Acesso aos serviços de saúde
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa elaborada no estudo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020): <i>O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?</i>
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Idosos que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.
Domínio:	Determinante Serviços Sociais e de Saúde
Referências:	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rev. Bras. Enferm. 73 (suppl 3), 2020.
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Autoavaliação da evolução do estado de saúde
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para este estudo, utilizou-se uma questão do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): <i>Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, o (a) Senhor (a) diria que sua saúde está: pior, igual ou melhor?</i> (RAMOS et al., 1993).
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas respostas que autoavaliaram o estado de saúde para melhor. Idosos que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor.
Domínio:	Determinante Serviços Sociais e de Saúde
Referências:	RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology , New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.
Limitações:	
Observação(s):	

Nome do indicador:	Avaliação do atual estado de saúde
Definição:	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Realizada através da questão pertencente ao Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): <i>Como o (a) Senhor (a) avalia (a) sua saúde? (1) Péssima (2) Má (3) Regular (4) Boa (5) Ótima.</i> (RAMOS et al., 1993).
Interpretação:	Estima o percentual de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo.
Método de cálculo:	Numerador: nº idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.
Fonte dos dados:	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência:	Foram consideradas respostas que autoavaliaram a saúde como boa ou ótima. Idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo.
Domínio:	Determinante Serviços Sociais e de Saúde
Referências:	RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology , New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.
Limitações:	
Observação(s):	

APÊNDICE D- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PAINEL: VALIDADE DE FACE; VALIDADE DE CONTEÚDO, TERMINOLOGIA E NECESSIDADE, RODADA 1

Número do especialista: _____

INDICADOR:

DOMÍNIO:

1. VALIDADE DE FACE: O quanto este indicador é importante para o envelhecimento ativo do idoso? (Considere as respostas 1= Nem um pouco importante; 9= Muito importante)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

2. TERMINOLOGIA (o quanto o indicador está escrito de forma clara): O quanto este indicador está claramente redigido? (Considere as respostas 1= Nem um pouco claramente redigido; 9= Muito claramente redigido)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

3. NECESSIDADE (Indispensável para avaliação do envelhecimento ativo do idoso): O quanto este indicador é necessário? (Considere as respostas 1= Nem um pouco necessário; 9= Muito necessário)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

Definição do Envelhecimento Ativo: “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002, p. 12).

4. VALIDADE DE CONTEÚDO: O quanto este indicador é representativo, ou seja, reflete o conceito considerando a definição acima? (Representatividade: 1= item não representativo da definição teórica;2= item tem grande revisões para se tornar representativo;3= item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo;4= item é representativo da definição teórica)

1 2 3 4

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

5. Você sugere alterações para a definição deste indicador? Se sim, especifique e justifique.

Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em:

<http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013. Disponível em:

<http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E USABILIDADE

Número do especialista: _____

INDICADOR:

DOMÍNIO:

1. Na sua opinião, este indicador pode ser útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?

 Sim Não

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

2. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos? (Considere as respostas 1= Uso altamente desencorajado; 9= Uso altamente recomendado)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

3. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)? (Considere as respostas 1= Uso altamente desencorajado; 9= Uso altamente recomendado)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS PESOS

Número do especialista: _____

1. Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Comportamentais", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde?

Sim

Não

Comente sobre a resposta anterior.

2. Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Pessoais", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde?

Sim

Não

Comente sobre a resposta anterior.

3. Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinante Ambiente Físico", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde?

Sim

Não

Comente sobre a resposta anterior.

4. Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Sociais", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde?

Sim

Não

Comente sobre a resposta anterior.

5. Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Econômicos", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde?

Sim

Não

Comente sobre a resposta anterior.

6. Na sua opinião, o peso estimado no domínio "Determinantes Serviços Sociais e de Saúde", reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde?

Sim

Não

Comente sobre a resposta anterior.

7. Na sua opinião, você está de acordo com a determinação dos pesos dos seis domínios do Envelhecimento Ativo? Você tem alguma sugestão de mudança?

INSTRUÇÕES AOS PAINELISTAS – RODADA UM

Painelista,

Obrigada por aceitar participar do painel para avaliar os indicadores/índice de envelhecimento ativo.

Sua participação constará em três momentos de avaliação, denominadas de primeira, segunda e terceira rodada. O processo de adequação RAND/UCLA - Research and Development /University of California Los Angeles (FITCH et al., 2001), consiste em realizar a primeira avaliação pelos painelistas com a classificação inicial de forma independente que corresponde a primeira rodada. A seguir, para a segunda rodada, será enviada uma carta aos painelistas com informações sobre esta etapa, juntamente com o formulário de avaliação contendo os resultados resumidos da primeira etapa. Em seguida, os painelistas se reunirão para troca de opiniões por meio de videoconferência, mediados por um moderador neutro para troca de informações. Finalmente, será realizada a terceira rodada que corresponde a avaliação final, após a videoconferência os resultados da reunião serão analisados e procederão as alterações. Com isso, a informação será encaminhada em novas planilhas aos painelistas para avaliação individual dos indicadores/índice.

Para a primeira rodada você irá precisar de:

- ✓ **Fichas dos indicadores com seus respectivos pesos** (arquivo em PDF);
- ✓ **Formulário de dados sociodemográficos**
(Link:<https://forms.gle/caJwFoJPmbtijuJv6>);
- ✓ **Formulário de avaliação do painel** que contempla os seguintes itens, validade de face, terminologia, necessidade e validade de conteúdo
(Link:<https://forms.gle/DuwcQqHmyx2hW4iy6>);
- ✓ **Formulário de utilidade e usabilidade**
(Link:<https://forms.gle/T6Ve1RYBZnRsTufc7>);
- ✓ Formulário de **avaliação dos pesos**
(Link:<https://forms.gle/veiXNntKvx8KM8ne8>).

Por gentileza, pedimos que você assinale a opção escolhida. Por exemplo, no item 1, do formulário de avaliação do painel, que se refere a validade de face, é perguntado “O quanto este indicador é importante para o envelhecimento ativo do idoso?”; caso você considere que o

indicador é **muito importante**, assinale ‘9’, se considera o indicador **nem um pouco importante** assinale o número ‘1’.

Solicitamos que vocês analisem as fichas técnicas dos indicadores e preencham os formulários de avaliação até o **dia 13/05/2022**, para que possamos dar seguimento às próximas etapas.

Entraremos em contato com cada painalista para confirmar o recebimento dos materiais e sanar possíveis dúvidas ou questões que tenha sobre o processo. Caso tenha algum questionamento ou dúvida, por favor, entre em contato conosco pelo e-mail: d201911307@uftm.edu.br e telefone (34) 99909-2731.

Obrigada pela sua participação.

Pesquisadores:

Prof^a Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares
Coordenadora do projeto

Lenniara Pereira Mendes Santana
Doutoranda em Atenção à Saúde da UFTM
Assistente do projeto

**APÊNDICE E: INSTRUÇÕES AOS PAINELISTAS – RODADA DOIS
(Reunião Online)**

Painelista,

Por e-mail foi enviado o arquivo: “Compilado_ indicadores_ envelhecimento_ ativo”, que será discutido na reunião. Em anexo também, como apoio, o arquivo “Conceito dos Determinantes do Envelhecimento Ativo”. O documento: “Variáveis do modelo_ indicadores candidatos da Rodada 2” foi solicitado por alguns especialistas na última rodada, com o intuito de identificar no Modelo de Envelhecimento Ativo, os indicadores candidatos.

Solicitamos que o Sr.(a) analise estes arquivos para participar da reunião com todos os membros do painel. Esta reunião será conduzida por um moderador neutro objetivando a troca de informações. Serão discutidos inicialmente, os itens de desacordo durante a classificação inicial; em segundo lugar, todas as áreas de ambiguidade nas avaliações iniciais serão abordadas, e por fim, as questões específicas.

O moderador será auxiliado por um membro da equipe com conhecimento no tópico. Este membro será responsável também por realizar as anotações durante o painel de discussão, de modo que as questões mais importantes abordadas estejam bem documentadas (por exemplo, definições revistas, modificações no texto das indicações). Este processo será gravado para o caso de dúvidas nas anotações do membro auxiliar.

Após o encontro online, os resultados da reunião serão analisados e proceder-se-á as alterações sugeridas. Os indicadores poderão ser encaminhados a vocês para nova avaliação individual, caso necessário.

Entraremos em contato com cada painalista para confirmar o recebimento dos materiais e sanar possíveis dúvidas ou questões que tenha sobre o processo. Caso tenha algum questionamento ou dúvida, por favor, entre em contato conosco pelo e-mail: d201911307@uftm.edu.br e telefone (34) 99909-2731.

Obrigada pela sua participação.

Pesquisadores:

Prof^ª Dr^ª. Darlene Mara dos Santos
Tavares
Coordenadora do projeto

Lenniara Pereira Mendes Santana
Doutoranda em Atenção à Saúde da UFTM
Assistente do projeto

APÊNDICE F: COMPILADO DOS INDICADORES DO ENVELHECIMENTO ATIVO COM AS SUGESTÕES RESUMIDAS DA PRIMEIRA ETAPA, RODADA 2

1. ATIVIDADE FÍSICA – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Atividade física</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade fisicamente ativos na Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ (BENEDITTI et al., 2004), que possui questões relacionadas às atividades físicas realizadas em uma semana normal, com intensidade vigorosa (precisam de um grande esforço físico), moderada (exigem algum esforço físico) e leves (esforço físico normal); e com duração de dez minutos contínuos distribuídos em domínios: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte, atividade física em casa; atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer e tempo gasto sentado.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos ativos.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº de idosos ativos Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: A classificação para este indicador seguiu as recomendações American College of Sports Medicine e American Heart Association que é considerado ativo o idoso que pratica 150 minutos ou mais de atividade física por semana (PATE et al., 1995).</p> <p>Domínio: Determinantes Comportamentais</p> <p>Referências: BENEDITTI, T.B. et al. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004. PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA: the journal of the American Medical Association, Chicago, v. 273, n.5, p. 402-7, 1995.</p> <p>Limitações</p> <p>Observações: Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ</p>	<p>Nome do indicador: Atividade física</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que realizam pelo menos ≥ 150 minutos de atividade física semanal, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Método de cálculo: Atividade física = $\frac{\text{número de idosos que realizam } \geq 150 \text{ minutos de atividade física semanal}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$</p> <p>Valor de referência: Idosos que realizam pelo menos ≥ 150 minutos de atividade física semanal.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que realizam pelo menos ≥ 150 minutos de atividade física semanal.</p> <p>Domínio: Determinantes Comportamentais</p> <p>Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira. Acesso em: 26 jul 2022. BENEDITTI, T.B. et al. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004. PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA: the journal of the American Medical Association, Chicago, v. 273, n.5, p. 402-7, 1995.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido.</p> <p>Observações: O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ (BENEDITTI et al., 2004), que possui questões relacionadas às atividades físicas realizadas em uma semana normal, com intensidade vigorosa (precisam de um grande esforço físico), moderada (exigem algum esforço físico) e leves (esforço físico normal); e com duração de dez minutos contínuos distribuídos em domínios: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte, atividade física em casa; atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer e tempo gasto sentado.</p>

	<p>O profissional no momento da avaliação deve questionar a intensidade da atividade física:</p> <p><i>Intensidade leve:</i> exige mínimo esforço físico e causa pequeno aumento da respiração e dos batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é de 1 a 4. O idoso vai conseguir respirar tranquilamente e conversar normalmente enquanto se movimenta ou até mesmo cantar uma música.</p> <p><i>Intensidade moderada:</i> exige mais esforço físico, faz respirar mais rápido que o normal e aumenta moderadamente os batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 5 e 6. O idoso vai conseguir conversar com dificuldade enquanto se movimenta e não vai conseguir cantar.</p> <p><i>Intensidade vigorosa:</i> exige um grande esforço físico, faz respirar muito mais rápido que o normal e aumenta muito os batimentos do seu coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 7 e 8. Você não vai conseguir nem conversar enquanto se movimenta.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	13 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC*=0,85)	

*Índice de Validade de Conteúdo

2. CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

PROPOSTA

Nome do indicador: Consumo de bebida alcoólica

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que possuem baixo consumo de bebida alcoólica na Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. O consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela pergunta da pesquisa: “O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja etc.)?” “Se sim, com qual frequência?” (1) Diariamente; (2) De 1 a 6 vezes na semana; (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês).

Interpretação: Estima o percentual de idosos que possuem baixo consumo de bebida alcoólica.

Método de cálculo: Numerador: nº idosos que possuem baixo consumo de bebida alcoólica. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.

Valor de referência: O consumo de álcool em idosos foi classificado em três categorias de frequência: baixo consumo (<um dia por semana); ingestão moderada (um a três dias por semana) e ingestão elevada (quatro ou mais dias por semana). (WAGNER et al., 2014). Foram consideradas as respostas: (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês).

Domínio: Determinantes comportamentais

Referências: WAGNER, G. A. et al. Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. PLoS One, v. 9, n. 1, p. e85548, jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885713/>. Acesso agosto 2021.

Limitações
Observações

PROPOSTA PARA CONSENSO

Nome do indicador: Frequência no consumo de bebida alcoólica

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que eventualmente ou raramente consomem bebida alcoólica, em determinado espaço geográfico.

Método de cálculo:
Frequência no consumo de bebida alcoólica=

$$\frac{\text{número de idosos que eventualmente ou raramente consomem bebida alcoólica} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$$

Interpretação: Estima o percentual de idosos que possuem baixa frequência no consumo de bebida alcoólica.

Valor de referência: Foram consideradas as respostas: Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês).

Domínio: Determinantes comportamentais

Referências: WAGNER, G. A. et al. Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. PLoS One, v. 9, n. 1, p. e85548, jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885713/>. Acesso agosto 2021. OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110> Acesso nov 2020.

Limitações: Dados autorreferidos.

Observações: O consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela pergunta da pesquisa: “O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja etc.)?” “Se sim, com qual frequência?” (1) Diariamente; (2) De 1 a 6 vezes na semana; (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês).

Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	13 avaliaram como SIM -1 avaliou como NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	11 avaliaram Uso altamente recomendado 3 avaliaram Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	11 avaliaram Uso altamente recomendado 2 avaliaram Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

3. TABAGISMO – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Tabagismo</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não fumavam na Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018. Pergunta da pesquisa: O (a) Senhor (a) fuma? (1) Sim - Há quanto tempo? (2) Fumava – Parou há quanto tempo? (3) Nunca fumei.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que não fumam.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que não fumam. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas (2) Fumava– Parou há quanto tempo? e (3) Nunca fumei. Idosos que não fumam.</p> <p>Domínio: Determinantes comportamentais</p> <p>Referências Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Ausência de tabagismo</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não fumam, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que não fumam.</p> <p>Método de cálculo: Ausência de tabagismo= $\frac{\text{número de idosos que não fumam}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas Fumava e Nunca fumei. Domínio: Determinantes comportamentais</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: Pergunta da pesquisa: O (a) Senhor (a) fuma? (1) Sim - Há quanto tempo? (2) Fumava – Parou há quanto tempo? (3) Nunca fumei.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	11 avaliaram Uso altamente recomendado 3 avaliaram Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	11 avaliaram Uso altamente recomendado 2 avaliaram Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

4. QUALIDADE DO SONO-PROBLEMAS PARA DORMIR – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

PROPOSTA

Nome do indicador: Qualidade do sono-problemas para dormir

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não tem problema para dormir da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2018.

Interpretação: Estima o percentual de idosos que não tem problemas para dormir.

Método de cálculo: Numerador: nº idosos que não tem problema para dormir. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.

Valor de referência: Idosos que não tem problema para dormir.

Domínio: Determinantes comportamentais

Referências
Limitações
Observação

PROPOSTA PARA CONSENSO

Nome do indicador: Ausência de problemas para dormir

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não tem problema para dormir, em determinado espaço geográfico.

Interpretação: Estima o percentual de idosos que não tem problema para dormir.

Método de cálculo:

Ausência de problemas para dormir=

$$\frac{\text{número de idosos que não tem problema para dormir} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico.}}$$

Valor de referência: Idosos que não tem problema para dormir.

Domínio: Determinantes comportamentais

Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. *Rer Bras Enferm*, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110> Acesso nov 2020.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO, 2002.

Limitações: Dado autorreferido.

Observações: Pergunta de pesquisa: O (a) Senhor (a) tem algum problema para dormir? Sim ou Não.

Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?

Todos consideraram SIM.

Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos

14 avaliaram Uso altamente recomendado

Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)

14 avaliaram Uso altamente recomendado

VALIDADE DE FACE: Adequada – **NECESSIDADE:** Sim – **VALIDADE DE CONTEÚDO:** Conteúdo válido (IVC=0,85)

5. ATITUDE FRENTE À TOMADA DE REMÉDIOS – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

PROPOSTA

Nome do indicador: Atitude frente à tomada de remédios

Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com atitude frente à tomada de remédios da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.

Interpretação: Estima o percentual de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios.

Método de cálculo:

Numerador: nº idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.

Valor de referência: As pontuações maiores do que sete correspondem à atitude positiva (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003). Idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios.

Domínio: Determinantes comportamentais

Referências: STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiol., v. 8, n. 4, p. 343-348, 2003.

Limitações

Observações

PROPOSTA PARA CONSENSO

Nome do indicador: Atitude positiva frente à tomada de remédios.

Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com atitude frente à tomada de remédios, em determinado espaço geográfico.

Interpretação: Estima o percentual de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios.

Método de cálculo:

Atitude positiva frente à tomada de remédios=

$$\frac{\text{número de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$$

Valor de referência: Pontuações >7 (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003).

Domínio: Determinantes comportamentais

Referências: STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiol., v. 8, n. 4, p. 343-348, 2003. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva:WHO, 2002.

Limitações: Autorreferido.

Observação: A atitude frente à tomada de remédios foi verificada através do Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios - IAAFTR (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003) composto por dez perguntas com respostas afirmativas e/ou negativas:

Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios? Você toma os remédios sempre no mesmo horário?

Você associa o horário de tomar remédio com as atividades do dia a dia? Quando tem que sair de casa você toma os remédios?

Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar? Você leva os remédios consigo quanto viaja?

Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas? Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?

Você deixou de tomar algum dos remédios nos últimos dias?

Faltou alguma vez à consulta médica nos últimos seis meses?

Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	13 consideraram SIM. 1 considerou NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	11 avaliaram Uso altamente recomendado 3 avaliou Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

6. SITUAÇÃO VACINAL – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Situação Vacinal</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com cartão vacinal completo da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Os dados foram obtidos através da verificação do cartão de vacina do idoso, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, do ano de 2017: o idoso deve ser imunizado com as vacinas de hepatite B (3 doses no intervalo de 0-1-6 meses); dT (uma dose a cada dez anos); febre amarela (1 dose) com avaliação médica para aqueles que possuem risco de contrair a doença; e influenza sazonal (dose anual) (BRASIL, 2017b).</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com cartão vacinal completo.</p> <p>Método de cálculo-Numerador: nº idosos com cartão vacinal completo. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram considerados completos os cartões com as vacinas referidas. Destaca-se que foram selecionadas as vacinas rotineiras, disponibilizadas no calendário vacinal do SUS do idoso (BRASIL, 2017a).</p> <p>Domínio: Determinantes Comportamentais</p> <p>Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2017. Brasília (DF), 2017a. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela. Brasília: CGPNI, 2017b.</p> <p>Observação</p>	<p>Nome do indicador: Cartão vacinal completo</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com cartão vacinal completo, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com cartão vacinal completo.</p> <p>Método de cálculo: Cartão vacinal completo= $\frac{\text{número de idosos com cartão vacinal completo} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Os dados foram obtidos através da verificação do cartão de vacina do idoso, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, do ano de 2017: o idoso deve ser imunizado com as vacinas de hepatite B (3 doses no intervalo de 0-1-6 meses); dT (uma dose a cada dez anos); febre amarela (1 dose) com avaliação médica para aqueles que possuem risco de contrair a doença; e influenza sazonal (dose anual) (BRASIL, 2017b).</p> <p>Domínio: Determinantes Comportamentais</p> <p>Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2017. Brasília (DF), 2017a. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela. Brasília: CGPNI, 2017b.</p> <p>Observação: O profissional deve verificar o cartão de vacina do idoso.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	Todos avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	Todos avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

7. RESILIÊNCIA – DETERMINANTES PESSOAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Resiliência</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade resilientes da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A resiliência está relacionada à capacidade de adaptação frente a estressores ou adversidades (LUTHAR; BROWN, 2007) foi avaliada através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25, validada no Brasil por (SOLANO et al., 2016). A escala deve ser respondida em relação ao mês anterior e se alguma das situações não ocorreram, a pessoa deve responder como acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido (CONNOR; DAVIDSON, 2003). A pontuação da escala baseia-se na soma do total dos 25 itens com respostas que variam de totalmente falso (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro), somando um total de 100 pontos. Quanto mais alta a pontuação maior a resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016).</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos resilientes.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº de idosos resilientes. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba</p> <p>Valor de referência</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). <i>Depress Anxiety</i>, v. 18, n.2, p. 76-82, 2003.</p> <p>LUTHAR, S.S., BROWN, P.J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. <i>Dev Psychopathol</i>, v. 19, n.3, p. 931-955, 2007.</p> <p>SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. <i>Sao Paulo Med J</i>, v. 134, n.5, p. 400-6, 2016.</p> <p>Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Resiliência</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade resilientes, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos resilientes.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\text{Resiliência} = \frac{\text{número de idosos resilientes} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Cálculo da mediana, valores iguais ou acima representa maior escore de resiliência.</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). <i>Depress Anxiety</i>, v. 18, n.2, p. 76-82, 2003.</p> <p>LUTHAR, S.S., BROWN, P.J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. <i>Dev Psychopathol</i>, v. 19, n.3, p. 931-955, 2007.</p> <p>SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. <i>Sao Paulo Med J</i>, v. 134, n.5, p. 400-6, 2016.</p> <p>Limitação: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: A resiliência está relacionada à capacidade de adaptação frente a estressores ou adversidades (LUTHAR; BROWN, 2007) foi avaliada através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25, validada no Brasil por (SOLANO et al., 2016). A escala deve ser respondida em relação ao mês anterior e se alguma das situações não ocorreram, a pessoa deve responder como acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido (CONNOR; DAVIDSON, 2003). A pontuação da escala baseia-se na soma do total dos 25 itens com respostas que variam de totalmente falso (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro), somando um total de 100 pontos. Quanto mais alta a pontuação maior a resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016)</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	11 consideraram SIM.

	3 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	11 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 2 avaliaram Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

8. SINTOMAS DEPRESSIVOS – DETERMINANTES PESSOAIS

PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Sintomas depressivos</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem indicativo de sintomas depressivos da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) é utilizada para rastreamento de depressão proposta por Yesavage (1983) e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Você está basicamente satisfeito com sua vida? Você deixou muitos de seus interesses e atividades? Você sente que sua vida está vazia? Você se aborrece com frequência? Você se sente com bom humor a maior parte do tempo? Você tem medo de algum mal vá lhe acontecer? Você se sente feliz a maior parte do tempo? Você sente que sua situação não tem saída? Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? Você acha maravilhoso estar vivo? Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? Você se sente cheio de energia? Você acha que a sua situação é sem esperanças? Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos sem indicativo de sintomas depressivos.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos sem indicativo de sintomas depressivos. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foi considerado ausência do indicativo de sintomas depressivos pontuações menores que cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: YESAVAGE JA, BRINK TL ROSE TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49. ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.</p>	<p>Nome do indicador: Ausência de sintomas depressivos</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem indicativo de sintomas depressivos, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos sem indicativo de sintomas depressivos.</p> <p>Método de cálculo: Ausência de sintomas depressivos= $\frac{\text{número de idosos sem indicativo de sintomas depressivos} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Ausência do indicativo de sintomas depressivos: < 5 pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: YESAVAGE JA, BRINK TL ROSE TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49. ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) é utilizada para rastreamento de depressão proposta por Yesavage (1983) e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Você está basicamente satisfeito com sua vida? Você deixou muitos de seus interesses e atividades? Você sente que sua vida está vazia? Você se aborrece com frequência? Você se sente com bom humor a maior parte do tempo? Você tem medo de algum mal vá lhe acontecer? Você se sente feliz a maior parte do tempo? Você sente que sua situação não tem saída? Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?</p>

Limitações Observação	Você acha maravilhoso estar vivo? Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? Você se sente cheio de energia? Você acha que a sua situação é sem esperanças? Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=1,0)	

9. FUNCIONAMENTO DOS SENTIDOS – DETERMINANTES PESSOAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Funcionamento dos sentidos</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. O funcionamento dos sentidos foi avaliado com a questão de pesquisa: Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato? (1) Muito ruim (2) ruim (3) nem ruim/nem bom (4) bom (5) muito bom.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com funcionamento bom ou muito bom da audição, visão, paladar, olfato, tato.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom-muito bom. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas no estudo as respostas bom e muito bom. Idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom.</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Funcionamento dos sentidos de audição, visão, paladar, olfato e tato.</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com funcionamento bom ou muito bom da audição, visão, paladar, olfato, tato.</p> <p>Método de cálculo: Funcionamento dos sentidos= $\frac{\text{número de idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom-muito bom} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas no estudo as respostas bom e muito bom</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva:WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: O funcionamento dos sentidos foi avaliado com a questão de pesquisa: Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato? (1) Muito ruim (2) ruim (3) nem ruim/nem bom (4) bom (5) muito bom.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=1,0)	

10. MORBIDADES– DETERMINANTES PESSOAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Morbidades</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem polimorbidades da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.</p> <p>A ausência de polimorbidades foi avaliada pelo Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) por meio dos dados referentes aos 26 itens contemplados (RAMOS et al., 1993), através da questão de pesquisa: <i>O (a) senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?</i></p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos sem polimorbidades.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos sem polimorbidade. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: A polimorbidade foi definida pela presença de duas ou mais doenças concomitantes no mesmo indivíduo (MARENGONI et al., 2011). Idosos sem polimorbidades.</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993. MARENGONI, A et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Research Reviews, v. 10, n.2, 2011.</p> <p>Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Ausência de polimorbidades</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem polimorbidades, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos sem polimorbidades</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Ausência de polimorbidades = $\frac{\text{número de idosos sem polimorbidades}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$</p> <p>Valor de referência: ≥ 3 morbidades</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993. MARENGONI, A et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Research Reviews, v. 10, n.2, 2011.</p> <p>Limitação: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: A ausência de polimorbidades foi avaliada pelo Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) por meio dos dados referentes aos 26 itens (Reumatismo; Artrite/artrose; Osteoporose; Asma ou bronquite; Tuberculose; Embolia; Pressão alta; Má circulação (varizes); Problemas cardíacos; Diabetes; Obesidade; Derrame; Parkinson; Incontinência urinária; Incontinência fecal; Prisão de ventre; Problemas para dormir; Catarata; Glaucoma; Problemas de coluna; Problema renal; Sequela acidente/trauma; Tumores malignos; Tumores benignos; Problema de visão e Depressão) contemplados (RAMOS et al., 1993), através da questão de pesquisa: <i>O (a) senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?</i></p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

11. CAPACIDADE COGNITIVA – DETERMINANTES PESSOAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Capacidade cognitiva</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem declínio cognitivo da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental (MEEM) traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). Tal questionário fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos), memória imediata através do registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore varia de zero ponto, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos até 30 pontos, que por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Os pontos de corte: ≤13 para analfabetos, ≤ 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e ≤ 26 para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994).</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos sem declínio cognitivo.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos sem declínio cognitivo. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram considerados os indivíduos que não apresentaram declínio cognitivo: >13 pontos para analfabetos, > 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e >26 para escolaridade superior a 11 anos. Idosos sem declínio cognitivo.</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.</p> <p>Limitações</p> <p>Observações: Miniexame do Estado Mental</p>	<p>Nome do indicador: Ausência de declínio cognitivo</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem declínio cognitivo, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos sem declínio cognitivo.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Ausência de declínio cognitivo= $\frac{\text{número de idosos sem declínio cognitivo} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Analfabetos, 20 pontos; Escolaridade de 1 a 4 anos, 25 pontos; Escolaridade de 5 a 8 anos, 26,5 pontos; Escolaridade de 9 a 11 anos, 28 pontos; Indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003).</p> <p>Domínio: Determinantes pessoais</p> <p>Referências: BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. BRUCKI, S. M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online], v. 61, n. 3B, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014 Acesso 27 Julho 2022.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos.</p> <p>Observação: A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental (MEEM) traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). Tal questionário fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos), memória imediata através do registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore varia de zero ponto, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos até 30 pontos, que por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado

Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=1,0)	

12-SEGURANÇA FÍSICA E PROTEÇÃO – DETERMINANTE AMBIENTE FÍSICO

PROPOSTA

Nome do indicador: Segurança física e proteção

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que se sentem bastante- extremamente seguros (as) em sua vida diária da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa: *O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.*

Interpretação: Estima o percentual de idosos que se sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária.

Método de cálculo: Numerador: nº idosos que sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.

Valor de referência: Foram consideradas as respostas bastante e extremamente seguros. Idosos que se sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária.

Domínio: Determinante Ambiente Físico

Referências

Limitações

Observação

PROPOSTA PARA CONSENSO

Nome do indicador: Sentimento de segurança física

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que se sentem bastante- extremamente seguros (as) em sua vida diária, em determinado espaço geográfico.

Interpretação: Estima o percentual de idosos que se sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária.

Método de cálculo:

$$\text{Segurança física e proteção} = \frac{\text{número de idosos que sentem bastante-extremamente seguros (as) em sua vida diária} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$$

Valor de referência: Foram consideradas as respostas bastante e extremamente seguros.

Domínio: Determinante Ambiente Físico

Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. *Rer Bras Enferm*, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110> Acesso nov 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO, 2002.

Limitações: Dado autorreferido.

Observação: Pergunta de pesquisa: *O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.* A segurança envolve aspectos sociais, físicos, alimentares, culturais e financeiros.

Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?

Todos consideraram SIM.

Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos

13 avaliaram Uso altamente recomendado
1 avaliou Uso intermediário

Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)

13 avaliaram Uso altamente recomendado
1 avaliou Uso intermediário

VALIDADE DE FACE: Adequada – **NECESSIDADE:** Sim – **VALIDADE DE CONTEÚDO:** Conteúdo válido (IVC=0,92)

13-AMBIENTE FÍSICO—DETERMINANTE AMBIENTE FÍSICO	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Ambiente físico</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa: <i>O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</i></p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas bastante e extremamente saudável. Idosos que consideram o seu ambiente físico como bastante-extremamente saudável.</p> <p>Domínio: Determinante Ambiente físico</p> <p>Referências Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Meio ambiente saudável</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que consideram o seu meioambiente como bastante-extremamente saudável, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que consideram o seu meio ambiente comobastante-extremamente saudável.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Meio ambiente saudável= $\frac{\text{número de idosos que consideram o seu meio ambiente como bastante-extremamente saudável} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas bastante e extremamente saudável.</p> <p>Domínio: Determinante Ambiente físico</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i>, Brasília, v. 73,supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i>. Geneva: WHO,2002.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido</p> <p>Observação: Pergunta de pesquisa: O seu meio ambiente (clima, barulho, poluição) é saudável? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	12 avaliaram Uso altamente recomentado1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomentado1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

14- MEIO DE TRANSPORTE- DETERMINANTE AMBIENTE FÍSICO	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Meio de transporte</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão bastante- extremamente satisfeitos com o meio de transporte da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para avaliar o meio de transporte utilizou-se a seguinte questão: Está satisfeito (a) com o seu meio de transporte? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com o meio de transporte.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com o meio de transporte. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com o meio de transporte.</p> <p>Domínio: Determinante Ambiente físico</p> <p>Referências Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Satisfação com meio de transporte</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muitosatisfeitos com o meio de transporte, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com o meio de transporte.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p>Satisfação com o meio de transporte= $\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com o meio de transporte} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com o meio de transporte.</p> <p>Domínio: Determinante Ambiente físico</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: Para avaliar o meio de transporte utilizou-se a seguinte questão: Está satisfeito (a) com o seu meio de transporte (por exemplo: carro, ônibus, moto)? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

15-CONDIÇÃO DE MORADIA- DETERMINANTES AMBIENTE FÍSICO	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Condição de moradia</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão bastante- extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para avaliar a condição de moradia utilizou-se a seguinte questão: Está satisfeito (a) com as condições do local onde mora? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com as condições do local onde mora.</p> <p>Domínio: Determinante Ambiente físico</p> <p>Referências Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Satisfação com a moradia</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muitosatisfeitos com as condições do local onde mora, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão bastante-extremamente satisfeitos com as condições do local onde mora.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Satisfação com a moradia= $\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as condições do local onde mora.} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com as condições do local onde mora.</p> <p>Domínio: Determinante Ambiente físico</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitação: Dados autorreferidos.</p> <p>Observação: Para avaliar a condição de moradia utilizou-se a seguinte questão: O Sr(a) está satisfeito (a) com as condições do local onde mora? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

16- REDE DE APOIO SOCIAL – DETERMINANTES SOCIAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Rede de Apoio Social</p> <p>Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para identificar a rede de apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). Perguntas da pesquisa: Com quantos PARENTES, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta) e Com quantos AMIGOS, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta).</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos.</p> <p>Método de cálculo- Numerador: n° idosos que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos. Denominador: n° de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram considerados os idosos que se sentem à vontade e pode falar sobre quase tudo com pelo menos um ou mais parentes e/ou amigos.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.</p> <p>Limitações</p> <p>Observação: Escala de rede e de apoio social.</p>	<p>Nome do indicador: Rede de Apoio Social</p> <p>Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Rede de Apoio Social= $\frac{\text{número de idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Foram considerados os idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com pelo menos um ou mais parentes e/ou amigos.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.</p> <p>Limitação: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: Para identificar a rede de apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). Perguntas da pesquisa: Com quantos PARENTES, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta) e Com quantos AMIGOS, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta).</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	Todos consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	13 avaliaram Uso altamente recomendado1 avaliou Uso baixo
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	13 avaliaram Uso altamente recomendado1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

17-APOIO SOCIAL- DETERMINANTES SOCIAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Apoio Social</p> <p>Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que possuem melhor nível de apoio social da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para identificar o apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). O apoio social é mensurado mediante a frequência que o idoso obtém apoio material, através da provisão de recursos práticos e ajuda material; apoio afetivo com demonstrações físicas de amor que faça com que se sinta querido; interação social positiva, contar com pessoas com quem relaxar e se divertir; emocional, que tenha pessoas com quem possa auxiliar em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida e; apoio de informação, por exemplo, contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (GRIEP et al., 2005). Foi gerado um escore padronizado de cada uma das dimensões do apoio social. O escore foi calculado usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100. Sendo assim, o escore final, para cada uma das dimensões, varia de 20 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social (GRIEP et al., 2005).</p> <p>Interpretação: Estima os idosos que possuem melhor nível de apoio social.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que possuem melhor nível de apoio social. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Calculado com base na mediana</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.</p> <p>Limitações</p> <p>Observações: Escala de rede e de apoio social</p>	<p>Nome do indicador: Apoio social: apoio material, afetivo, emocional, informativo.</p> <p>Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que possuem melhor nível de apoio social, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima os idosos que possuem melhor nível de apoio social.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Apoio social= $\frac{\text{número de idosos que possuem melhor nível de apoio social}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$</p> <p>Valor de referência: Cálculo da mediana dos dados, valores iguais ou acima representa melhor nível de apoio social.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido</p> <p>Observação: Para identificar o apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). O apoio social é mensurado mediante a frequência que o idoso obtém apoio material, através da provisão de recursos práticos e ajuda material; apoio afetivo com demonstrações físicas de amor e que faça com que se sinta querido; interação social positiva, contar com pessoas com quem relaxar e se divertir; emocional, que tenha pessoas com quem possa auxiliar em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida e; apoio de informação, por exemplo, contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (GRIEP et al., 2005). Foi gerado um escore padronizado de cada uma das dimensões do apoio social. O escore foi calculado usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100. Sendo assim, o escore final, para cada uma das dimensões, varia de 20 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social (GRIEP et al., 2005).</p>

Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	11 avaliaram Uso altamente recomendado 2 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	11 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 2 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

18- RELAÇÕES PESSOAIS- DETERMINANTES SOCIAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Relações pessoais</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. A satisfação com as relações pessoais foi verificada com a pergunta: O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais.</p> <p>Método de cálculo-Numerador: nº idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com as suas relações pessoais. Idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Satisfação com as relações pessoais</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muitosatisfeitos com as suas relações pessoais, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p>Satisfação com as relações pessoais= $\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as suas relações pessoais} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito com as suas relações pessoais.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73,supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO,2002.</p> <p>Limitações: Dado autorreferido.</p> <p>Observação: A satisfação com as relações pessoais foi verificada com a pergunta: O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais? (1) muito insatisfeito, (2)insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	12 avaliaram Uso altamente recomendado1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomendado2 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

19- ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA - AAVD - DETERMINANTES SOCIAIS

PROPOSTA

Nome do indicador: Atividades Avançadas de Vida Diária - AAVD

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com maior participação nas atividades avançadas de vida diária da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais.

As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) foram avaliadas através de 13 perguntas de natureza social:

Fazer visitas

Receber visitas

Ir à igreja

Ir às reuniões sociais

Ir a eventos culturais

Guiar automóvel

Fazer viagens de um dia para locais próximos

Fazer viagens de maior duração para lugares mais distantes

Desempenhar trabalho voluntário

Desempenhar trabalho remunerado

Participar de diretorias

Participar de universidades da terceira idade

Participar de grupos de convivência

As respostas possíveis são: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço (RIBEIRO; NERI, 2012). Foram considerados o número total de atividades que cada idoso relatou fazer, classificando-os em dois grupos, maior e menor participação nas AVVD.

Interpretação: Estima o percentual de idosos com maior participação nas atividades avançadas de vida diária.

Método de cálculo: Numerador: nº idosos com maior participação nas atividades avançadas da vida diária e Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.

Valor de referência: Foram considerados com maior participação aqueles idosos que realizavam quatro ou mais atividades (OLIVEIRA et al., 2015).

Domínio: Determinantes sociais

Referências: RIBEIRO, L.H.M.; NERI, A.L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 8, p. 2169-80, 2012.

OLIVEIRA, E.M.D. et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 109-120, jan./abr. 2015.

PROPOSTA PARA CONSENSO

Nome do indicador: Atividades Avançadas de Vida Diária - AAVD

Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com maior participação nas atividades avançadas de vida diária, em determinado espaço geográfico.

Interpretação: Estima o percentual de idosos com maior participação nas atividades avançadas de vida diária.

Método de cálculo:

Atividades Avançadas de Vida Diária=

$$\frac{\text{número de idosos com maior participação nas atividades avançadas da vida diária} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$$

Valor de referência: Idosos com maior participação= ≥ 4 atividades (OLIVEIRA et al., 2015).

Domínio: Determinantes sociais

Referências: RIBEIRO, L.H.M.; NERI, A.L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 8, p. 2169-80, 2012.

OLIVEIRA, E.M.D. et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 109-120, jan./abr. 2015.

Limitação: Dados autorreferidos

Observação: As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) foram avaliadas através de 13 perguntas de natureza social:

Fazer visitas

Receber visitas

Ir à igreja

Ir às reuniões sociais

Ir a eventos culturais

Guiar automóvel

Fazer viagens de um dia para locais próximos

Fazer viagens de maior duração para lugares mais distantes

Desempenhar trabalho voluntário

Desempenhar trabalho remunerado

Participar de diretorias

Participar de universidades da terceira idade

Participar de grupos de convivência

	As respostas possíveis são: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço (RIBEIRO; NERI, 2012). Foram considerados o número total de atividades que cada idoso relatou fazer, classificando-os em dois grupos, maior e menor participação nas AAVDs.
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	TODOS consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=1,0)	

20-ATIVIDADES NA COMUNIDADE- DETERMINANTES SOCIAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Atividades na comunidade</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta da pesquisa: O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.</p> <p>Método de cálculo-Numerador: n° idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade. Denominador: n° de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeitos e muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade. Idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Satisfação com a participação nas atividades da comunidade</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade, em determinado espaço geográfico (por exemplo, participação em grupos religiosos, reuniões comunitárias, voluntariado etc.)</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Satisfação com a participação nas atividades da comunidade} = \text{número de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades na comunidade} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeitos e muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i>, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i>. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos</p> <p>Observação: Pergunta da pesquisa: O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	12 avaliaram Uso altamente recomendado 2 avaliou Uso intermediário

Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomendado 2 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

21- ATIVIDADES DE LAZER- DETERMINANTES SOCIAIS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Atividades de Lazer</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas bastante e extremamente oportunidades de atividade de lazer. Idosos com com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Oportunidade de atividades de lazer</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer (por exemplo: assistir televisão, receber visitas, conversar, praticar atividade física etc.), em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Oportunidade de atividades de lazer} = \text{número de idosos com bastante-extremamente oportunidades de atividades de lazer} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas bastante e extremamente oportunidades de atividade de lazer.</p> <p>Domínio: Determinantes sociais</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002. STREIT, I.A. et al. Nível de atividade física e hábitos no lazer de idosos centenários. Revista Kairós Gerontologia, v.18, n.4, p. 165-177, 2015.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos</p> <p>Observação: Pergunta de pesquisa: Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	TODOS consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	13 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	13 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

22- RENDA INDIVIDUAL MENSAL- DETERMINANTES ECONÔMICOS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Renda Individual mensal</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos. Foi verificada por meio da questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Qual a sua renda individual mensal?</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: n° de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos Denominador: n° de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas de 1-3 e ≥3 salários mínimos. Idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos</p> <p>Domínio: Determinantes econômicos</p> <p>Referências Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Renda Individual Mensal</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Renda Individual Mensal= número de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Idosos com renda individual mensal ≥ 1 salários-mínimos.</p> <p>Domínio: Determinantes econômico</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos.</p> <p>Observação: Questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Qual a sua renda individual mensal? 1) Não tem renda 2) Menos que 1 salário-mínimo 3) 1 salário mínimo 4) De 1-3 salários mínimo 5) De 3-5 salários mínimo 6) mais de 5 salários mínimo.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	13 consideraram SIM. 1 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	13 avaliaram Uso altamente recomendado1 avaliou Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	13 avaliaram Uso altamente recomendado1 avaliou Uso baixo
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

23- AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO ECONÔMICA- DETERMINANTES ECONÔMICOS

PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Avaliação da condição econômica</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a condição econômica como boa, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta da pesquisa: No seu entender, a sua condição econômica é (1) ruim, (2) regular, (3) boa.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas como condição econômica boa. Idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa.</p> <p>Domínio: Determinantes econômicos</p> <p>Referências Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Autoavaliação da condição econômica</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a condição econômica como boa, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Autoavaliação da condição econômica} = \text{número de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas como condição econômica boa.</p> <p>Domínio: Determinantes econômicos</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos.</p> <p>Observações: Pergunta do Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): No seu entender, a sua condição econômica é (1) ruim, (2) regular, (3) boa.</p>
<p>Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?</p>	<p>12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO</p>
<p>Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos</p>	<p>12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo</p>
<p>Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)</p>	<p>12 avaliaram Uso altamente recomendado 1 avaliou Uso intermediário 1 avaliou Uso baixo</p>
<p>VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)</p>	

24- APOSENTADORIA E PENSÃO - DETERMINANTES ECONÔMICOS	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Aposentadoria e pensão</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idosos aposentados e/ou pensionistas da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Foram verificadas por meio das questões pertencentes ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (1) Aposentadoria, (2) pensão.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos aposentados e/ou pensionistas.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos aposentados e/ou pensionistas Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Idosos aposentados e/ou pensionistas.</p> <p>Domínio: Determinantes econômicos</p> <p>Referências Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Aposentadoria e pensão</p> <p>Definição: Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade aposentados e/ou pensionistas.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos aposentados e/ou pensionistas.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p style="text-align: center;">Aposentadoria e pensão= $\frac{\text{número de idosos aposentados e/ou pensionistas}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$</p> <p>Valor de referência: Idosos aposentados e/ou pensionistas.</p> <p>Domínio: Determinantes econômicos</p> <p>Referências: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos</p> <p>Observação: Foram verificadas por meio das questões pertencentes ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (1) Aposentadoria, (2) pensão 3) Renda/ aluguel 4) Doação (família) 5) Doação (outros) 6) Trabalho contínuo (formal ou não) 7) Trabalho eventual 8) Renda mensal vitalícia 9) Aplicação financeira 10) Sem rendimento próprio.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	13 consideraram SIM. 1 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	12 avaliaram Uso altamente recomendado2 avaliaram Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	12 avaliaram Uso altamente recomendado2 avaliaram Uso intermediário
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

25- ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE- DETERMINANTES SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Acesso aos serviços de saúde</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Pergunta de pesquisa elaborada no estudo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020): O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Idosos que estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde</p> <p>Domínio: Determinantes serviços sociais e de saúde</p> <p>Limitações Observações</p>	<p>Nome do indicador: Satisfação com o acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos, muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Satisfação com o acesso aos serviços de saúde} = \text{número de idosos que estão satisfeitos-muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Foram consideradas as respostas satisfeito e muito satisfeito.</p> <p>Domínio: Determinantes serviços sociais e de saúde</p> <p>Referência: OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.MS. Envelhecimento ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rev. Bras. Enferm. 73 (suppl 3), 2020.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos</p> <p>Observações: Pergunta de pesquisa elaborada no estudo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020): O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde? (1)Muito insatisfeito; (2)Insatisfeito; (3)Nem insatisfeito/nem satisfeito; (4)Satisfeito; (5)Muito satisfeito.</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	TODOS consideraram SIM.
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	14 avaliaram Uso altamente recomendado
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	14 avaliaram Uso altamente recomendado
VALIDADE DE FACE: Adequada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)	

26- AUTOAVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE - DETERMINANTES SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE	
PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Autoavaliação da evolução do estado de saúde</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Para este estudo, utilizou-se uma questão do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, o (a) Senhor (a) diria que sua saúde está: pior, igual ou melhor? (RAMOS et al., 1993).</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas respostas que autoavaliaram o estado de saúde para melhor. Idosos que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor.</p> <p>Domínio: Determinantes serviços sociais e de saúde</p> <p>Referência: RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.</p> <p>Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Autoavaliação da melhoria do estado de saúde</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a evolução do estado de saúde para melhor no período de um ano.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Autoavaliação da melhoria do estado de saúde} = \text{número de idosos que autoavaliaram o estado de saúde para melhor} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Foram consideradas respostas que autoavaliaram o estado de saúde para melhor.</p> <p>Domínio: Determinantes serviços sociais e de saúde</p> <p>Referência: RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos</p> <p>Observação: Utilizou-se uma questão do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, o (a) Senhor (a) diria que sua saúde está: pior, igual ou melhor? (RAMOS et al., 1993).</p>
Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	12 consideraram SIM. 2 consideraram NÃO
Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos	11 avaliaram Uso altamente recomendado3 avaliou Uso intermediário
Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)	11 avaliaram Uso altamente recomendado3 avaliou Uso intermediário
VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,85)	

27- AVALIAÇÃO DO ATUAL ESTADO DE SAÚDE- DETERMINANTES SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE

PROPOSTA	PROPOSTA PARA CONSENSO
<p>Nome do indicador: Avaliação do atual estado de saúde</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo, da Microrregião de Saúde Uberaba, Minas Gerais. Realizada através da questão pertencente ao Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Como o (a) Senhor (a) avalia (a) sua saúde? (1) Péssima (2) Má (3) Regula (4) Boa (5) Ótima. (RAMOS et al., 1993).</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: nº idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo. Denominador: nº de idosos da Microrregião de Saúde Uberaba.</p> <p>Valor de referência: Foram consideradas respostas que autoavaliaram a saúde como boa ou ótima. Idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como positivo.</p> <p>Domínio: Determinantes serviços sociais e de saúde</p> <p>Referência: RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.</p> <p>Limitações Observação</p>	<p>Nome do indicador: Estado de saúde atual</p> <p>Definição: Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa-ótima, em determinado espaço geográfico.</p> <p>Interpretação: Estima o percentual de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa-ótima.</p> <p>Método de cálculo:</p> $\frac{\text{Estado de Saúde Atual} = \text{número de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa/ótima} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$ <p>Valor de referência: Foram consideradas respostas que autoavaliaram a saúde como boa ou ótima.</p> <p>Domínio: Determinantes serviços sociais e de saúde</p> <p>Referência: RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross-Cultural Gerontology, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.</p> <p>Limitações: Dados autorreferidos</p> <p>Observação: Pergunta de pesquisa pertencente ao Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Como o (a) Senhor (a) avalia (a) sua saúde? (1) Péssima (2) Má (3) Regula (4) Boa (5) Ótima. (RAMOS et al., 1993).</p>
<p>Útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?</p>	<p>TODOS consideraram SIM.</p>
<p>Utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos</p>	<p>14 avaliaram Uso altamente recomendado</p>
<p>Utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)</p>	<p>14 avaliaram Uso altamente recomendado</p>
<p>VALIDADE DE FACE: Apropriada – NECESSIDADE: Sim – VALIDADE DE CONTEÚDO: Conteúdo válido (IVC=0,92)</p>	

APÊNDICE G: AVALIAÇÃO SUMÁRIA E INDIVIDUAL DE CADA INDICADOR – MODERADOR

Nome do Indicador:

Domínio:

ITENS AVALIADOS	Nem um pouco									Muito	Comentários		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		Mediana=	Apropriado	
1-Validade de face													
1.O quanto este indicador é importante para o envelhecimento ativo do idoso? (Considere as respostas 1= Nem um pouco importante; 9= Muito importante)	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>													
<i>Avaliação individual do painalista (*)</i>													
2-Terminologia											Mediana=		
2.O quanto este indicador está claramente redigido? (Considere as respostas 1= Nem um pouco claramente redigido; 9= Muito claramente redigido)	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>													
<i>Avaliação individual do painalista (*)</i>													
3-Necessidade											Mediana=		
3.O quanto este indicador é necessário? (Considere as respostas 1= Nem um pouco necessário; 9= Muito necessário)	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>													
<i>Avaliação individual (*)</i>													
4- Validade de conteúdo*	Não representativo									Representativo		Comentários	
CVI=	1		2		3		4						

4.O quanto este indicador é representativo,ou seja, reflete o conceito considerando a definição acima? (Representatividade: 1= item não representativo da definição teórica;2=item com grande revisões para se tornar representativo;3= item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo;4= item érepresentativo da definição teórica)										
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>										
<i>Avaliação individual do painalista (*)</i>										
5. Você sugere alterações para a definição deste indicador? Se sim, especifique e justifique.										
Painalista										
UTILIDADE E USABILIDADE										
1.Este indicador pode ser útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?	SIM			NÃO						Comentários
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>										
<i>Avaliação individual (*)</i>										
2. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos?	Uso altamente desencorajado					Uso altamente recomendado				Comentários
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<i>Avaliação geral (nº de painelistas)</i>										
<i>Avaliação individual (*)</i>										
3. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das	Uso altamente desencorajado					Uso altamente recomendado				Comentários

áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<i>Avaliação geral (n° de painelistas)</i>										
<i>Avaliação individual (*)</i>										

Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement.** 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables.** 2013. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

AVALIAÇÃO SUMÁRIA E INDIVIDUAL DOS PESOS DOS SEIS DETERMINANTES

Domínios/Pesos estimados	Peso do domínio reflete o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde	
	SIM (n° de especialistas)	NÃO (n° de especialistas)
Determinantes Comportamentais (15,5%)		
Determinantes Pessoais (17,4%)		
Determinante Ambiente Físico (16,4%)		
Determinantes Sociais (18,1%)		
Determinantes Econômicos (10,3%)		
Determinantes Serviços Sociais e de Saúde (22,3%)		

APÊNDICE H- MATERIAIS RODADA 3

INSTRUÇÕES AOS PAINELISTAS – RODADA 3

Caro painalista,

Chegamos a nossa avaliação final.

Após a reunião de consenso foram aprovados os indicadores de Envelhecimento Ativo e foi sugerido pelos especialistas a inclusão de 2 indicadores para o Índice nos Determinantes Econômicos, são eles: Recebimento do benefício de prestação continuada e Trabalho remunerado.

Nesta última etapa, você irá precisar avaliar somente 2 indicadores dos Determinantes Econômicos (construídos a partir de sugestões dos especialistas na reunião de consenso). Envio o link do formulário, onde também estão os indicadores para avaliação (<https://forms.gle/G5YUkSWqWcVTzMW69>)

Por gentileza, para que finalizemos, nos envie a sua avaliação até o dia 16 de novembro.

Obrigada,

A sua contribuição foi muito importante para o trabalho!

Lenniara Pereira Mendes Santana

Doutoranda em Atenção à Saúde da UFTM

34 99909-2731

FICHAS TÉCNICA DOS INDICADORES – RODADA 3

Nome do indicador	Recebimento do Benefício de Prestação Continuada
Definição	Percentual de idosos com 65 anos ou mais de idade que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC).
Interpretação	Estima o percentual de idosos que recebem o Benefício de Prestação Continuada
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que recebem o Benefício de Prestação Continuada}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Idosos que recebem o Benefício de Prestação Continuada
Domínio	Determinantes econômicos
Referências	BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742compilado.htm
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	Pergunta de pesquisa: Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (1) Aposentadoria, (2) pensão 3) Renda/ aluguel 4) Doação (família) 5) Doação (outros) 6) Trabalho contínuo (formal ou não) 7) Trabalho eventual 8) Renda mensal vitalícia 9) Aplicação financeira 10) Sem rendimento próprio 11) Outros, especifique. Benefício de Prestação Continuada (BPC): é a garantia de um salário-mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. O BPC não é aposentadoria. Para ter direito ao BPC, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja igual ou menor que 1/4 do salário-mínimo.

Nome do indicador	Trabalho remunerado
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que exerce trabalho remunerado.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que exercem trabalho remunerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que exercem trabalho remunerado}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Idosos que exercem trabalho remunerado
Domínio	Determinantes econômicos
Referências	WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	Pergunta de pesquisa: Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Atualmente o (a) Senhor (a) exerce trabalho remunerado? Sim ou Não.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PAINEL, UTILIDADE E USABILIDADE- RODADA 3

Número do especialista: _____

INDICADOR:

DOMÍNIO:

1. VALIDADE DE FACE: O quanto este indicador é importante para o envelhecimento ativo do idoso? (Considere as respostas 1= Nem um pouco importante; 9= Muito importante)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

2. TERMINOLOGIA (o quanto o indicador está escrito de forma clara): O quanto este indicador está claramente redigido? (Considere as respostas 1= Nem um pouco claramente redigido; 9= Muito claramente redigido)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

3. NECESSIDADE (Indispensável para avaliação do envelhecimento ativo do idoso): O quanto este indicador é necessário? (Considere as respostas 1= Nem um pouco necessário; 9= Muito necessário)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

Definição do Envelhecimento Ativo: “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002, p. 12).

4. VALIDADE DE CONTEÚDO: O quanto este indicador é representativo, ou seja, reflete o conceito considerando a definição acima? (Representatividade: 1= item não representativo da definição teórica;2= item tem grande revisões para se tornar representativo;3= item necessita de pequenas revisões para se tornar representativo;4= item é representativo da definição teórica)

1 2 3 4

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

5. Você sugere alterações para a definição deste indicador? Se sim, especifique e justifique.

6. Na sua opinião, este indicador pode ser útil (contribui) para avaliar o envelhecimento ativo?

Sim

Não

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

7. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos? (Considere as respostas 1= Uso altamente desencorajado; 9= Uso altamente recomendado)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

8. Qual é a sua avaliação geral sobre a utilidade (uso) deste indicador para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros)? (Considere as respostas 1= Uso altamente desencorajado; 9= Uso altamente recomendado)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Registre aqui os seus comentários sobre a questão avaliada acima.

Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em:

<http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Measure evaluation criteria and guidance summary tables**. 2013.

Disponível em:

<http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Submitting_Standards/2013_Measure_Evaluation_Criteria_and_Guidance_on_Evaluation.aspx>. Acesso: 16 fev 2015.

APÊNDICE I- QUESTÕES ELABORADAS PELO GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA DA UFTM

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

3) O(a) Senhor(a) se considera de qual raça/cor da

pele?.....

1-Branca 2-Preta 3-Parda 4-Amarela 5-Indígena

4) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

5) Escolaridade:

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

6) Qual a sua renda individual:.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
4 - De 1 | 3 salários mínimo 5 - De 3 | 5 salários mínimo 6 - mais de 5 salários mínimo

7)No seu entender, a sua condição econômica é.....

1- Ruim 2- Regular 3- Boa

8) O Senhor(a) exerce trabalho remunerado?.....

1- Sim 2- Não

9) O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja, etc)? ...

(1) Sim (2) Não

Se sim, com qual frequência?.....

(1) Diariamente (2) De 1 a 6 vezes na semana (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)

10) O (a) Senhor (a) fuma?.....

(1) Sim - Há quanto tempo?

(2) Fumava – Parou há quanto tempo?

(3) Nunca fumei.

11) O Senhor tem algum problema para dormir?

(1) Sim, qual? _____

(2) Não

12) O idoso recebeu todas as vacinas recomendada pela Sociedade Brasileira de Imunização para a população idosa? (olhar o cartão de vacina)

(1) Sim, o cartão possui todas as vacinas recomendadas.

(2) Não, o cartão está incompleto. Quais vacinas? _____

(3) Não recebeu nenhuma das vacinas recomendadas.

(4) Não tem cartão de vacina.

	VACINA	DOSES
60 ANOS OU MAIS	Hepatite B	Três doses (0-1-6 meses)
	Febre Amarela	Uma dose a cada dez anos
	Influenza Sazonal	Dose anual
	Dupla tipo adulto (dT) Difteria e Tétano	Uma dose a cada dez anos (reforço) O cartão deve conter três doses dessa vacina.

APÊNDICE J- FICHAS FINAIS DOS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Determinantes Comportamentais

Nome do indicador	Prática de atividade física
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que realizam pelo menos ≥ 150 minutos de atividade física semanal, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que realizam pelo menos ≥ 150 minutos de atividade física semanal.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que realizam } \geq 150 \text{ minutos de atividade física semanal} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	≥ 150 minutos de atividade física semanal.
Domínio	Determinantes Comportamentais
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira . Acesso em: 26 jul 2022. BENEDITTI, T.B. et al. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004. PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA: the journal of the American Medical Association, Chicago, v. 273, n.5, p. 402-7, 1995.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física adaptado – IPAQ (BENEDITTI et al., 2004), que possui questões relacionadas às atividades físicas realizadas em uma semana normal, com intensidade vigorosa (precisam de um grande esforço físico), moderada (exigem algum esforço físico) e leves (esforço físico normal); e com duração de dez minutos contínuos distribuídos em domínios: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte, atividade física em casa; atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer e tempo gasto sentado. O profissional no momento da avaliação deve questionar a intensidade da atividade física: <i>Intensidade leve:</i> exige mínimo esforço físico e causa pequeno aumento da respiração e dos batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é de 1 a 4. O idoso vai conseguir respirar tranquilamente e conversar normalmente enquanto se movimenta ou até mesmo cantar uma música. <i>Intensidade moderada:</i> exige mais esforço físico, faz respirar mais rápido que o normal e aumenta moderadamente os batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 5 e 6. O idoso vai conseguir conversar com dificuldade enquanto se movimenta e não vai conseguir cantar. <i>Intensidade vigorosa:</i> exige um grande esforço físico, faz respirar muito mais rápido que o normal e aumenta muito os batimentos do seu coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 7 e 8. Você não vai conseguir nem conversar enquanto se movimenta.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada

Validade de conteúdo: Conteúdo válido (CVI=0,85)

Terminologia: adequada

Necessidade: Sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.

Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Frequência no consumo de bebida alcoólica
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que eventualmente ou raramente consomem bebida alcoólica, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que possuem baixa frequência no consumo de bebida alcoólica.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que eventualmente ou raramente consomem bebida alcoólica} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Consumo eventual ou raro (menos de 4 vezes ao mês).
Domínio	Determinantes comportamentais
Referências	WAGNER, G. A. et al. Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. PLoS One, v. 9, n. 1, p. e85548, jan. 2014. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885713/ . Acesso agosto 2021. OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. Rer Bras Enferm, Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Questão elaborada pelas pesquisadoras do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva: “O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja etc.)?” “Se sim, com qual frequência?” (1) Diariamente; (2) De 1 a 6 vezes na semana; (3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês). Valor de referência: consumo eventual ou raro (menos de 4 vezes ao mês).

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: conteúdo válido (CVI=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: Sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Ausência de tabagismo
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não fumam, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que não fumam.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que não fumam} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Ex-fumante e nunca fumou.
Domínio	Determinantes comportamentais
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Questão elaborada pelas pesquisadoras do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva e amplamente utilizados nas pesquisas: O (a) Senhor (a) fuma? (1) Sim - Há quanto tempo? (2) Fumava – Parou há quanto tempo? (3) Nunca fumei. Valor de referência: Ex-fumante e nunca fumou.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Ausência de problemas para dormir
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que não tem problema para dormir, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que não tem problema para dormir.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que não tem problema para dormir} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Não tem problema para dormir.
Domínio	Determinantes comportamentais
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rev Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Questão elaborada pelas pesquisadoras do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva: O (a) Senhor (a) tem algum problema para dormir? Sim ou Não.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada

Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)

Terminologia: adequada

Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.

Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Atitude positiva frente à tomada de remédios.
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com atitude positiva frente à tomada de remédios, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos com atitude positiva frente à tomada de remédios}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Pontuações >7
Domínio	Determinantes comportamentais
Referências	STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiol., v. 8, n. 4, p. 343-348, 2003. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Utilizado o Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios - IAAFTR (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003) constituído por dez questões com respostas positivas e/ou negativas: Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios? Você toma os remédios sempre no mesmo horário? Você associa o horário de tomar remédio com as atividades do dia a dia? Quando tem que sair de casa você toma os remédios? Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar? Você leva os remédios consigo quanto viaja? Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas? Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica? Você deixou de tomar algum dos remédios nos últimos dias? Faltou alguma vez à consulta médica nos últimos seis meses?

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Cartão vacinal completo
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com cartão vacinal completo, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos com cartão vacinal completo.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos com cartão vacinal completo} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Vacinas de hepatite B (3 doses no intervalo de 0-1-6 meses); dT (uma dose a cada dez anos); febre amarela (1 dose) com avaliação do médico para pessoas em risco de contrair a doença; e influenza sazonal (dose anual)
Domínio	Determinantes Comportamentais
Referências	BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2017. Brasília (DF), 2017a. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela. Brasília: CGPNI, 2017b.
Limitações	Qualidade do registro.
Observação(s)	O idoso recebeu todas as vacinas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Imunização para a população idosa? O profissional deve verificar o cartão de vacina do idoso.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Determinantes Pessoais

Abrangem a genética e a biologia de cada indivíduo, incluindo fatores psicológicos, número de morbidades e a capacidade cognitiva (ILC - BRASIL, 2015).

Nome do indicador	Maior resiliência
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade com maiores escores de resiliência, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos com maiores escores de resiliência.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos com maiores escores de resiliência} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Valores iguais ou acima da mediana.
Domínio	Determinantes pessoais
Referências	CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). <i>Depress Anxiety</i> , v. 18, n.2, p. 76-82, 2003. LUTHAR, S.S., BROWN, P.J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. <i>Dev Psychopathol</i> , v. 19, n.3, p. 931-955, 2007. SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. <i>Sao Paulo Med J</i> , v. 134, n.5, p. 400-6, 2016
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	A resiliência está relacionada à capacidade de adaptação frente a estressores ou adversidades (LUTHAR; BROWN, 2007) foi avaliada através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25, validada no Brasil (SOLANO et al., 2016). O instrumento deve ser respondido em relação ao mês anterior e se alguma das situações não ocorreram, a pessoa deve responder como acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido (CONNOR; DAVIDSON, 2003). A pontuação consiste na soma do total dos 25 itens da escala com respostas variando de nem um pouco verdadeiro (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro), totalizando 100 pontos. Quanto mais alta a pontuação maior a resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016).

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
Terminologia: adequada
Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Ausência de sintomas depressivos
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem indicativo de sintomas depressivos, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos sem indicativo de sintomas depressivos.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos sem indicativo de sintomas depressivos} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	< 5 pontos
Domínio	Determinantes pessoais
Referências	YESAVAGE JA, BRINK TL ROSE TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49. ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) é utilizada para rastreio de depressão (YESAVAGE, 1983), sendo validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). O instrumento é constituído por 15 perguntas com respostas objetivas de sim ou não, a saber, Você está basicamente satisfeito com sua vida? Você deixou muitos de seus interesses e atividades? Você sente que sua vida está vazia? Você se aborrece com frequência? Você se sente com bom humor a maior parte do tempo? Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? Você se sente feliz a maior parte do tempo? Você sente que sua situação não tem saída? Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? Você acha maravilhoso estar vivo? Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? Você se sente cheio de energia? Você acha que a sua situação é sem esperanças? Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=1,0)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Bom funcionamento dos sentidos
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com funcionamento bom ou muito bom da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom.
Interpretação	Estima o percentual de idosos com funcionamento bom ou muito bom da audição, visão, paladar, olfato, tato.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos com funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato bom ou muito bom} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Bom e muito bom.
Domínio	Determinantes pessoais
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	O funcionamento dos sentidos é avaliado utilizando-se de uma questão: Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato? (1) Muito ruim (2) ruim (3) nem ruim/nem bom (4) bom (5) muito bom. Valor de referência do indicador: Bom e muito bom.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=1,0)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Ausência de polimorbidades
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade sem polimorbidades, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos sem polimorbidades.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos sem polimorbidades} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Ausência ou presença de 1 morbidade
Domínio	Determinantes pessoais
Referências	JOHNSTON, M.C. et al. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. <i>European Journal of Public Health</i> , v. 29, n. 1, p. 182–189, 2018. RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. <i>J Cross-Cultural Gerontology</i> , New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	A ausência de polimorbidades foi avaliada pelo Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) por meio dos dados referentes aos 26 itens (Reumatismo; Artrite/artrose; Osteoporose; Asma ou bronquite; Tuberculose; Embolia; Pressão alta; Má circulação (varizes); Problemas cardíacos; Diabetes; Obesidade; Derrame; Parkinson; Incontinência urinária; Incontinência fecal; Prisão de ventre; Problemas para dormir; Catarata; Glaucoma; Problemas de coluna; Problema renal; Sequela acidente/trauma; Tumores malignos; Tumores benignos; Problema de visão, Depressão, Outros) (RAMOS et al., 1993), através da questão de pesquisa: O (a) senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Ausência de declínio cognitivo
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade sem declínio cognitivo, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos sem declínio cognitivo.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos sem declínio cognitivo} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Analfabetos, 20 pontos; Escolaridade de 1 a 4 anos, 25 pontos; Escolaridade de 5 a 8 anos, 26,5 pontos; Escolaridade de 9 a 11 anos, 28 pontos; Indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos.
Domínio	Determinantes pessoais
Referências	BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. BRUCKI, S. M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online], v. 61, n. 3B, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014 . Acesso 27 Julho 2022.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	O declínio cognitivo é mensurado por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM) traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). Tal questionário é composto por diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos) e no espaço (5 pontos), memória imediata com a repetição de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação varia de zero ponto, que representa maior grau de comprometimento cognitivo do idoso, até 30 pontos, correspondendo a ausência de declínio cognitivo.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=1,0)
Terminologia: adequada
Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Determinante Ambiente Físico

Nome do indicador	Sentimento de segurança física
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que se sentem bastante ou extremamente seguros (as) em sua vida diária, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que se sentem bastante ou extremamente seguros (as) em sua vida diária.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que sentem bastante ou extremamente seguros (as) em sua vida diária} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Bastante e extremamente.
Domínio	Determinante Ambiente Físico
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	Pergunta de pesquisa: O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente. A segurança envolve aspectos sociais, físicos, alimentares, culturais e financeiros.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Meio ambiente saudável
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que consideram o seu meio ambiente como bastante ou extremamente saudável, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que consideram o seu meio ambiente como bastante ou extremamente saudável.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que consideram o seu meio ambiente como bastante ou extremamente saudável}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Bastante e extremamente.
Domínio	Determinante Ambiente físico
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Pergunta de pesquisa: Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição)? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Satisfação com meio de transporte
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o meio de transporte, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o meio de transporte.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o meio de transporte}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Satisfeitos e muito satisfeitos.
Domínio	Determinante Ambiente físico
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Pergunta de pesquisa: Quão satisfeito (a) está com o seu meio de transporte (por exemplo: carro, ônibus, moto)? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Satisfação com a moradia
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições do local onde mora, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições do local onde mora.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições do local onde mora}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Satisfeito e muito satisfeitos.
Domínio	Determinante Ambiente físico
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Utilizou-se a seguinte questão: O Sr (a) está satisfeito (a) com as condições do local onde mora? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Determinantes Sociais

Nome do indicador	Presença de rede social
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com parentes e/ou amigos}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Liberdade de falar sobre quase tudo com pelo menos um ou mais parentes e/ou amigos.
Domínio	Determinantes sociais
Referências	SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005. BOWLING A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A, editor. Measuring health: a review of quality of life measurements scales. 2nd Ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	A Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005) foi empregue para identificar a presença de rede social. As questões foram: Com quantos parentes, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta) e Com quantos amigos, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta). Utilizou-se como valor de referência do indicador os idosos que tem liberdade de falar sobre quase tudo com pelo menos um ou mais parentes e/ou amigos. “Rede social é definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida.” (BOWLING, 1997).

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
Terminologia: adequada
Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Nível de apoio social total: material, afetivo, emocional, informativo.
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que possuem melhor nível de apoio social, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima os idosos que possuem melhor nível de apoio social.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que possuem melhor nível de apoio social} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Valores iguais ou acima da mediana.
Domínio	Determinantes sociais
Referências	SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991. GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Para identificar o apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social elaborada pelo Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991), traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005). O apoio social é mensurado mediante a frequência queo idoso obtém apoio material, através da provisão de recursos práticos e ajuda material; apoio afetivo com demonstrações físicas de amor e que faça com que se sinta querido; interação social positiva, contar com pessoas com quem relaxar e se divertir; emocional, que tenha pessoas com quem possa auxiliar em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida e; apoio de informação, por exemplo, contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (GRIEP et al., 2005). Foi gerado um escore padronizado de cada uma das dimensões do apoio social. O escore foi calculado usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100. Com isso, a pontuação final e, também para cada dimensão, varia de 20 a 100 pontos, ou seja, quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social (GRIEP et al., 2005). Apoio social diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Satisfação com as relações pessoais
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas relações pessoais, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas relações pessoais.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas relações pessoais}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Satisfeitos e muito satisfeitos.
Domínio	Determinantes sociais
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	A satisfação com as relações pessoais foi verificada com a pergunta: O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Satisfação com a participação nas atividades da comunidade
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade, em determinado espaço geográfico (por exemplo, participação em grupos religiosos, reuniões comunitárias, voluntariado etc.)
Interpretação	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as oportunidades que tem para participar de atividades na comunidade} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Satisfeitos e muito satisfeitos.
Domínio	Determinantes sociais
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Avaliada com a seguinte questão: O quão o(a) senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade? (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Satisfação com oportunidade de atividades de lazer
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com bastante ou extremamente oportunidades de atividades de lazer (por exemplo: assistir televisão, receber visitas, conversar, praticar atividade física etc.), em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos com bastante ou extremamente oportunidades de atividades de lazer.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos com bastante ou extremamente oportunidades de atividades de lazer}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Bastante e extremamente.
Domínio	Determinantes sociais
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002. STREIT, I.A. et al. Nível de atividade física e hábitos no lazer de idosos centenários. <i>Revista Kairós Gerontologia</i> , v.18, n.4, p. 165-177, 2015.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Avaliada com a questão: Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer? (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Determinantes Econômicos

Nome do indicador	Presença de renda individual mensal
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos com renda individual mensal igual a um ou mais salários-mínimos} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Renda individual mensal \geq 1 salários-mínimos.
Domínio	Determinantes econômicos.
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Questão pertencente ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Qual a sua renda individual mensal? 1) Não tem renda 2) Menos que 1 salário-mínimo 3) 1 salário mínimo 4) De 1 - 3 salários mínimo 5) De 3 - 5 salários mínimo 6) mais de 5 salários mínimo.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Autoavaliação da condição econômica
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram a condição econômica como boa, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que autoavaliaram a condição econômica como boa} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Condição econômica boa.
Domínio	Determinantes econômicos
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	Pergunta do Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): No seu entender, a sua condição econômica é (1) ruim, (2) regular, (3) boa.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,85)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Recebimento de aposentadoria e pensão
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade aposentados e/ou pensionistas, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos aposentados e/ou pensionistas.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos aposentados e/ou pensionistas} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Idosos aposentados e/ou pensionistas.
Domínio	Determinantes econômicos
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento Ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rer Bras Enferm</i> , Brasília, v. 73, supl. 3, e20200110, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0110 Acesso nov 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Active Ageing: A Policy Framework</i> . Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido
Observação(s)	Foram verificados por meio das questões pertencentes ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (1) Aposentadoria, (2) pensão 3) Renda/ aluguel 4) Doação (família) 5) Doação (outros) 6) Trabalho contínuo (formal ou não) 7) Trabalho eventual 8) Renda mensal vitalícia 9) Aplicação financeira 10) Sem rendimento próprio.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada
 Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)
 Terminologia: adequada
 Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.
 Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Trabalho remunerado
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que exerce trabalho remunerado.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que exercem trabalho remunerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que exercem trabalho remunerado} \times 100}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}}$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Idosos que exercem trabalho remunerado.
Domínio	Determinantes econômicos.
Referências	WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Pergunta de pesquisa: Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM): Atualmente o (a) Senhor (a) exerce trabalho remunerado? Sim ou Não.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada

Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,88)

Terminologia: adequada

Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.

Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Determinante serviços sociais e de saúde

Nome do indicador	Satisfação com o acesso aos serviços de saúde
Definição	Percentual de idosos com 60 anos ou mais de idade que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Satisfeito e muito satisfeito.
Domínio	Determinantes serviços sociais e de saúde
Referências	OLIVEIRA, N.G.N.; TAVARES, D.M.S. Envelhecimento ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. <i>Rev. Bras. Enferm.</i> 73 (suppl 3), 2020.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Questão WHOQOL-BREF 24: O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde? (1) Muito insatisfeito; (2) Insatisfeito; (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito; (4) Satisfeito; (5) Muito satisfeito.

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada

Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)

Terminologia: adequada

Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.

Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

Nome do indicador	Bom estado de saúde atual
Definição	Percentual de idosos de 60 anos ou mais de idade que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa ou ótima, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima o percentual de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa ou ótima.
Método de cálculo	$\frac{\text{número de idosos que autoavaliaram o atual estado de sua saúde como boa ou ótima}}{\text{número total de idosos em determinado espaço geográfico}} \times 100$
Fonte dos dados	Banco de dados do projeto intitulado “Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Valor de referência	Autoavaliação da saúde como boa ou ótima.
Domínio	Determinantes serviços sociais e de saúde
Referências	RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. <i>J Cross-Cultural Gerontology</i> , New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.
Limitações	Dado autorreferido.
Observação(s)	Pergunta de pesquisa pertencente ao Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Como o (a) Senhor (a) avalia (a) sua saúde? (1) Péssima (2) Má (3) Regular (4) Boa (5) Ótima. (RAMOS et al., 1993).

Questões adicionais a considerar

Validade de face: apropriada

Validade de conteúdo: Conteúdo válido (IVC=0,92)

Terminologia: adequada

Necessidade: sim

Análises empíricas

Útil para avaliar o envelhecimento ativo.

Uso altamente recomendado deste indicador em relatórios públicos para a promoção do Envelhecimento Ativo em idosos e para comparar relatórios públicos a nível das áreas geográficas (estados, municípios, cidades, bairros).

ANEXO A - MODELO DE FICHA DE INFORMAÇÃO DO INDICADOR*

Nome do indicador:	
Definição:	
Interpretação:	
Método de cálculo:	
Fonte dos dados:	
Valor de referência:	
Domínio:	
Referências:	
Limitações:	
Observação(s):	

* Adaptado de:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Center For Health Policy/Center For Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. **Quality indicator measure development, implementation, maintenance, and retirement**. 2011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <http://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf>. Acesso: 16 fev 2015.

VIACAVA, F. et al. *Proadess: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento*. [página na Internet]. Relatório final, 2011. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20com_sumario_atualizadorev%202014.pdf. Acesso: 01 Set 2015.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Índice de Envelhecimento Ativo: Uma proposta de construção

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34607520.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.597.973

Apresentação do Projeto:

O projeto está sendo reapresentado com o objetivo de atender pendência(s) apontada(s) no parecer nº 4.159.716.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1586322, de 01/03/2021) e do Projeto Detalhado (projeto_cep.docx, de 01/03/2021).

Segundo os pesquisadores: "A população mundial está envelhecendo em decorrência da interação dinâmica das taxas de fecundidade e de mortalidade, tendo como consequência o aumento da expectativa de vida. Projeções indicam que até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%), ultrapassando globalmente o número de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos (UNITED NATIONS, 2019). Dessa maneira, níveis baixos de fertilidade combinados com maior longevidade assegura o envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2019).

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, vive um período de acentuado envelhecimento populacional (ALCÂNTARA et al., 2016). Até a década de 1950, havia necessidade de políticas voltadas para os jovens, devido a taxa de fecundidade ser de aproximadamente seis filhos por mulher (ALCÂNTARA et al., 2016). Nos dias atuais, percebe-se uma mudança na

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões	
Bairro: Abadia	CEP: 38.025-440
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6803	E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

estrutura etária do país, onde a taxa se encontra abaixo de dois filhos por mulher. Diante disso, com o aumento da longevidade da população brasileira, surgem novas demandas e necessidades (ALCÂNTARA et al., 2016), o que gera a necessidade de políticas públicas direcionadas a este novo perfil etário (IBGE, 2015).

Com o objetivo de adaptar às demandas expressas pela longevidade e promover um envelhecimento de forma positiva, as sociedades precisam garantir o bem-estar aos idosos, bem como proteger os direitos humanos, a segurança econômica, proporcionar oportunidades de aprendizado ao longo da vida e garantir acesso a serviços de saúde adequados (UNITED NATIONS, 2019).

Considerando os desafios relacionados ao envelhecimento da população e a necessidade de incentivar o envelhecimento ativo, foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde em 2002, a Política do Envelhecimento ativo (WHO, 2002). Tal Política reforça que, setores políticos e a sociedade civil, apoiem e favoreçam que as pessoas possam ter oportunidades ao longo da vida e alcançar qualidade de vida na velhice (WHO, 2002; ILC - BRASIL, 2015; KALACHE, 2019).

Envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial da Saúde como: "Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (WHO, 2002, p. 12). Neste aspecto, o envelhecimento ativo envolve cuidados com demandas econômicas, sociais, cívicas, espirituais e culturais, assim, não abrange somente os objetivos de saúde (ILC - BRASIL, 2015).

O envelhecimento ativo apoia uma vida assistida de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de aumentar a expectativa de uma vida saudável, promovendo qualidade de vida para os indivíduos no processo de envelhecimento, incluindo aqueles que requerem cuidados, como frágeis e deficientes (WHO, 2005). Dessa forma, possibilita com que os idosos possam participar da sociedade e ao mesmo tempo que promove a proteção, segurança e cuidados quando necessários (WHO, 2002; WHO, 2005).

Os componentes fundamentais para envelhecer ativamente são: saúde, segurança, participação e aprendizagem ao longo da vida. Apesar de serem independentes, se reforçam mutuamente. Dessa forma, o envelhecimento ativo sustenta-se nos quatro pilares mencionados (ILC - BRASIL, 2015). Considerando que, o envelhecimento é um processo contínuo e se estende por toda a existência humana, quanto mais cedo der início as oportunidades de saúde, segurança, participação e aprendizagem ao longo da vida, maiores serão as possibilidades de uma velhice com qualidade de vida (ILC - BRASIL, 2015).

Assim, foi definido pela OMS (2002) os fatores determinantes para a promoção do envelhecimento

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

ativo: comportamentais; pessoais; ambiente físico; sociais; econômicos; serviços sociais e de saúde. Os determinantes gênero e cultura foram considerados como abrangentes e transversais, pois são capazes de moldar os seres humanos e o meio em que estão inseridos no decorrer da vida (WHO, 2002).

Os determinantes comportamentais estão relacionados ao cuidado do indivíduo com a própria saúde. Tais condutas são individuais e dependem de decisões pessoais. Dessa forma, nunca é tarde para iniciar um estilo de vida saudável, ao considerar a abstenção do tabaco e álcool, alimentação saudável, a prática de atividade física, consultas com profissionais de saúde, rastreio/tratamento de doenças, tais ações contribuem para o envelhecimento ativo (ILC - BRASIL, 2015).

Os determinantes pessoais envolvem fatores biológicos e genéticos próprios do indivíduo, englobando a capacidade cognitiva e fatores psicológicos (ILC - BRASIL, 2015). Dessa forma, o envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, o que favorece a influência da hereditariedade no declínio cognitivo e no aparecimento de doenças. A trajetória de saúde e doença do indivíduo é o resultado de uma combinação genética, estilo de vida e do ambiente em que está inserido (WHO, 2005).

Os determinantes referentes ao ambiente físico correspondem à diferença entre dependência e independência para os indivíduos, especialmente para aqueles na fase da velhice. Demandas como serviços de transporte públicos acessíveis, água limpa, ar puro, moradia segura, acesso à alimentação saudável, ambiente livre de barreiras físicas que podem ocasionar quedas, espaços públicos ao ar livre favorecem um ambiente seguro ao idoso e, conseqüentemente protege contra condições incapacitantes (ILC - BRASIL, 2015).

Os determinantes sociais envolvem oportunidades de educação e aprendizagem permanente, o apoio social, combate a violência e maus-tratos, que favorecem a saúde, participação e a segurança à medida que as pessoas envelhecem (ILC - BRASIL, 2015). A educação combinada com oportunidades de aprendizagem pode auxiliar as pessoas a desenvolverem habilidades e confiança no que precisam, com a finalidade de se adaptarem e permanecerem independentes a medida que envelhecem. O isolamento social e a solidão na velhice estão conectados a um declínio de saúde tanto física quanto mental (WHO, 2005). A violência e os maus-tratos ao idoso incluem tanto abuso físico, sexual, psicológico e financeiro quanto negligência (ILC - BRASIL, 2015).

Outros fatores determinantes a serem considerados no envelhecimento ativo, são os econômicos (WHO, 2005). A condição socioeconômica afeta diretamente o acesso aos alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados com a saúde; emprego e condições de trabalho favorece renda

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

adequada, bem como oportunidades de aprendizagem, redes sociais e benefícios psicológicos. A proteção social, no que se refere as pensões, geralmente o valor monetário é um fator importante no bem-estar dos idosos (ILC - BRASIL, 2015).

O determinante de serviços sociais e de saúde quando acessíveis, igualitários e bem coordenados são fundamentais para promover a saúde, prevenir e tratar problemas de saúde à medida que acontecem. Tais condições são realizáveis e sustentáveis quando estão em articulação com os outros determinantes do envelhecimento ativo (ILC - BRASIL, 2015).

Desta maneira, em conjunto com os determinantes apresentados, convergem em comum com a cultura, que se refere aos significados partilhados de uma sociedade que evolui historicamente e expressa nas tradições, na linguagem, nos rituais e nas expectativas sobre o comportamento individual e do grupo, influenciando assim, nos mecanismos de enfrentamento e respostas adotados ao longo da vida pelo indivíduo; e com o gênero, no qual o acúmulo de discrepâncias entre homens e mulheres têm impacto entre a saúde e bem-estar dos idosos ILC - BRASIL, 2015).

Com a expectativa de vida crescente, torna-se fundamental uma base de evidência e de qualidade para o embasamento de políticas públicas sobre o envelhecimento ativo e a sensibilização da população idosa. Não existe uma abordagem geral para avaliar o envelhecimento ativo, mas considerando a característica multidimensional, uma das abordagens comuns é usar indicadores (ou índices) compostos (VARLAMOVA, et al., 2017).

Diante desse contexto, o Índice de Envelhecimento Ativo (Active Ageing Index - AAI) foi desenvolvido para países da Europa em 2012 pelo Centro Europeu para Política de Assistência Social e Pesquisa, na cidade de Viena, contando com a participação de pesquisadores de diversos países (ZAIDI et al., 2013).

O Índice de Envelhecimento Ativo é uma ferramenta analítica que objetiva auxiliar na elaboração de estratégias baseadas em evidências e, conseqüentemente no desenvolvimento de políticas para o envelhecimento ativo e saudável, visando assim, lidar com os desafios do envelhecimento populacional e seus impactos na sociedade (ZAIDI et al., 2013). Desenvolver o Índice de Envelhecimento Ativo é imprescindível não somente para a população idosa, essa ferramenta fornecerá subsídios para motivar a população mais jovem a investir cada vez mais cedo nos fatores condicionantes para o envelhecimento ativo e saudável.

O estudo inicial do Índice de Envelhecimento Ativo abrangeu 28 países da União Europeia (ZAIDI et al., 2013; ZAIDI; STANTON, 2015) e foi utilizado como referencial teórico, o conceito de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (2002). O método utilizado para o desenvolvimento do índice é composto por vinte e dois indicadores combinados em quatro

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

domínios: contribuições através de atividades remuneradas, participação na sociedade, vida independente saudável e segura, capacidade e ambiente propício para o envelhecimento ativo. Os três primeiros domínios refletem as atividades que os idosos estão envolvidos, enquanto o último domínio reflete condições que o estado e a sociedade proporciona para o desenvolvimento do envelhecimento ativo (ZAIDI et al., 2013; ZAIDI; STANTON, 2015). Estudos na Coreia (UM, et al., 2019), Rússia (VARLAMOVA, et al., 2017) e China (ZAIDI et al., 2018) utilizaram tais referenciais para a construção do Índice de Envelhecimento Ativo em seus respectivos países.

Apesar do marco político do envelhecimento ativo ter ocorrido em 2002, e políticas públicas serem instituídas no Brasil (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b), o Índice de Envelhecimento Ativo não foi desenvolvido para a população brasileira. Estudos nacionais abordaram: a influência dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos longevos de um município do interior de Santa Catarina (FARIAS; SANTOS, 2012); a construção de um indicador de envelhecimento ativo e a associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero (CAMPOS et al., 2015); a análise da prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população idosa de um município do sudeste brasileiro, bem como as diferenças de gênero e idade (SOUZA et al., 2018); a descrição dos determinantes econômicos, sociais e comportamentais que permeiam o envelhecimento ativo dos participantes do grupo de convivência da Universidade da Terceira Idade de Belém-Pará, analisando os aspectos positivos adquiridos e as dificuldades apresentadas pelos participantes (MIRA et al., 2019). As pesquisas citadas utilizaram o referencial teórico do envelhecimento ativo proposto pela OMS (2002), porém não foi localizado estudo que elaborasse o Índice de Envelhecimento Ativo para a população idosa.

O crescente aumento da população idosa, traz particularidades e desafios a serem enfrentados. É essencial que os países implantem programas e políticas públicas que promovam o envelhecimento ativo, visando aprimorar a saúde; qualidade de vida, a participação e a segurança dos idosos OMS (2002).

Uma das ferramentas para o desenvolvimento de políticas públicas de envelhecimento ativo está pautada na utilização de indicadores e índices. Na literatura científica, identificou-se somente o Índice de envelhecimento ativo e o índice de envelhecimento global, que se aproxima da proposta da presente pesquisa. Contudo, o Índice de Envelhecimento Ativo (Active Ageing Index - AAI) foi desenvolvido para os países europeus baseado no referencial teórico proposto pela OMS e as vertentes do Ano Europeu de Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre as Gerações (EUROSTAT, 2012). Já o Índice Global de Envelhecimento, foi elaborado pela HelpAge International, para mensurar o progresso e melhorar o impacto das políticas e práticas sobre o envelhecimento das

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

populações (HELPAGE, 2015). No contexto brasileiro verificou três estudos (FARIAS; SANTOS, 2012; CAMPOS et al., 2015; SOUZA et al., 2018) que utilizaram o referencial teórico de envelhecimento ativo proposto para a OMS, contudo, até o momento não foi desenvolvido o índice de envelhecimento ativo para a população brasileira.

Nesta perspectiva, o presente estudo se propõe a desenvolver o Índice de Envelhecimento Ativo para a população brasileira, pois a validação do índice proposto para os países europeus pode não ser adequada para a realidade do Brasil. As diferenças nas características de cada região; cultura; economia; questões sociais; o estilo de vida, bem como a própria definição do idoso no Brasil, podem impactar no desenvolvimento da ferramenta e, conseqüentemente não traduzir as especificidades do idoso brasileiro. Nesta perspectiva, este estudo contribuirá para avançar no conhecimento referente à metodologia para a avaliação do envelhecimento ativo, e, permitirá a melhor compreensão dos fatores que o determinam em idosos. A maior longevidade no Brasil vem acompanhada por novas demandas sociais, que expressam a necessidade de atender as especificidades dessa população em busca da manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida (QV) (WHO, 2002).

Portanto, esta pesquisa subsidiará a proposição de ações da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional para a avaliação e a abordagem do idoso já na atenção primária, com vistas ao envelhecimento ativo. Além de contribuir com respostas às demandas sociais, à intervenção em saúde, os achados poderão ampliar as discussões sobre a temática e contribuir na formação dos profissionais de saúde. Ademais, a elaboração do índice de envelhecimento ativo, segundo o referencial da OMS (2002), poderá expandir para outros Estados brasileiros, considerando que fornecerá evidências científicas necessárias à formulação de políticas e programas para promover o envelhecimento ativo".

"CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES: Serão incluídos na pesquisa idosos com idade igual ou superior a 60 anos residentes nos oito municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG): Água Comprida; Campo Florido; Conceição das Alagoas; Conquista; Delta; Sacramento; Uberaba; Veríssimo."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

"Objetivo Geral: Construir e validar o Índice de Envelhecimento Ativo."

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

"Objetivos Específicos:

1. Elaborar o modelo conceitual para o envelhecimento ativo;
2. Converter em indicadores os aspectos englobados pelo modelo conceitual;
3. Avaliar a terminologia; a validade de face, a validade de conteúdo e a necessidade dos indicadores de envelhecimento ativo;
4. Testar os indicadores em relação à confiabilidade;
5. Avaliar a viabilidade, a utilidade e a usabilidade dos indicadores de envelhecimento ativo;
6. Construir o Índice de Envelhecimento Ativo com base nos indicadores aprovados;
7. Avaliar a terminologia; a validade de face; a validade de conteúdo; a confiabilidade; a viabilidade, a utilidade e a usabilidade do Índice de Envelhecimento Ativo".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Esta pesquisa não oferece risco físico aos participantes. Nesse estudo apresenta apenas o risco de perda de confidencialidade, que consiste na possibilidade dos dados do estudo serem vistos por pessoas que não participe da pesquisa, contudo esse risco será minimizado pelo anonimato nas entrevistas, que serão representados por números e não será divulgado em nenhum momento do estudo o nome do participante. Os resultados obtidos poderão ser utilizados como ferramenta no conhecimento referente à avaliação do envelhecimento ativo, e, favorecerá a compreensão dos fatores que o determinam em idosos e a indução de políticas públicas direcionadas às necessidades desta população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de retorno de parecer anterior (4.159.716), em que os pesquisadores atenderam as solicitações do CEP-UFTM.

Os pesquisadores propõem realizar um pesquisa metodológica, que se refere ao desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.

Equipe de pesquisadores vinculada na Plataforma Brasil: Prof. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares (Responsável Principal), Profa. Dra. Flávia Aparecida Dias (Docente do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária), Dr. Vanderlei José Haas (Professor Visitante na

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

Universidade Federal do Triângulo Mineiro), Dra. Nayara Gomes Nunes Oliveira (Assistente da Pesquisa) e Lenniara Pereira Mendes Santana (discente do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

O acompanhamento dos projetos na Plataforma Brasil é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não podendo ser alegado desconhecimento de pendências como justificativa para não cumprimento de prazos. A secretaria do CEP-UFTM está a disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. Telefone: (34) 3700 6803. e-mail: cep@uftm.edu.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1586322.pdf	01/03/2021 11:30:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	01/03/2021 11:25:11	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.docx	01/03/2021 11:24:52	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_covid.pdf	01/03/2021 11:24:29	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4159716.pdf	26/02/2021 15:31:22	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Outros	anexos_projeto.pdf	26/02/2021 15:07:40	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Outros	anexos_projeto.docx	26/02/2021 15:06:27	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Painelistas.pdf	26/02/2021 15:05:21	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Painelistas.docx	26/02/2021 15:05:12	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idosos.pdf	26/02/2021 15:05:06	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idosos.docx	26/02/2021 15:04:54	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	26/02/2021 15:04:27	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/02/2021 15:04:18	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/02/2021 15:03:59	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	26/02/2021 15:03:47	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/02/2021 15:03:30	LENNIARA PEREIRA MENDES SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.597.973

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 18 de Março de 2021

Assinado por:
Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br

ANEXO C- QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal;
- Atividades físicas **LEVES** são aquelas em que o esforço físico é normal, fazendo que a respiração seja normal.

Pontuação (seção 1+ seção2 + seção3 + seção4) = _____ min/sem

SEÇÃO 1- Atividade Física no Trabalho Tempo $(1b + 1c + 1d) = \underline{\hspace{2cm}}$ min/sem

Nesta seção constam as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade (trabalho intelectual) e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa, **NÃO** incluem as tarefas que você faz na sua casa, como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente o (a) Senhor (a) trabalha ou faz trabalho voluntário?

(1) Sim (2) Não (*Caso você responda não Vá para seção 2: Transporte*)

As próximas questões estão relacionadas a toda a atividade física que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **usual** ou **normal** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado, **Não** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por, **pelo menos, 10 min contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) gasta fazendo atividades **vigorosas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho?** (*Coloque o n° de minutos em cada dia da semana do quadro abaixo e o n° total de minutos a seguir*)

TOTAL: _____ minutos, () nenhum - **Vá para a questão 1c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupa com a mão **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário?**

_____ minutos () nenhum - **Vá para a questão 1d**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1d. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) **anda/caminha**, durante, **pelo menos, 10 min contínuos, como parte do seu trabalho?** Por favor, **NÃO** incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o (a) Senhor (a) é voluntário.

_____ minutos () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Tempo (2b + 2c) = _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o (a) Senhor (a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar.

2a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de carro, ônibus ou moto?

_____ minutos () nenhum - **Vá para questão 2b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de bicicleta por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** incluir o pedalar por lazer ou exercício).

_____ minutos () Nenhum - **Vá para a questão 2c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

2c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) caminha por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, medico, banco, visita um parente ou vizinho? (**NÃO** incluir as caminhadas por lazer ou exercício).

_____ minutos () Nenhum - **Vá para a Seção 3**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 3 – AF em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família

Tempo (3a + 3b + 3c) = _____ min/sem

Esta parte inclui as atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por, pelo menos, 10 min contínuos**.

3a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10min como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar lenha, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

_____ minutos () nenhum - **Vá para a questão 3b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10 min como: carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 3c.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas dentro de sua casa** por pelo menos 10 minutos como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para seção 4**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 4, Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer

Tempo (4a + 4b + 4c) = _____ min/sem

Esta seção se refere às atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** incluir atividades que você já tenha citado.

4a, Sem contar qualquer caminhada que o (a) Senhor (a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) caminha por, pelo menos, 10 min contínuos no seu tempo livre?

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 4b.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4b. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim esportes em geral:

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 4c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4c. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginástica para terceira idade, dança e peteca.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para seção 5**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 5 - Tempo Gasto Sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que o (a) Senhor (a) permanece sentado em diferentes locais, como, por exemplo, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e durante seu tempo livre, Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, assiste TV, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas, na missa/culto e realiza as refeições. Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro ou moto.

5a. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um **dia de semana**?
_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um dia de **final de semana**?
_____ horas _____ minutos

**ANEXO D- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATITUDE FRENTE À
TOMADA DE REMÉDIOS**

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1) Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios?	1	0
2) Você toma os remédios sempre no mesmo horário?	1	0
3) Você associa o horário de tomar remédio com as atividades do dia a dia?	1	0
4) Quando tem que sair de casa você toma os remédios?	1	0
5) Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar?	1	0
6) Você leva os remédios consigo quanto viaja?	1	0
7) Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas?	1	0
8) Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?	0	1
9) Você deixou de tomar algum dos remédios nos últimos dias?	0	1
10) Faltou alguma vez à consulta médica nos últimos seis meses?	0	1
TOTAL		

Score: ≤ 7 pontos: atitude negativa (1) > 7 pontos: atitude positiva (2)

O idoso teve atitude negativa (1) ou atitude positiva (2)

**ANEXO E - ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL
(CD-RISC-25BRASIL)
(CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016)**

Quanto às afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado? Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
1) Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	0	1	2	3	4
2) Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.	0	1	2	3	4
3) Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.	0	1	2	3	4
4) Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	0	1	2	3	4
5) Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.	0	1	2	3	4
6) Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	0	1	2	3	4
7) Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	0	1	2	3	4
8) Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	0	1	2	3	4
9) Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	0	1	2	3	4
10) Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	0	1	2	3	4
11) Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	0	1	2	3	4
12) Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	0	1	2	3	4
13) Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	0	1	2	3	4
14) Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
15) Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	0	1	2	3	4
16) Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	0	1	2	3	4
17) Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
18) Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	0	1	2	3	4
19) Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4
20) Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	0	1	2	3	4
21) Eu sei onde quero chegar na vida.	0	1	2	3	4
22) Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	0	1	2	3	4
23) Eu gosto de desafios.	0	1	2	3	4
24) Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	0	1	2	3	4
25) Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	0	1	2	3	4

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - mail@cd-risc.com. Direitos reservados. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

ANEXO F - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

Para cada questão abaixo assinale no campo Não ou Sim. Em Total coloque a pontuação final obtida pelo idoso.

	Questões	Não	Sim
1.	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2.	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3.	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4.	Você se aborrece com frequência?	0	1
5.	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6.	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7.	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8.	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9.	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10.	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11.	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12.	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13.	Você se sente cheio de energia?	1	0
14.	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15.	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos **maior que 5** é indicativa de depressão.

Presença de indicativo de depressão:.....

(1) Sim (2) Não

ANEXO G- QUESTIONÁRIO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL E MULTIDIMENSIONAL

O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades	IDOSO			ANTECEDENTE FAMILIAR		
	Sim	Não	Ignorado	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99	1	2	99
F) Embolia	1	2	99	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99	1	2	99
L) Derrame	1	2	99	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99	1	2	99
R) Catarata	1	2	99	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99	1	2	99
X) Tumores benignos	1	2	99	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99	1	2	99
Z) Depressão	1	2	99	1	2	99
Outras _____	1	2	99	1	2	99
_____	1	2	99	1	2	99
_____	1	2	99	1	2	99
_____	1	2	99	1	2	99

Número de doenças.....

ANEXO H - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que bairro estamos? _____
 Em que local estamos? _____
 Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peça-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 4 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

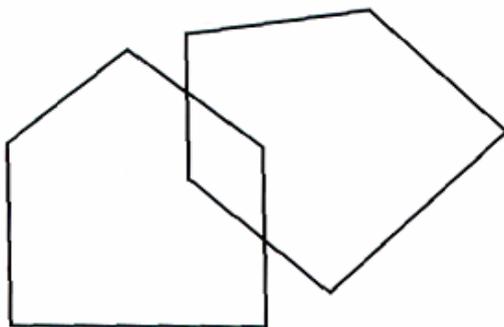
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

ANEXO I - ESCALA DE REDE DE APOIO SOCIAL

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

1) Com quantos PARENTES, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta)

2) Com quantos AMIGOS, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta)

3) Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:

PERGUNTAS	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
APOIO MATERIAL					
a) que o ajude se você ficar de cama?	1	2	3	4	5
b) para leva-lo ao médico?	1	2	3	4	5
c) ajuda-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	1	2	3	4	5
d) para preparar as suas refeições se não puder prepará-las?	1	2	3	4	5
APOIO AFETIVO					
e) que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5
f) que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5
g) que você ame e que faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5
APOIO EMOCIONAL					
h) para ouvi-lo quando você precisar falar?	1	2	3	4	5
i) em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5
j) para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5
l) que compreenda os seus problemas?	1	2	3	4	5
APOIO DE INFORMAÇÃO					
m) para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1	2	3	4	5
n) para lhe dar informações que o ajude a compreender determinada situação?	1	2	3	4	5
o) de quem você realmente quer conselho?	1	2	3	4	5
p) para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5
INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA					
q) com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5
r) com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5
s) com quem relaxar?	1	2	3	4	5
t) para se divertir junto?	1	2	3	4	5
*ESCORE FINAL:					

* O escore pode variar de 20 a 100 pontos e é calculado usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100.

Ou seja: **valor obtido x 100**

Pontuação máxima possível (95 pontos)