



**Universidade de
Aveiro**
2018

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e
do Território

**NUNO MIGUEL
RODRIGUES
MONTEIRO**

**ÍNDICE PARA AVALIAR O ENVELHECIMENTO ATIVO
E SAUDÁVEL A NÍVEL LOCAL**



**Universidade de
Aveiro**

2018

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e
do Território

**NUNO MIGUEL
RODRIGUES
MONTEIRO**

ÍNDICE PARA AVALIAR O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL A NÍVEL LOCAL

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Marlene Paula Castro Amorim, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro e coorientação do Mestre José Joaquim Marques Alvarelhão, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedicado este trabalho aos meus amigos e família

o júri

Presidente

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha

Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro

Professor Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Prof. Mestre José Joaquim Marques Alvarelhão

Professora Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Marlene Amorim.

Ao Professor Mestre José Alvarelhão.

Ao meu pai, mãe, avó e ao meu irmão por todo o apoio incondicional nos bons e maus momentos.

Ao grupo de amigos de longa data Carlos, Catarina, Francisco, Joana, José Monteiro, Manuel, Pedro e Tomás, que embora cada um siga o seu rumo as relações construídas não sejam quebradas.

Aos amigos da Universidade Filipe e ao Lawrence, que ao longo do meu percurso académico tive a oportunidade de trabalhar e conversar sobre diversos assuntos.

A um grande amigo e referência o Professor e Treinador José Teixeira, que fez de mim um bom velejador, que me acompanhou em inúmeros campeonatos e que passados 13 anos tenho a oportunidade de trabalhar em conjunto como treinador.

palavras-chave

Avaliação Heurística, Envelhecimento, Índice, Indicadores, Metodologia Delphi, Nível de governação local, Técnica de Grupo Nominal, Validação de Conteúdo,

resumo

Enquadramento: Portugal, assim como outros países da Europa, nas últimas décadas regista profundas transformações demográficas que são caracterizadas pelo aumento da longevidade da população idosa e pela redução da natalidade da população jovem. O *AAI (Active Ageing Index)* tem sido uma ferramenta importante na (re)orientação de políticas públicas de apoio ao Envelhecimento. Todavia, a operacionalização destes conceitos à realidade local tem apresentado dificuldades.

Objetivos: Este estudo adotou uma investigação qualitativa, exploratória e transversal que apresenta como objetivo contribuir para o desenvolvimento de um Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local.

Método: Um Índice é uma medida composta de variáveis, ou uma forma de medir um construto utilizando mais de que um indicador. Para criar um índice é necessário selecionar os possíveis indicadores, examinar a sua relação empírica, atribuir uma pontuação e por fim a sua validação. Neste sentido o presente estudo encontra-se dividido em 3 fases: A primeira passa pela caracterização e operacionalização do conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável. Seguidamente através de um processo de bola-de-neve, existe a recolha e organização de indicadores que permitam representar as dimensões do conceito, sendo simultaneamente recolhido as suas fontes, periodicidade e forma de cálculo. A etapa seguinte passa pela validação dos indicadores recolhidos junto dos especialistas. Esta validação ocorre com auxílio do CVI (*Content Validity Index*) sendo os especialistas questionados consoante a pertinência e exequibilidade dos indicadores ao nível local. Os critérios de inclusão utilizados no CVI é serem considerados com o nível de Excelente. Após a validação dos indicadores inicia-se o processo de validação do Índice realizando uma Avaliação Heurística junto de especialistas com o propósito de explorar quais as ponderações de cada dimensão.

Resultados: Para a validação dos indicadores participaram 6 especialistas, sendo o resultado final 33 indicadores divididos em 4 dimensões (Emprego 3, Participação Social 8, Vida Independente 17, Capacidades para o Envelhecimento 5). Na Avaliação Heurística para atribuição de ponderações às dimensões participaram 6 especialistas ficando as distribuições finais Emprego - 10, Participação Social - 30, Vida Independente - 35 e Capacidades para o Envelhecimento - 25

Conclusão: O presente estudo contribuiu para a adaptação de um instrumento de sinalização e apoio à tomada de decisão ao nível local. Os indicadores debatidos e selecionados ao longo do estudo, poderão ser uma ferramenta importante para avaliar a qualidade do envelhecimento ao nível local. Os especialistas contactados consideram que para um Envelhecimento Ativo e Saudável, deve privilegiar-se as noções de qualidade de vida, independência e segurança na realização das atividades quotidianas associados a uma participação ativa na sociedade, em detrimento da produção económica que o indivíduo possa fornecer ao município.

keywords

Ageing, Content Validation, Delphi Method, Heuristic Evaluation, Index, Indicators, Local government, Nominal Group Technique

Abstract

Context: Portugal, like other European countries has in the last decades recorded profound demographic transformations that are characterized by the increase of longevity in elderly population and the decline in natality within the population of young people. The AAI (Active Ageing Index) has been an important tool in the (re)orientation of public policies to support ageing. Nonetheless, the operationalization of these concepts within the local reality has presented difficulties.

Objectives: This study has adopted a qualitative, exploratory and transversal investigation that aims to contribute to the development of an Index of Active and Healthy ageing adapted to the local level.

Method: An Index is a measure composed of variables, or a way of measuring a construct using more than one indicator. To create an index, it's necessary to select possible indicators, examine their empirical relationship, attribute a score and finally it's validation. In this sense the present study is split in 3 stages: The first stage characterizes and operationalizes the concept of Active and Healthy Ageing. Thereafter using a snowball process the gathering a sorting of indicators that permit the representation of the dimensions of the concept take pace, simultaneously gathering their sources, periodicity and method of calculus. The following stage involves the validation of the gathered indicators with specialists. This validation occurs with the help of the CVI (Content Validity Index) being that the specialists are questioned in accord with the pertinence and viability of the indicators at a local level. The criteria of inclusion utilized on the CVI are being considered with the level of Excellent. After the validation of the indicators the process of validation of the index is initiated with a Heuristic Evaluation alongside specialists with the purpose of exploring the weighting of each dimension.

Results: 6 specialists participated in the validation of the indicators, being the final result the approval of 33 indicators divided by 4 dimensions (Employment 3, Participation in Society 8, Independent, Healthy and Secure Living 17, Capacity and Enabling Environment for Active Ageing 5). In the Heuristic Evaluation 6 specialists participated in the weighting of the various dimensions with the distributions being set at Employment – 10. Participation in Society – 30, Healthy and Secure Living – 35 and Capacity and Enabling Environment for Active Ageing – 25.

Conclusion: The present study concludes that for the adaptation of a signaling instrument and support of local decision making, the indicators debated and selected during the course of the study could be an important tool in the evaluation of the quality of ageing at a local level. The contacted specialists consider that for an Active and Healthy Ageing, the notions of quality of life, independence and safety in the execution of daily activities as well as active participation in society must be privileged in detriment of the economic production that the individual can provide the municipality.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Portugal e o Envelhecimento.....	2
3. Envelhecimento Ativo e Saudável.....	3
4. As dimensões do Envelhecimento Ativo e Saudável	6
5. Indicadores e Índices	8
6. Objetivos do estudo	11
7. Metodologia.....	12
7.1 Técnica de Grupo Nominal	12
7.2 Metodologia Delphi.....	13
7.3 Seleção dos participantes e análise de resultados.....	15
8. Análise de dados.....	16
9. Resultados.....	17
9.1 Seleção dos Indicadores	17
9.2 Seleção do grupo de Especialistas.....	19
9.3 Validação dos Indicadores.....	20
9.4 Avaliação Heurística.....	33
9.4.1 Primeira Interação	33
9.4.2 Segunda Interação	34
9.5 Índice Desenvolvido	36
10. Discussão dos resultados	40
11. Conclusão	45
Bibliografia.....	46
Apêndices	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025.....	7
Tabela 2 – Lista de documentos consultados para recolha de indicadores	17
Tabela 3 – Indicadores Envelhecimento Ativo e Saudável	19
Tabela 4 – Grupo de especialista sistematização.....	19
Tabela 5 – Média dos resultados dos questionários (N=6).....	20
Tabela 6 - Lista de indicadores aprovados no parâmetro da Pertinência	22
Tabela 7 - Lista de Indicadores aprovados no parâmetro da Exequibilidade.....	23
Tabela 8 - Lista de Indicadores aprovados em ambos os parâmetros com base nas médias.....	23
Tabela 9 - Critérios de inclusão CVI.....	25
Tabela 10 - Validação dos indicadores parâmetro Pertinência com recurso ao CVI	25
Tabela 11 – CVI indicadores aprovados no parâmetro da Pertinência	27
Tabela 12 - Validação dos indicadores parâmetro Exequibilidade com recurso ao CVI.....	27
Tabela 13 – CVI Indicadores aprovados parâmetro Exequibilidade.....	29
Tabela 14 – CVI Indicadores aprovados em ambos os parâmetros.....	30
Tabela 15 – Recomendações dos especialistas.....	30
Tabela 16 - Indicadores para o Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável ao nível local	32
Tabela 17- Exemplo de especialista utilizado na metodologia.....	33
Tabela 18 – Resultados primeira interação (N=6).....	34
Tabela 19 – Resultados segunda interação (N=6)	35
Tabela 20 - Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local	36
Tabela 21 – Índice desenvolvido vs AAI dimensão Emprego	37

Tabela 22 – Índice desenvolvido vs AAI dimensão Participação Social	37
Tabela 23 – Índice desenvolvido vs AAI dimensão Vida Independente.....	38
Tabela 24 – Índice desenvolvido vs AAI dimensão Capacidades para o Envelhecimento	39

Índice de Figuras

Figura 1 Dimensões e indicadores do Active Ageing Index	8
Figura 2 Envelhecimento Ativo e Saudável - Nível macro, meso e micro	10
Figura 3 Etapas metodológicas.....	12

Índice de Abreviaturas

AAI - *Active Ageing Index*

AVD - Atividades de Vida Diária

CVI – *Content Validity Index*

ENEAS - Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

TGN - Técnica de Grupo Nominal

1. Introdução

O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública, todavia este gera novos desafios de adaptação da sociedade (World Health Organization, 2015). Portugal, assim como outros países da Europa, nas últimas décadas tem vindo a registar profundas transformações demográficas que são caracterizadas pelo aumento da longevidade da população idosa e pela redução da natalidade da população jovem.

As políticas públicas necessitam de ser globais, integradas e estarem mais próximas dos cidadãos.

No sentido de (re)orientar as políticas públicas é fundamental criar instrumentos de apoio à tomada de decisão, para utilização na concretização das políticas a nível comunitário.

A procura de informação é um objetivo dos governos e sociedades uma vez que permite sustentar a tomada de decisão (Feichas e Guimarães, 2009). A função das ferramentas que suportam este processo pretende aumentar a quantidade e a velocidade de informação disponível. Informação esta que poderá ser exposta sob a forma de índices e indicadores (Silva, 2009).

No ano de 2012 foi desenvolvido o Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável, que forneceu os resultados nacionais dos 28 países que participaram. Os resultados deste estudo podem ser considerados como indicadores globais de cada nação participante. Contudo, para melhorar os resultados do País, não é suficiente uma política pública nacional. Torna-se assim fulcral trabalhar esta temática ao nível das políticas locais para assim melhorar qualidade de vida das pessoas idosas. É necessário atuar sobre estes problemas ao nível local.

O objetivo deste trabalho é contribuir para o desenvolvimento do Índice de envelhecimento ativo e saudável adaptado à realidade local. Este documento é composta por 11 capítulos e está estruturado da seguinte forma: Capítulo 1 - Introdução, onde são identificados a pertinência científica e a estrutura da dissertação; Capítulo 2 - Portugal e o Envelhecimento, sendo aqui apresentados os dados estatísticos relativos à problemática do envelhecimento no contexto português; Capítulo 3 - Envelhecimento ativo e saudável, onde é realizada uma descrição teórica deste conceito; Capítulo 4 - Dimensões do Envelhecimento Ativo e Saudável, onde são apresentadas as dimensões do conceito segundo o *Active Ageing Index*; Capítulo 5 - Índice e Indicadores, sendo apresentado a importância e os princípios orientadores; Capítulo 6 – Objetivos do estudo, sendo identificados os objetivos principais e secundários; Capítulo 7 - Metodologia, onde são descritos todos os procedimentos realizados; Capítulo 8 – Análise de dados, descrição dos critérios de inclusão das metodologias utilizadas; Capítulo 9 – Resultados, onde são apresentados os resultados das diferentes metodologias; Capítulo 10 - Discussão dos resultados, análise dos resultados à luz do referencial teórico; Capítulo 11 - Conclusão, onde são descritas as principais descobertas do estudo e a sua contribuição para futuros estudos sobre o tema em questão.

2. Portugal e o Envelhecimento

Portugal, assim como outros países da Europa, nas últimas décadas tem vindo a registar profundas transformações demográficas que são caracterizadas pelo aumento da longevidade da população idosa e pela redução da natalidade da população jovem.

O envelhecimento é um processo individual condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (World Health Organization, 1999, 2015c). Embora a categorização da população em grupos, de acordo com a idade, seja necessária para determinados fins estatísticos, é importante ter em conta que existem variações consideráveis no estado de saúde, nos níveis de independência, na autonomia e na participação social entre as pessoas idosas da mesma faixa etária. O impacto do envelhecimento da população numa sociedade não é apenas um reflexo deste processo individual, mas também está condicionado em parte, pela natureza das políticas que fornecem resposta a esta realidade (Bloom et al., 2015; World Health Organization, 1999, 2012). Assim, é fundamental que esta variação seja considerada na elaboração de políticas e programas orientadores para o processo de envelhecimento (World Health Organization, 2002).

No ano de 2015, em Portugal, a população residente era de 10.358.076 habitantes, dos quais 20,5% tinha 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2016). Nesse mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (PORDATA, 2016). O índice de envelhecimento (Número de indivíduos com 65 ou mais anos que existem por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos) em Portugal evoluiu de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015 (PORDATA, 2016). Esta alteração provoca impacto na sociedade como um todo, sendo necessário realizar adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente nos sistemas de suporte, como são o caso dos sistemas de **saúde, segurança social, educação, justiça e transportes**.

Debater o envelhecimento não pode estar apenas circunscrito ao indicador da esperança média de vida. Segundo Serafim (2007), o envelhecimento encontra-se dividido em primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é um processo gradual e inevitável de deterioração biológica que inicia numa determinada fase da vida e que continua com o passar dos anos. Este é um processo irreversível, progressivo e universal. No envelhecimento secundário, as alterações são causadas por patologias associadas à idade cronológica. Com o avançar da idade a probabilidade de exposição a fatores de risco também aumenta. O envelhecimento secundário é o resultado de doenças e/ou comportamentos de risco, controláveis pelo indivíduo que através da manutenção da boa forma conciliada com uma alimentação saudável poderão ser minimizados. O envelhecimento terciário corresponde ao declínio terminal, caracterizando-se por um grande aumento de perdas num espaço relativamente breve, originando a morte.

Viver durante mais tempo significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização (Cabral et al., 2013) e vulnerabilidade a abusos de variada ordem, quer físicos, quer psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais, por discriminação, ou por negligência (United Nations Economic Commission for Europe, 2013). No mundo, cerca de 23% da carga global da doença é atribuível a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos. As principais condições que contribuem para esta excessiva carga global da doença são as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas, as doenças musculoesqueléticas (como a artrose e a osteoporose) (World Health Organization, 2002), os distúrbios neurológicos e mentais, como a demência e a depressão, (Prince et al., 2015; World Health Organization, 2002) destacando-se ainda o acidente vascular cerebral e a diabetes (World Health Organization, 2002). O aumento da sobrevivência na presença destas doenças também resulta na perda de funcionalidade em idades mais avançadas (Suzman, Beard, Boerma, & Chatterji, 2015). A carga da doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, os sistemas de saúde, social e a economia (World Health Organization, 2014). As pessoas idosas com problemas de saúde ou de dependência necessitam de mais cuidados de saúde e de apoio social, por parte da família e das instituições da economia social e dos serviços de saúde (Bloom et al., 2015). As doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidades em Portugal, com destaque para as perturbações musculoesqueléticas (30,5%) e as perturbações mentais e do comportamento (20,5%) (Portugal. Direção-Geral da Saúde, 2015a).

Os ganhos em anos de vida devem ser mensurados nas idades mais tardias da estrutura etária. As diferenças encontradas nos países europeus traduzem provavelmente diferenças ao nível de condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença, e acesso a cuidados de saúde (Costa et al., 2017). Relativamente à população masculina têm ocorrido ganhos de esperança de vida, sobretudo após os 60 anos. Contudo, Portugal é um dos países com mais baixa esperança de vida masculina. Relativamente à morbilidade, os indicadores revelam que as mulheres em Portugal vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde (Eurostat, 2016). Assim, homens e mulheres diferem em esperança de vida e condição de saúde ao longo do ciclo de vida, havendo uma discrepância considerável entre a saúde e a capacidade de sobrevivência: os homens são fisicamente mais fortes, mas têm substancialmente maior mortalidade em todas as idades em comparação com as mulheres.

3. Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o

envelhecimento da população (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011; Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004; World Health Organization, 1999, 2002, 2012, 2015c). Analisemos o alcance de cada um dos conceitos.

Considerando o conceito de Envelhecimento Ativo proposto em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida depende do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria **saúde, participação e segurança**, e da sociedade como um todo, de forma que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (World Health Organization, 2002).

O termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (World Health Organization, 2002). As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes (World Health Organization, 2002). A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). A qualidade de vida é a ênfase dominante do envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013), podendo esta ser definida como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization, 1997).

O envelhecimento também deve ser analisado numa perspetiva sistémica. A ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner foca-se no indivíduo como parte integrada de um sistema. Esta considera que o indivíduo partilha de numerosos e complexos ambientes. Estes são interativos e sinérgicos entre si, afetando-se simultaneamente (Bronfenbrenner, 1994). A perspetiva de Bronfenbrenner baseia-se no pressuposto de que quando uma pessoa ou grupo está conectado e envolvido num ambiente de suporte, o seu funcionamento melhora. Para determinar o melhor ajuste é realizado um exame para avaliar a diferença entre a quantidade de apoio social que a pessoa necessita e a quantidade de suporte social disponível no ambiente existente (Weiss-Gal, 2008).

As três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas são o **bem-estar financeiro**, a **saúde** e o **suporte e integração social**. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações que surgem no percurso de vida, nomeadamente, a reforma, a perda de um emprego, a viuvez, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima, a migração, entre outras (Zaidi, 2014). A interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios importantes do envelhecimento ativo – a criação de

ontem é o adulto de hoje e o idoso de amanhã. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). A qualidade de vida das pessoas idosas depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo do ciclo de vida, bem como da maneira como as gerações seguintes fornecem ajuda mútua e apoio quando necessário (World Health Organization, 2002).

O conceito de “envelhecimento saudável” refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (World Health Organization, 2015).

O envelhecimento ativo e saudável é a junção dos dois conceitos, sendo definido como o processo de otimização das oportunidades para a **saúde, participação e segurança**, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (World Health Organization, 2015).

O envelhecimento ativo e saudável pode ser visto inclusivamente como um potenciador da economia através da dinamização do empreendedorismo, da cocriação e do codesenvolvimento (Rodrigues et al., 2017). É possível gerar valor acrescentado através do impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas, da maior satisfação dos profissionais de saúde e prestadores de cuidados, da melhor qualidade de vida e segurança financeira dos familiares e outros cuidadores informais, bem como da maior eficiência e aumento da produtividade dos sistemas de saúde e de segurança social (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011). Repensar o envelhecimento implica repensar todo um conjunto de políticas públicas, pelo que a mudança só acontece através da visão compartilhada de todo o país (Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES, 2012), com o envolvimento de múltiplos sectores, como a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, a cidadania e a igualdade, a economia, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias e a cultura. Um verdadeiro compromisso de investimento no envelhecimento ativo e saudável deve ser transversal e vertido em todas as políticas (Strategy, Plan & Ageing, 2015) sectoriais.

O envelhecimento ativo e saudável em Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos

fundamentais da União Europeia, que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e estão refletidos em iniciativas como as **Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações** (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011).

A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, e, importa destacar alguns dos indicadores do Índice de Envelhecimento Ativo da UNECE. Entre os 28 países da União Europeia, Portugal localiza-se em:

- 16.º lugar relativamente ao indicador “Envelhecimento Ativo Global”;
- 18.º lugar relativamente ao indicador “Capacidade para o Envelhecimento”;
- 21.º lugar relativamente ao indicador “Participação Social”;
- 21.º lugar relativamente ao indicador “Vida Independente”;
- 8.º lugar relativamente ao indicador “Emprego” (United Nations Economic Commission for Europe & European Commission, 2015).

Estes indicadores realçam a necessidade de desenvolver trabalho nesta área, oferecendo uma oportunidade de reflexão e implementação de políticas públicas que conduzam à sua melhoria (Costa et al., 2017).

4. As dimensões do Envelhecimento Ativo e Saudável

Com recursos às perspetivas de Sidorenko e Zaidi (2013) existem três áreas de intervenção para o conceito de Envelhecimento ativo e saudável: Saúde, Participação e Segurança.

- **Saúde** – interpretada como bem-estar físico, psicológico e mental segundo as orientações da OMS.
- **Participação** – interpretada como matriz multifacetada de atividades desenvolvidas pelas pessoas idosas nas áreas social, económica, cultural, espiritual, cívica e participação no mercado de trabalho.
- **Segurança** – Relacionado com o acesso das pessoas idosas a locais de forma segura, estabilidade financeira e quando aplicável a garantia de uma emprego lucrativo.

Os três domínios apontados para este conceito são fortemente orientados para a formulação de políticas públicas. O desafio de construir um índice para avaliar e monitorizar o envelhecimento ativo e saudável passa por selecionar indicadores individuais que sejam simples e compreensíveis. Contudo, estes são uma maneira útil de acompanhar e (re)orientar as políticas públicas. Na Tabela 1 encontram-se definidos os principais objetivos para os anos de 2017-2025 realizados por um Grupo de Trabalho Interministerial, relativos aos três domínios definidos anteriormente.

Tabela 1 - Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025

<p>Saúde - Promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia.</p>
<p>Participação - Promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida. (I) capacidade de satisfazer as necessidades básicas; (II) capacidade de aprendizagem, (III) desenvolvimento e tomada de decisão informada; (IV) capacidade de se movimentar; (V) capacidade de fazer e manter relacionamentos; (VI) capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades (Strategy et al., 2015).</p>
<p>Segurança – Apoio a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas.</p>

Com recurso ao *AAI* (2015) foi desenvolvido um quadro conceptual para análise empírica, com o propósito de apresentar uma lista de indicadores para os respetivos domínios (Saúde, Participação e Segurança). No âmbito deste trabalho o envelhecimento ativo e saudável é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio.

Para o *AAI* o envelhecimento ativo e saudável deve ser calculado através de 22 indicadores que se encontram divididos em 4 domínios.

- Emprego – Contribuição em atividades remuneradas;
- Participação Social – Contribuição em atividades não remuneradas;
- Vida independente – Viver de forma independente, saudável e segura;
- Capacidades para o Envelhecimento.

O domínio “Capacidades para o envelhecimento” foi inspirado no modelo de *Sen’s capability focussed conceptual framework* na qual as capacidades são definidas como oportunidades substantivas e potencialidades para otimizar o bem-estar e a qualidade de vida, tais como a esperança média de vida, saúde, educação, participação social entre outros (Sen, 1958, 1993, 2009). Este domínio pretende medir:

- Ativos Humanos – pelo *outcome* do indicador esperança média de vida;
- Capital de Saúde – com recurso aos indicadores anos de vida saudável e bem-estar mental;

- Capital Humano – através do indicador de nível educacional;

No AAI (Figura 1) as 4 dimensões encontra-se assim dividido em 2 grupos: O 1º grupo denominado por experiências de envelhecimento ativo composto pelas dimensões Emprego, Participação na sociedade e Vida independente e o 2º grupo designado de Capacidade para o envelhecimento ativo.

Cada um dos indicadores utilizados nos 4 domínios encontra-se subdivido por género sendo posteriormente utilizados na construção de um quadro de resultados específicos. A separação dos resultados nas quatro dimensões permite calcular possíveis melhorias em cada um dos domínios para ambos os géneros.

A seleção dos indicadores que permitem aferir sobre o envelhecimento ativo foram escolhidos com o seguinte propósito:

- Habilidade de capturar os aspetos multidimensionais do envelhecimento conforme referido no quadro teórico da OMS e com as definições adotadas pelo AAI;
- Habilidade de aferir sobre os *outcomes* do envelhecimento ativo bem como auxiliar na formulação de políticas públicas com a comparação dos resultados obtidos pelos diferentes países.

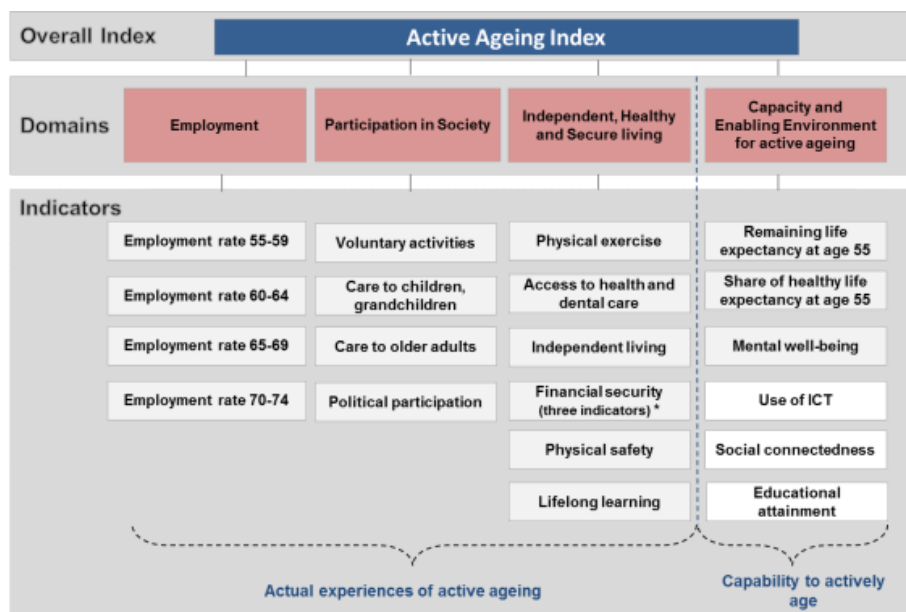


Figura 1 Dimensões e indicadores do *Active Ageing Index* (*Active Ageing Index*, 2012, p. 8)

5. Indicadores e Índices

O termo indicador provém do Latim “*Indicare*”, que significa enfatizar ou revelar. Na atualidade o termo é percebido como uma ferramenta para medir alterações de características num sistema (Deponi et al, 2002).

Os indicadores são um conjunto de interpretações sobre o funcionamento de um determinado fenómeno. Estes representam a subjetividade de cada indivíduo (Meadow, 1998). Assim, a seleção de indicadores deve auxiliar na redução das diferentes formas de olhar para a realidade, sem perder de vista nenhum indicador que represente fielmente a realidade do sistema. O uso de indicadores e a sua agregação em índices ganharam importância crescente nas metodologias utilizadas para resumir a informação técnica e científica na sua forma original, permitindo transmiti-las de forma resumida, preservando a essência dos dados originais e usando apenas as variáveis que melhor atendem aos objetivos que facilitam a tomada de decisões de gerentes, políticos e grupos de interesse (Marzall, 1999).

Para Foa & Tanner (2012) é possível dividir as fontes de informação em duas categorias, consoante os métodos através dos quais os indicadores são recolhidos: (1) indicadores **acionáveis** - informação baseados na medição direta das instituições sociais e dos seus resultados a longo prazo (*outcomes*), (2) indicadores de **percepção** - baseados na pesquisa de opinião pública, agências privadas e organizações não-governamentais, sobre a natureza das instituições sociais de um país. Assim, os indicadores acionáveis são classificados como fontes de informação mensuráveis, enquanto os indicadores de percepção dependem da opinião pública e/ou de especialistas sobre um determinado assunto. Foa & Tanner (2012) consideram que para o correto desenvolvimento de um Índice é recomendado que este seja composto por 2/3 de indicadores acionáveis e 1/3 de indicadores do tipo de percepção.

O sistema de indicadores como fonte de informação pode ser utilizado para sustentar decisões relacionadas com os fenómenos de curto, médio e longo prazo, permitir o acesso a informação já disponível em aspetos relevantes, bem como a necessidade de informação nova. Estes servem para identificar variações/alterações de comportamentos, processos e tendências, comparações entre países e regiões, necessidades de um Estado e prioridades para a formulação, monitorização e avaliação de políticas públicas. Por último, permitem também sintetizar toda a informação o que facilita a leitura e análise dos dados (Gomes et al., 2000; Marzall, 1999; Silva, 2009).

O processo de selecionar indicadores deve assentar num conjunto de critérios objetivos, alcançáveis, com capacidade para verificarmos a justificação das nossas escolhas. Geralmente é considerada uma escolha válida os seguintes critérios: universalidade, confiabilidade (*reliability*), mensurabilidade, consistência, viabilidade, relevância e eficácia (*effectiveness*) (Silva, 2009).

Segundo *Crossman* (2017), um Índice é uma medida composta de variáveis, ou uma forma de medir um construto utilizando mais de que um indicador. Um Índice é uma junção de pontos proveniente de uma variedade de indicadores individuais. Para criar um índice é necessário selecionar os possíveis indicadores, examinar a sua relação empírica, atribuir uma pontuação e por fim validar. Na seleção de indicadores para um Índice existem diversos fatores. O primeiro é a seleção de indicadores validados, isto é, o indicador deve medir exatamente o que é suposto

medir. Um segundo critério na escolha dos indicadores a incluir no índice é a unidimensionalidade. Ou seja, cada indicador deve representar apenas uma dimensão do conceito a medir. O terceiro critério a ter em conta é o nível de especificidade das variáveis. O último fator a considerar é a variância dos indicadores. O segundo passo na construção de um índice é a análise relacional empírica. Nesta fase procura-se uma relação entre diferentes indicadores incluídos no Índice. Esta relação ocorre quando a resposta a um indicador auxilia/prediz a resposta a outra questão. Neste caso é possível afirmar que ambas as questões refletem um mesmo conceito. Para determinar a relação empírica entre os indicadores pode ser utilizada tabulação cruzada ou coeficiente de correlação. O terceiro passo é a atribuição de uma pontuação. Após a seleção definitiva dos indicadores a incluir no Índice, é necessário atribuir uma pontuação a cada um dos indicadores para assim obter uma variável composta. A última etapa na construção de um Índice é a sua validação. Conforme é necessário a validação de cada um dos indicadores que compõem o Índice, também é necessário validar o próprio Índice para assim garantir que o Índice mede aquilo que é suposto medir. Existem diversos métodos de validação como “análise de itens” que analisa até que ponto o Índice construído está relacionado com cada um dos indicadores que o compõem. Outra estratégia na validação de um índice é a capacidade de prever com precisão medidas relacionadas.

O conceito Envelhecimento Ativo e Saudável é para o AAI calculado através de 22 indicadores que se encontram divididos em 4 domínios. Para a Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável este conceito apenas refere 3 dimensões essenciais. Ao nível local, não existe qualquer estratégia definida sendo necessário operacionalizar este conceito a esta realidade.

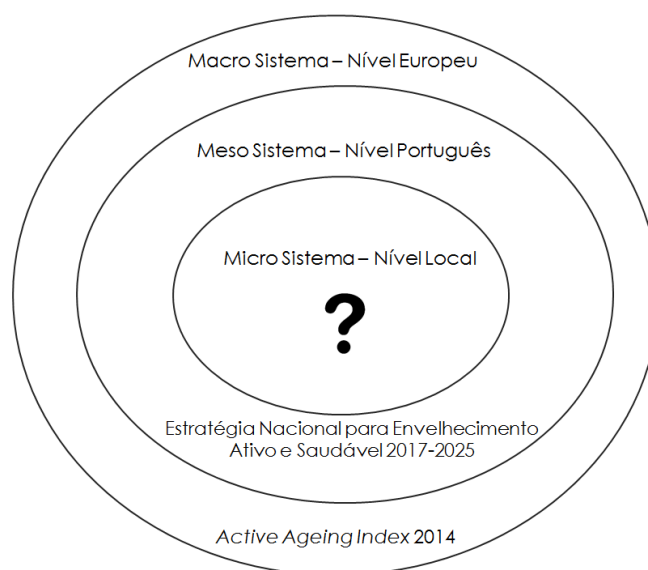


Figura 2 Envelhecimento Ativo e Saudável - Nível macro, meso e micro

6. Objetivos do Estudo

A presente dissertação pretende desenvolver um Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável aplicado à realidade local (autarquias e municípios). Assim, o presente trabalho é inovador na medida que ao recorrer ao AAI (perspetiva Macro Sistémica), que atua em conformidade com as ideias preconizados na ENEAS para os períodos 2017-2025 (perspetiva Meso Sistémica) e realiza as necessárias adaptações para ser viável ao nível local (perspetiva Micro Sistémica). O AAI tem sido uma ferramenta importante na (re)orientação de políticas públicas de apoio ao Envelhecimento. Todavia, a operacionalização destes conceitos à realidade local tem apresentado dificuldades. Segundo Perek-Białas (2016) a aplicação ao nível local do AAI é viável, mas está dependente de fatores como a periodicidade na recolha de informação e dos recursos financeiros.

Foi adotada uma investigação qualitativa, exploratória e transversal que apresenta como objetivos secundários:

- Reunir um conjunto de perspetivas que permitam oferecer uma definição compreensiva e atual do conceito de envelhecimento ativo e saudável;
- Identificar e definir dimensões que permitam caracterizar o envelhecimento ativo e saudável;
- Identificar um conjunto de indicadores que permitam representar estas dimensões, bem como as suas fontes e periodicidade na recolha e validade;
- Validar um conjunto de indicadores selecionados com recurso à Técnica de Grupo Nominal;
- Desenvolver o Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável aplicado ao nível local recorrendo à metodologia Delphi;
- Conduzir uma aplicação exploratória do índice, idealmente comparando dois municípios;
- Apresentar e debater os resultados alcançados.

7. Metodologia

Para cumprir o objetivo do estudo foi realizado um estudo qualitativo, na figura 3 encontram-se as metodologias necessárias realizar por ordem cronológica.

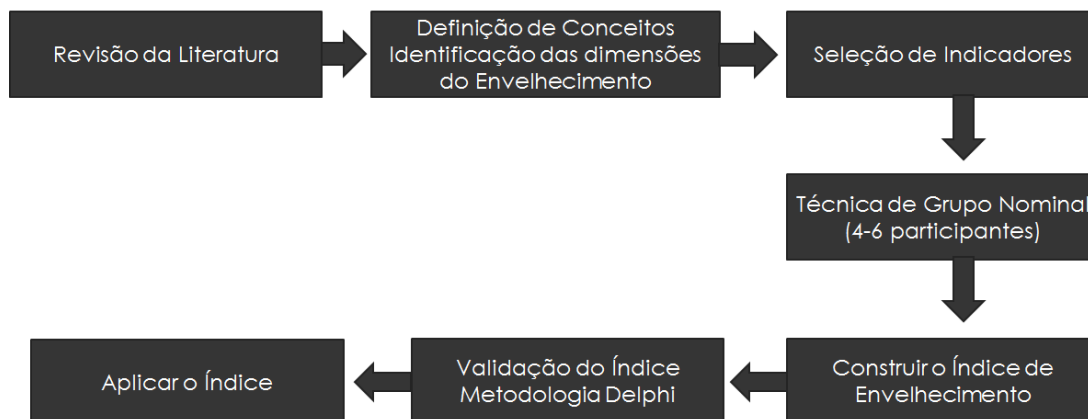


Figura 3 Etapas metodológicas

7.1 Técnica de grupo nominal

A Técnica de Grupo Nominal (TGN) ou método de Delbecq (Delbecq, de Ven, & Gustafson, 1975) é um processo que recorre a um grupo de *experts* com o objetivo de selecionar, julgar e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de um problema complexo (Watkins, Meiers, & Visser, 2012). Esta técnica tem como principal finalidade selecionar os indicadores que melhor representam as dimensões do Envelhecimento ativo e saudável a nível local. A TGN tem como objetivos (I) identificar sugestões para a resolução de um dado problema; (II) ordenar ideias apresentadas de acordo com as prioridades estabelecidas; e (III) desenvolver a capacidade de criar ideias e de decidir sobre a sua prioridade em relação à sua implementação. A TGN recorre, habitualmente, entre 5-9 membros para assim conseguir uma diversidade de ideias/opiniões suficientes. Embora seja realizada em grupo, a TGN implica que a participação de cada um seja individual, tanto na conceção, como na votação dos itens, evitando a influência dos restantes participantes. Porém, a clarificação das sugestões expostas fomenta a criatividade de novas propostas, obtendo-se um vasto número de sugestões para se resolver o problema em análise.

Empiricamente, esta técnica encontra-se dividida em VI fases. O primeiro passo implica (I) distribuir uma folha de papel a cada um dos participantes com a questão em causa: “Segundo a OMS, o envelhecimento ativo e saudável é o caminho apontado para melhorar a qualidade de vida dos Idosos. Assim, ao nível local quais são os indicadores que considera essenciais monitorizar?”, sendo concedidos 15 minutos para escrever em frases curtas os itens essenciais de resposta à questão. Posteriormente, (II) são recolhidas as folhas de respostas de cada um dos

participantes. O coordenador regista num quadro todas as ideias expressas pelo grupo, identificando-as com letras (A, B, C, ...T). Seguidamente, (III) são discutidas contradições e repetições, bem como realizados esclarecimentos. Se houver concordância pelo elemento que sugeriu um item, este poderá ser retirado ou não em caso de pouca adesão, contradição ou repetição. Nesta fase, o coordenador explica que serão apresentadas as ideias expostas e as razões de concordância ou de discordância com o objetivo de clarificar as sugestões. Procede-se (IV) à votação individual numa escala de 1 a 5 para cada um dos itens expostos, sendo 1 a nota mais baixa e 5 a nota mais alta. Distribuiu-se novamente uma folha, onde é solicitado aos participantes registarem os itens expostos e a classificação pretendida. Após esta votação, segue-se o escrutínio registando as respostas no quadro. O objetivo é permitir uma fácil ordenação das ideias expressas pelo grupo. Seguidamente, (V) após o cálculo da classificação, procede-se a nova discussão, evitando que qualquer elemento tente persuadir os outros, e lembrando que é a última oportunidade para clarificar as sugestões. Por fim, (VI) realiza-se uma nova votação e obtém-se a lista final dos itens selecionados devidamente classificados por ordem de prioridades e encerra-se a sessão.

7.2 Metodologia Delphi

Posteriormente à seleção dos indicadores, é iniciada a construção do Índice sendo utilizada a metodologia Delphi para a sua validação. Segundo Hsu e Sanford (2007) a metodologia Delphi é geralmente utilizada como método de recolha de informação junto de informadores privilegiados (grupo de *experts*). O método de Delphi é uma técnica aconselhada para a construção de uma opinião consensual através da utilização de uma série de questionários de interação múltipla para a recolha de informação de um tema predefinido.

Partindo da premissa que “duas cabeças pensam melhor que uma” (Dalkey, 1972, p. 15), a técnica de Delphi foi desenhada como um processo de comunicação em grupo que pretende analisar e discutir sobre um assunto específico, com o propósito de determinar metas, investigação de políticas ou predizer eventos futuros (Ulschak, 1983; Turoff e Hiltz, 1996; Ludwing, 1997). A aplicação do comum questionário pretende identificar “o que é”, enquanto o método de Delphi procura respostas para “o que pode ser e/ou como deveria ser” (Miller, 2006).

Segundo Delbercq, Van de Ven, e Gustafson (1975) o método de Delphi pode ser utilizado para alcançar os seguintes objetivos:

1. Determinar ou desenvolver uma série de possíveis programas/alternativas;
2. Explorar ou expor pressupostos e informação que originam julgamentos/opiniões diferentes;
3. Procurar informação que possa criar consenso por parte do grupo participante;

4. Correlacionar opiniões de informadores privilegiados (*experts*), sobre um determinado tema abrangendo uma ampla gama de disciplinas;
5. Educar o grupo de participantes sobre os aspetos diversos e interrelacionados do tema.

Contrariamente a outros métodos de recolha de informação, o método de Delphi é um processo com múltiplas interações, desenhado para contruir e desenvolver uma opinião consensual relativa a uma temática. De acordo com Ludwig (1994)

“Interações refere-se ao processo de feedback. Este processo é visto como uma série de rondas; Em cada uma das rondas todos os participantes realizam um questionário que é entregue ao investigador para recolha, análise e edição de dados. Estes são posteriormente entregues a todos os participantes com a opinião/posição geral do grupo bem como a do próprio individuo. É ainda acrescentado um sumário para que todos os participantes estejam conscientes da gama de opiniões e os motivos subjacentes a essas opiniões” (p.55).

O processo de *feedback* permite e estimula/convida os participantes a reavaliarem as suas opiniões iniciais fornecidas em interações anteriores. Assim, numa metodologia Delphi, os resultados de uma interação anterior relativas a declarações e/ou itens específicos, podem ser alterados ou modificados pelos participantes em iterações posteriores com base na sua capacidade de rever e avaliar os resultados fornecidos pelos restantes participantes. Outras características importantes da metodologia Delphi são: (I) capacidade de manter o anonimato dos participantes, (II) processo de *feedback* controlado, (III) adequação de uma variedade de técnicas estatísticas para interpretação de dados (Dalkey, 1972; Ludlow, 1975; Douglas, 1983).

Teoricamente a metodologia Delphi pode ser continuamente aplicada até ser alcançado um consenso. Segundo as perspetivas de Cyphert e Gant (1971), Brooks (1979), Ludwig (1994, 1997), e Custer Scarcella e Stewart (1999) referem que geralmente apenas três interações são necessárias para recolher as informações necessárias e chegar a um consenso.

Ronda 1: Na primeira ronda, a metodologia Delphi inicia-se tradicionalmente com um questionário aberto. Este tem como principal função de servir de pilar e questionar informações específicas sobre um determinado assunto (Custer, Scarcella, Stewart, 1999). Após a recolha das informações por parte dos investigadores, estes necessitam de transformar estes dados num questionário devidamente estruturado. O questionário aqui criado é uma ferramenta que será posteriormente utilizado na segunda ronda para recolher informação. Uma alteração frequentemente utilizada no método de Delphi passa pela construção do questionário através da revisão da literatura existente. Segundo Kerlinger (1973) a aplicação desta versão modificada de Delphi é apropriada quando existe informação suficiente relativa ao objeto de estudo.

Ronda 2: Na segunda ronda, cada um dos participantes recebe o questionário elaborado na ronda anterior. Neste, os participantes são convidados a analisarem os itens sumariados pelo investigador e atribuírem uma classificação/ranking/ordenação e assim estabelecerem uma lista de prioridade. Nesta fase, regiões de entendimento e desentendimento serão identificadas

(Ludwig, 1994). O investigador pode ainda solicitar aos participantes para indicarem o raciocínio relativo à atribuição das suas prioridades. Nesta ronda inicia-se a formação de consensos e os resultados podem ser disponibilizados aos participantes (Jacobs, 1996).

Ronda 3: Na terceira ronda, cada participante recebe um questionário que inclui os itens e as respetivas classificações sintetizadas pelo investigador. Aqui, os participantes são convidados a rever as suas apreciações e/ou “especificar as razões que o mantém fora do consenso” (Pfeiffer, 1968). Esta ronda permite aos participantes realizarem esclarecimentos adicionais sobre as informações e as avaliações da importância relativa dos itens. Porém, quando comparada com a ronda anterior, é apenas expectável um ligeiro aumento do consenso (Weaver, 1971; Dalkey e Rourke, 1972; Anglin, 1991; Jacobs, 1996).

Ronda 4: Na quarta, geralmente última ronda, a lista dos itens restantes, as suas classificações, opiniões minoritárias e os itens que alcançaram consenso são distribuídos aos participantes. Aqui ocorre a última oportunidade para os participantes reverem as suas escolhas. Segundo Delbecq, Van de Ven, Gustafson (1975) e Ludwig em (1994) o número de interações na metodologia Delphi depende largamente do grau de consenso procurado pelo investigador podendo oscilar entre três a cinco.

7.3 Seleção dos participantes e análise de resultados

Segundo Ludwig (1994) a escolha dos participantes para a metodologia Delphi geralmente é baseada no julgamento e descrição dos investigadores. Jones e Twiss (1978) afirmam que os principais investigadores de um estudo Delphi devem identificar e seleccionar os indivíduos mais adequados através de um processo de nomeação. Ludwig (1994) também afirma que é recomendada a solicitação de nomeações de indivíduos bem conhecidos e respeitados dos membros dentro dos grupos-alvo de especialistas.

Relativamente à dimensão do grupo, Witkin e Altschuld (1995) observam que o tamanho aproximado de um painel Delphi é geralmente inferior a 50. Ludwig (1997) documenta que a maioria dos estudos de Delphi utilizou entre 15 e 20 participantes. Em suma, o número de participantes para um estudo Delphi é variável (Delbecq, Van de Ven, & Gustafson, 1975). Se o tamanho da amostra de um estudo Delphi for muito pequeno, não existe representatividade suficiente para aferir uma opinião fundamentada relativa à questão-alvo. Se o tamanho da amostra for muito grande, as desvantagens inerentes à técnica de Delphi, como taxas de resposta potencialmente baixas e a obrigação de grandes blocos de tempo pelos entrevistados e pesquisador podem comprometer o alcance de resultados.

Relativamente à análise de resultados, Miller (2006) considera que o consenso sobre um tópico pode ser alcançado se uma certa percentagem dos votos “cair” dentro de um intervalo

prescrito. Um critério recomendado considera que o consenso é alcançado se 80% dos votos encontrarem-se em duas categorias numa escala de sete pontos (Ulschak, 1983). Green (1982) sugere que pelo menos 70% dos indivíduos de Delphi precisam avaliar três ou mais numa escala de tipo Likert de quatro pontos e a mediana deve estar em 3,25 ou superior. Scheibe, Skutsch e Schofer (1975) revelam que o uso de medidas percentuais é inadequado. Estes sugerem que uma alternativa mais confiável é medir a estabilidade das respostas dos indivíduos em iterações sucessivas.

Na literatura, o uso da pontuação mediana, com base na escala do tipo Likert, é fortemente favorecido (Hill e Fowles, 1975; Eckman, 1983; Jacobs, 1996). Como Jacobs (1996) afirma: *"considerando o consenso de opinião antecipado e a expectativa distorcida das respostas à medida que foram compiladas, a mediana seria inerentemente mais adequada para refletir a convergência resultante de opinião"*. O uso da moda também é adequado ao relatar dados no processo Delphi. Ludwig (1994) abordou especificamente que *"o processo de Delphi tem uma tendência para criar convergência, e embora isso fosse geralmente a um único ponto, havia a possibilidade de polarização ou agrupamento dos resultados em torno de dois ou mais pontos."* Nestes casos o recurso a média ou a mediana podem ser enganosas.

8. Análise de Dados

Para a análise de dados foram utilizadas medidas estatísticas para a frequência das respostas da amostra, tais como, mediana e valores descritivos referentes ao máximo e ao mínimo. Para a elaboração da TGN e metodologia Delphi, foram estabelecidos critérios de inclusão com base nas médias e medianas das respostas. Foi determinado como condição os indicadores terem uma média superior ou igual a quatro ao nível da Pertinência e Exequibilidade. Os dados foram analisados através de folhas de cálculo Microsoft Office Excel.

9. Resultados

9.1 Seleção dos indicadores

A recolha dos indicadores assentou em dois processos. Num primeiro momento através de um processo de bola-de-neve e acompanhada pela realização de uma pesquisa no *Google Scholar* sendo utilizadas palavras chaves relacionadas com a temática: “Indicadores Envelhecimento”, “*Elderly Indicator*”, “*Healthy Ageing city*”, “*Friendly Ageing city*” “*Active Ageing city*” “*Local level indicator*”. Desta pesquisa resultaram 10 documentos considerados como fonte de informação relevante, estando disponível na tabela 2.

Tabela 2 – Lista de documentos consultados para recolha de indicadores

<i>Active Ageing Index</i>
<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
<i>Alternative Indicators of Population Ageing: An Inventory</i>
Estratégia nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável
Estratégia Nacional de Saúde – Portugal 2020
<i>Global Age Watch</i>
<i>Incremental Capital Output Ratio</i>
Portal da Transparência - Indicadores da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
<i>World Health Organization Disability Assessment 2.0</i>

Nestes 10 documentos foram registados 166 indicadores. Estes foram posteriormente organizados nos domínios - Emprego, Participação Social, Vida Independente e Capacidades para o Envelhecimento. O envelhecimento ativo e saudável é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas. A nível empírico este conceito encontra-se dividido em 4 dimensões:

- Emprego – Contribuição em atividades remuneradas;
- Participação Social – Contribuição em atividades não remuneradas;
- Vida independente – Viver de forma independente, saudável e segura;
- Capacidades para o Envelhecimento – Oportunidades para otimizar o bem-estar e a qualidade de vida.

Para a decisão de inclusão e exclusão dos indicadores no estudo, inicialmente estes foram classificados/organizados nos respetivos domínios. Numa primeira fase foi realizada pelo investigador um exercício de classificação dos 166 indicadores levantados. Este exercício tinha por base eliminar os indicadores que não representassem qualquer dos domínios, ou seja, que não

representassem o construto. Este exercício foi ainda importante uma vez que permitia em fases posteriores facilitar a identificação de indicadores repetidos.

Após este exercício realizado pelo investigador, houve a necessidade de realizar uma nova ronda solicitando agora a opinião aos orientadores para a classificação de alguns indicadores que anteriormente estavam em dúvida. Desta classificação e distribuição, foram removidos 68 indicadores.

Os 98 indicadores encontravam-se distribuídos pelos domínios - Emprego 5, Participação Social 11, Vida Independente 66, Capacidades para o Envelhecimento 16. Após esta reorganização foram removidos indicadores repetidos perfazendo um total de 48 indicadores com a seguinte distribuição 5, 7, 27, 9 pelas categorias acima definidas. A estes 48 indicadores foram acrescentados 8 por serem considerados relevantes para o estudo, sendo o número final de 56 com a seguinte distribuição 7, 11, 29, 9. Estes 8 indicadores surgiram através da troca de recomendações com docentes da academia e da necessidade de aprofundar a análise da realidade local, como também da necessidade de obter informação extra em algumas questões realizada pelo AAI. Nesta destaco como exemplo o indicador “Taxa de emprego 65-74”, este apenas serve para realizar uma análise estatística de quantos indivíduos com idades superior a 65 anos ainda se encontram ativos no mercado de trabalho. Deste indicador emerge a dúvida do motivo destes indivíduos continuarem no mercado de trabalho. No relatório do AAI, Portugal, na dimensão Emprego encontra-se em 8º lugar porque existiam muitos indivíduos com 65+ anos ativos no mercado de trabalho. Neste relatório também referem que esta classificação pode estar muito associada à situação precária das pensões recebidas pelos idosos portugueses, sendo estes obrigados a procurar trabalho para poderem adquirir rendimentos suficientes para pagarem as suas despesas. Assim, deve existir a preocupação de compreender se estes indivíduos estão no mercado de trabalho porque se sentem realizados com a atividade laboral que desempenham ou simplesmente porque os rendimentos seriam insuficientes se não desenvolvessem esta atividade. Surge assim como proposta o indicador “Perceção da autorrealização laboral” para colmatar estas lacunas existentes no AAI.

Para facilitar a organização e leitura, os indicadores foram organizados em tabelas com os seguintes elementos:

- Nome: designação do indicador;
- Variável: breve descrição do indicador;
- Forma de cálculo: como deverá ser calculado o indicador;
- Dados: se existe alguma entidade que calcule este indicador;
- Tipo: se é um indicador do tipo acionável ou perceção;
- Fonte: onde foi retirado o indicador.

Na Tabela 3 encontra-se um exemplo de um indicador acionável e um indicador de perceção. Os restantes indicadores estão disponíveis no Apêndice I.

Tabela 3 – Indicadores Envelhecimento Ativo e Saudável

Nome	Variável	Forma de Cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Taxa de emprego 55-64	Captar as atividades remuneradas nas fases finais da carreira	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)	<i>European Union (EU) Labour Force Survey (EU-LFS)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Segurança à noite para caminhar	Captar a percentagem de indivíduos com 55+ anos que se sentem seguros para realizar caminhadas sozinho durante a noite	Sente-se seguro para realizar caminhadas sozinho à noite na cidade ou na área onde habita	<i>Global Age Watch</i>	Perceção	<i>Global Age Watch</i>

9.2 Seleção do grupo de especialistas

O passo seguinte no estudo envolveu a análise e validação dos indicadores pré-selecionados. A análise aos indicadores tem como função realizar uma revisão da redação e apresentação dos indicadores. Permite identificar possíveis erros e incongruências da interpretação dos mesmos. Posteriormente a validação dos indicadores irá permitir identificar quais são importantes manter e quais deverão ser removidos. A seleção de especialistas foi orientada por critérios que privilegiassem o conhecimento e experiência na temática, bem como uma complementaridade de visões. Assim, para a seleção do grupo de especialistas a participar no estudo, foram inicialmente considerados os elementos que constituíram o grupo de trabalho que realizou a Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável em Portugal. A seleção destes indivíduos para participarem no estudo reside essencialmente no seu conhecimento, familiaridade e experiência na temática. Destaca-se também que estes elementos tiveram a capacidade de influenciar a formação desta política pública sendo assim importante registar as suas recomendações. Com o intuito de melhor adaptar o índice aos constrangimentos locais, é de extrema importância recolher informação junto de quem trabalha mais próximo destas realidades. Assim, a estes 13 elementos foram então adicionados 2 autarcas familiarizados com as matérias de Envelhecimento ao nível local, para assim garantir e reforçar a importância da visão local.

A descrição e caracterização dos especialistas selecionados encontra-se organizada numa tabela com as seguintes colunas - nome, idade, área de formação académica, atual função profissional, notas/extras. Na Tabela 4 encontra-se um exemplo de um dos especialistas considerados. A lista com os restantes especialistas encontra-se disponível no Apêndice II.

Tabela 4 – Grupo de especialista sistematização

Nome	Idade	Área de formação académica	Notas/Extras
	70	Professor Catedrático de Medicina preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Lisboa	Coordenador da Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável

9.3 Validação dos indicadores

Uma das alterações ao plano de trabalho inicial foi a não realização da TGN. Na seleção do grupo de especialistas verificou-se que as atuais funções profissionais desempenhadas eram geograficamente dispersas pelo território português, o que dificultava a realização de uma reunião à mesma hora e local por parte dos 15 elementos. Assim, foram consideradas duas possibilidades metodológicas:

- Alterar os especialistas que não pudessem comparecer na data definida para a TGN;
- Realizar questionários individuais;

No sentido de não comprometer a validação dos indicadores, optou-se por não realizar a TGN, mantendo o grupo de especialistas inicialmente considerados.

Através do correio eletrónico, no dia 9 de abril, foram enviados os convites aos 15 elementos (Apêndice III). Destes 15 elementos, apenas 7 responderam ao convite e somente 6 revelaram disponibilidade em participar no estudo. Destes 6 elementos 5 consentiram a realização do questionário e entrevista e 1 apenas se disponibilizou para responder ao questionário.

As 5 entrevistas agendadas decorreram entre os dias 18 e 26 de abril, sendo que 2 foram realizadas através da plataforma *Skype* e as restantes 3 de forma presencial.

Nestas entrevistas foi inicialmente solicitado aos especialistas para classificarem cada um dos indicadores previamente selecionados, consoante a sua pertinência e exequibilidade numa escala tipo Likert de 1 a 5. Seguidamente foram questionados se existia alguma informação que considerassem pertinente recolher e que não estivesse contemplada no questionário. A média dos resultados dos questionários encontram-se disponíveis na tabela 5.

Tabela 5 – Média dos resultados dos questionários (N=6)

Nome do Indicador	Pertinência média	Min	Max	Exequibilidade média	Min	Max
Taxa de emprego 55-64	4,2	3,0	5,0	4,2	3,0	5,0
Taxa de emprego 65-74	4,0	2,0	5,0	4,0	2,0	5,0
Perceção da autorrealização laboral	4,5	4,0	5,0	4,5	4,0	5,0
Perceção dos rendimentos	3,5	2,0	5,0	3,5	2,0	5,0
Taxa de pensionistas	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Taxa de não trabalhadores	2,2	1,0	4,0	2,2	1,0	4,0
Taxa de não trabalhadores dependentes por idade	2,0	1,0	3,0	2,0	1,0	3,0
Atividades de voluntariado	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Perceção das atividades voluntárias	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Cuidar filhos, netos, bisnetos	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Perceção cuidar da família	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

Nome do Indicador	Pertinência média	Min	Max	Exequibilidade média	Min	Max
Cuidar de outros adultos	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Perceção cuidar de outros adultos	4,5	4,0	5,0	4,5	4,0	5,0
Participação política	4,2	1,0	5,0	4,2	1,0	5,0
Câmara Municipal com representação idosa	3,8	3,0	5,0	3,8	3,0	5,0
Representação idosa no município	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Banco de voluntários	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Participação eleitoral	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Necessidades de Saúde	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Ambientes físicos acessíveis e seguros	5,0	5,0	5,0	3,2	1,0	5,0
Perceção da acessibilidade	5,0	5,0	5,0	3,8	2,0	5,0
Transporte sénior	3,7	3,0	5,0	3,7	3,0	5,0
Perceção de transportes públicos	4,2	3,0	5,0	4,2	3,0	5,0
Vida Independente	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Atividades de vida Diárias Instrumentais	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Mobilidade 1 – Desempenho posição de pé	2,7	2,0	3,0	3,3	2,0	5,0
Mobilidade 2 – Risco de quedas	3,0	2,0	4,0	3,0	2,0	4,0
Taxa de suicídio	4,8	4,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Mortes sozinhas	4,8	4,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Número de acamados	2,8	1,0	4,0	3,2	1,0	5,0
Taxa real de dependência idosa	2,7	2,0	5,0	2,2	2,0	3,0
Taxa de anos sem deficiência aos 65	2,7	1,0	5,0	2,0	1,0	3,0
Taxa de dependência da idade Saudável	2,7	1,0	4,0	2,7	1,0	4,0
Aprendizagem para a vida	4,5	4,0	5,0	4,3	4,0	5,0
Atividade Física	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Segurança à noite para caminhar	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Segurança Financeira – Rendimento Médio Relativo	4,3	3,0	5,0	4,3	3,0	5,0
Segurança Financeira – Risco de Pobreza	4,8	4,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Segurança Financeira – Privação de material severa	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Acesso às telecomunicações	3,2	2,0	4,0	3,2	2,0	4,0
Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região	4,0	2,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Utentes com registo de quedas sem alterações da mobilidade por região	3,7	2,0	5,0	3,7	2,0	5,0
Taxa de cobertura vacinal contra a gripe	3,5	2,0	5,0	3,5	2,0	5,0
Serviços municipais para apoio aos Idosos	4,8	4,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Taxa de Criminalidade	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0
Perceção segurança	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

Nome do Indicador	Pertinência média	Min	Max	Exequibilidade média	Min	Max
Taxa de potencial suporte (amigos e família)	4,8	4,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	4,3	4,0	5,0	4,3	4,0	5,0
Utilização de tecnologias de informação e comunicação	4,8	4,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Contactos sociais – Familiares e amigos	3,3	3,0	4,0	3,3	3,0	4,0
Contactos social – Desconhecidos	3,2	2,0	4,0	3,2	2,0	4,0
Nível educacional	4,2	4,0	5,0	4,2	4,0	5,0
Bem-estar mental	5,0	5,0	5,0	4,8	4,0	5,0
Auto perceção do estado de saúde	4,5	4,0	5,0	4,0	2,0	5,0
Taxa de ocupação dos serviços gerontológicos	4,3	4,0	5,0	3,3	2,0	4,0
Alívio do cuidador	4,0	3,0	5,0	3,3	3,0	4,0
Taxa de mortalidade precoce nos idosos	4,7	4,0	5,0	4,7	4,0	5,0

Dos 56 indicadores classificados pelos especialistas, verificou-se que 40 indicadores alcançaram médias superiores ou igual ao valor estipulado no parâmetro da pertinência estando estes descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Lista de indicadores aprovados no parâmetro da Pertinência

Alívio do cuidador	Perceção de transportes públicos
Ambientes físicos acessíveis e seguros	Perceção segurança
Aprendizagem para a vida	Representação idosa no município
Atividade Física	Segurança à noite para caminhar
Atividades de vida Diárias Instrumentais	Segurança Financeira - Privação de material severa
Atividades de voluntariado	Segurança Financeira - Rendimento Médio
Auto perceção do estado de saúde	Relativo
Banco de voluntários	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
Bem-estar mental	Serviços municipais para apoio aos Idosos
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	Taxa de Criminalidade
Cuidar de outros adultos	Taxa de emprego 55-64
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Taxa de emprego 65-74
Mortes sozinhas	Taxa de mortalidade precoce nos idosos
Necessidades de Saúde	Taxa de ocupação dos serviços gerontológicos
Nível educacional	Taxa de potencial suporte (amigos e família)
Participação eleitoral	Taxa de suicídio
Participação política	Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região
Perceção cuidar da família	Utilização de tecnologias de informação e comunicação
Perceção cuidar de outros adultos	Vida Independente
Perceção da acessibilidade	
Perceção da autorrealização laboral	
Perceção das atividades voluntárias	

No parâmetro da exequibilidade 36 indicadores obtiveram aprovação, estando a sua listagem disponível na Tabela 7.

Tabela 7 - Lista de Indicadores aprovados no parâmetro da Exequibilidade

Aprendizagem para a vida	Perceção das atividades voluntárias
Atividade Física	Perceção de transportes públicos
Atividades de vida Diárias Instrumentais	Perceção segurança
Atividades de voluntariado	Representação idosa no município
Auto perceção do estado de saúde	Segurança à noite para caminhar
Banco de voluntários	Segurança Financeira - Privação de material severa
Bem-estar mental	Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
Cuidar de outros adultos	Serviços municipais para apoio aos Idosos
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Taxa de Criminalidade
Mortes sozinhas	Taxa de emprego 55-64
Necessidades de Saúde	Taxa de emprego 65-74
Nível educacional	Taxa de mortalidade precoce nos idosos
Participação eleitoral	Taxa de potencial suporte (amigos e família)
Participação política	Taxa de suicídio
Perceção cuidar da família	Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região
Perceção cuidar de outros adultos	Utilização de tecnologias de informação e comunicação
Perceção da autorrealização laboral	Vida Independente

Quando processados e analisados os resultados de ambos os parâmetros, dos 56 indicadores classificados, 36 apresentaram resultados satisfatórias tanto na pertinência como na exequibilidade, estando estes inumerados na Tabela 8.

Tabela 8 - Lista de Indicadores aprovados em ambos os parâmetros com base nas médias

Aprendizagem para a vida	Perceção de transportes públicos
Atividade Física	Perceção segurança
Atividades de vida Diárias Instrumentais	Representação idosa no município
Atividades de voluntariado	Segurança à noite para caminhar
Auto perceção do estado de saúde	Segurança Financeira - Privação de material severa
Banco de voluntários	Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
Bem-estar mental	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	Serviços municipais para apoio aos Idosos
Cuidar de outros adultos	Taxa de Criminalidade
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Taxa de emprego 55-64
Mortes sozinhas	Taxa de emprego 65-74
Necessidades de Saúde	Taxa de mortalidade precoce nos idosos
Nível educacional	Taxa de potencial suporte (amigos e família)
Participação eleitoral	Taxa de suicídio
Participação política	Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região
Perceção cuidar da família	Utilização de tecnologias de informação e comunicação
Perceção cuidar de outros adultos	comunicação
Perceção da autorrealização laboral	Vida Independente
Perceção das atividades voluntárias	

Todavia, para completar a seleção de indicadores para um índice, o recurso à análise das médias é insuficiente. Assim, para terminar esta etapa foi necessário implementar uma metodologia complementar. Waltz, Strickland e Lenz (2005), afirmam que a validade do conteúdo diz respeito ao grau que uma escala ou índice tem uma amostra apropriada de itens que representem corretamente o construto, isto é, se o domínio do conteúdo é representado corretamente pelos itens/indicadores que o compõem. Estes autores afirmam também, que é aconselhado para o correto desenvolvimento de um novo instrumento ou índice, este deve ser complementado de evidências que comprovem a validade dos indicadores selecionados. Assim, optou-se por utilizar a metodologia *Content Validation Index* (CVI).

O CVI é uma metodologia para estimar a validação de conteúdo de itens que compõem uma escala ou índice. Esta validação pode ocorrer em escalas e/ou índices previamente construídos, como também pode ser utilizada para conceção de um novo instrumento. Um investigador que pretende desenvolver um novo instrumento deve reconhecer que, quando pretende avaliar ou medir a concordância interna recorrendo a esta metodologia, deve ter em consideração todos os aspetos e situações que estão a ser avaliadas (Polit, Beck & Owen, 2007). Se os valores do CVI forem baixos várias conclusões podem ser retiradas: (1) pode significar que os itens não estavam bem operacionalizados relativamente ao construto; (2) que as especificações do construto ou as orientações dos especialistas eram inadequadas; (3) o grupo de especialistas selecionados poderiam ter opiniões enviesadas, apreciações irregulares, ou não serem suficientemente proficientes (Polit, Beck & Owen, 2007). Segundo Cicchetti & Sparrow (1981) e Fleiss (1981): existem três classificações possíveis para o nível de validação de itens: Justa, Boa e Excelente.

Para o CVI é necessário solicitar aos especialistas para classificarem os indicadores consoante o grau de relevância numa escala de 0, 2 e 3 para cada um dos itens a serem avaliados. O valor 0 corresponde a um indicador não necessário, o valor 2 corresponde a um indicador útil mas não necessário, e finalmente o valor 3 corresponde a um indicador essencial.

Tendo em consideração que os questionários e as entrevistas já tinham sido previamente realizadas, o investigador em conformidade com os orientadores, optaram por converter os resultados obtidos nos inquéritos anteriores e utilizá-los nesta metodologia. Recordar-se que o questionário aplicado na fase anterior era uma escala tipo Likert de 1 a 5. Assim, para o processo de conversão de dados, ficou definido que a pontuação de 3 seria para os itens classificados com a pontuação máxima (5), a pontuação 2 seria atribuída para os itens classificados com os valores 3 ou 4, e aos itens classificados com os valores de 1 ou 2 seriam considerados como 0.

Segundo Polit, Beck & Owen, (2007) para um grupo de especialistas composto por 6 elementos, para os indicadores serem considerados válidos e classificados com o nível de Excelente, 4 critérios de inclusão têm de ser alcançados em simultâneo. Na tabela 9 encontram-se descritos os critérios que foram utilizados na análise desta metodologia.

Tabela 9 - Critérios de inclusão CVI

Designação dos parâmetros	Abreviaturas	Cálculo	Critério para aprovação
Somatório das pontuações	Score	A+B+C+D+E+F	Score superior a 80% da pontuação máxima
<i>Content validity ratio</i>	CVR	$\frac{(e - \frac{n}{2})}{n^2}$	Superior a 0,83
<i>Item-level content validity ratio</i>	I-CVI	$\frac{e}{n}$	Superior a 0,83
<i>Probability of a chance of occurrence</i>	Pc	$[\frac{n!}{a!(n-a)!}] \cdot 5^n$	-
<i>Kappa</i>	K*	$\frac{I-CVI - Pc}{1 - Pc}$	Superior a 0.81

Legenda:
A,B,C,D,E,F – Pontuações atribuída pelos especialistas
n- Número de especialistas que participaram no estudo;
a - Número de especialistas que classificaram o indicador como Útil mas não necessário;
e - Número de especialistas que classificaram o indicador como Essencial.

Esta metodologia foi executada para ambos os parâmetros (pertinência e exequibilidade), estando os resultados para cada indicador disponíveis nas Tabelas 10 e 12.

Tabela 10 - Validação dos indicadores parâmetro Pertinência com recurso ao CVI

Indicadores	A	B	C	D	E	F	CVR	Score	ICVI	prob chance	k*
Taxa de emprego 55-64	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Taxa de emprego 65-74	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Perceção da autorrealização laboral	3	2	3	2	2	3	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Perceção dos rendimentos	3	0	3	2	0	2	0,33	10	0,67	0,94	-4,33
Taxa de pensionistas	0	0	0	0	0	0	-1,00	0	0,00	0,00	0,00
Taxa de não trabalhadores	0	2	0	0	2	0	-0,33	4	0,33	-	1,00
Taxa de não trabalhadores dependentes por idade	0	2	0	0	2	0	-0,33	4	0,33	-	1,00
Atividades de voluntariado	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Perceção das atividades voluntárias	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Cuidar filhos, netos, bisnetos	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Perceção cuidar da família	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Cuidar de outros adultos	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Perceção cuidar de outros adultos	3	2	3	2	2	3	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Participação política	3	0	3	3	2	3	0,67	14	0,83	0,09	0,82

Indicadores	A	B	C	D	E	F	CVR	Score	ICVI	prob chance	k*
Câmara Municipal com representação idosa	3	2	3	2	2	2	1,00	14	1,00	0,02	1,00
Representação idosa no município	2	2	2	2	2	2	1,00	12	1,00	0,02	1,00
Banco de voluntários	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Participação eleitoral	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Necessidades de Saúde	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Ambientes físicos acessíveis e seguros	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Perceção da acessibilidade	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Transporte sénior	2	3	2	2	2	2	1,00	13	1,00	0,02	1,00
Perceção de transportes públicos	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Vida Independente	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Atividades de vida Diárias Instrumentais	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Mobilidade 1 – Desempenho posição de pé	2	0	2	2	0	2	0,33	8	0,67	0,94	-4,33
Mobilidade 2 - Risco de quedas	2	2	2	0	2	2	0,67	10	0,83	0,09	0,82
Taxa de suicídio	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Mortes sozinhas	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Número de acamados	2	0	2	2	0	2	0,33	8	0,67	0,94	-4,33
Taxa real de dependência idosa	3	2	0	0	0	0	-0,33	5	0,33	-	-
Taxa de anos sem deficiência aos 65	3	2	0	0	0	2	0,00	7	0,50	-	-
Taxa de dependência da idade Saudável	0	2	0	0	2	2	0,00	6	0,50	11,25	-
Aprendizagem para a vida	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Atividade Física	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Segurança à noite para caminhar	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Segurança Financeira - Risco de Pobreza	3	2	3	3	3	3	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Segurança Financeira - Privação de material severa	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Acesso às telecomunicações	2	2	2	0	2	2	0,67	10	0,83	0,09	0,82
Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região	3	3	0	3	3	2	0,67	14	0,83	0,09	0,82
Utentes com registo de quedas sem alterações da mobilidade por região	3	2	0	3	2	2	0,67	12	0,83	0,09	0,82
Taxa de cobertura vacinal contra a gripe	2	0	3	2	2	2	0,67	11	0,83	0,09	0,82
Serviços municipais para apoio aos Idosos	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Taxa de Criminalidade	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Perceção segurança	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Taxa de potencial suporte (amigos e família)	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	3	2	3	2	2	2	1,00	14	1,00	0,02	1,00
Utilização de tecnologias de informação e comunicação	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00

Indicadores	A	B	C	D	E	F	CVR	Score	ICVI	prob chance	k*
Contactos sociais – Familiares e amigos	2	2	2	2	2	2	1,00	12	1,00	0,02	1,00
Contactos social – Desconhecidos	2	2	2	2	2	0	0,67	10	0,83	0,09	0,82
Nível educacional	2	2	2	3	2	2	1,00	13	1,00	0,02	1,00
Bem-estar mental	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Auto percepção do estado de saúde	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Taxa de ocupação dos serviços gerontológicos	3	2	3	2	2	2	1,00	14	1,00	0,02	1,00
Alívio do cuidador	3	2	3	2	2	2	1,00	14	1,00	0,02	1,00
Taxa de mortalidade precoce nos idosos	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00

Dos 56 indicadores avaliados no parâmetro da pertinência com os critérios definidos pelo CVI, 33 itens foram aprovados estando a lista de indicadores aptos disponível na Tabela 11.

Tabela 11 – CVI indicadores aprovados no parâmetro da Pertinência

Ambientes físicos e seguros	Perceção das atividades voluntárias
Aprendizagem para a vida	Perceção de transportes públicos
Atividade Física	Perceção segurança
Atividades de vida Diárias Instrumentais	Segurança à noite para caminhar
Atividades de voluntariado	Segurança Financeira - Privação de material severa
Auto percepção do estado de saúde	Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
Banco de Voluntários	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
Bem-estar mental	Serviços municipais para apoio aos Idosos
Cuidar de outros adultos	Taxa de Criminalidade
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Taxa de emprego 55-64
Mortes sozinhas	Taxa de emprego 65-74
Necessidades de Saúde	Taxa de Mortalidade precoce nos Idosos
Participação eleitoral	Taxa de potencial suporte (amigos e família)
Perceção cuidar da família	Taxa de suicídio
Perceção cuidar de outros adultos	Utilização de tecnologias de informação e comunicação
Perceção da acessibilidade	Vida Independente
Perceção da autorrealização laboral	

Tabela 12 - Validação dos indicadores parâmetro Exequibilidade com recurso ao CVI

Indicadores	A	B	C	D	E	F	CVR	Score	ICVI	prob chance	k*
Taxa de emprego 55-64	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,016	1,00
Taxa de emprego 65-74	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Perceção da autorrealização laboral	3	2	3	2	2	3	1,00	15	1,00	0,016	1,00
Perceção dos rendimentos	3	0	3	2	0	2	0,33	10	0,67	0,938	-4,33
Taxa de pensionistas	0	0	0	0	0	0	-1,00	0	0,00	-	-

Indicadores	A	B	C	D	E	F	CVR	Score	ICVI	prob chance	k*
Taxa de não trabalhadores	0	2	0	0	2	0	-0,33	4	0,33	-	-
Taxa de não trabalhadores dependentes por idade	0	2	0	0	2	0	-0,33	4	0,33	-	-
Atividades de voluntariado	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,016	1,00
Perceção das atividades voluntárias	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,016	1,00
Cuidar filhos, netos, bisnetos	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,016	1,00
Perceção cuidar da família	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,016	1,00
Cuidar de outros adultos	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,016	1,00
Perceção cuidar de outros adultos	3	2	3	2	2	3	1,00	15	1,00	0,016	1,00
Participação política	3	0	3	3	2	3	0,67	14	0,83	0,094	0,82
Câmara Municipal com representação idosa	3	2	3	2	2	2	1,00	14	1,00	0,016	1,00
Representação idosa no município	2	2	2	2	2	2	1,00	12	1,00	0,016	1,00
Banco de voluntários	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,016	1,00
Participação eleitoral	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,02	1,00
Necessidades de Saúde	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Ambientes físicos acessíveis e seguros	2	3	0	2	2	2	0,67	11	0,83	0,09	0,82
Perceção da acessibilidade	2	3	0	2	3	3	0,67	13	0,83	0,09	0,82
Transporte sénior	3	3	2	2	2	2	1,00	14	1,00	0,02	1,00
Perceção de transportes públicos	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Vida Independente	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Atividades de vida Diárias Instrumentais	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,02	1,00
Mobilidade 1 – Desempenho posição de pé	3	0	3	2	0	2	0,33	10	0,67	0,94	-
Mobilidade 2 - Risco de quedas	2	2	2	0	2	2	0,67	10	0,83	0,09	0,82
Taxa de suicídio	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Mortes sozinhas	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Número de acamados	3	0	2	2	0	2	0,33	9	0,67	0,94	-4,33
Taxa real de dependência idosa	2	0	0	0	0	0	-0,67	2	0,17	-	-
Taxa de anos sem deficiência aos 65	0	2	0	0	0	2	-0,33	4	0,33	-	-
Taxa de dependência da idade Saudável	2	2	0	0	2	2	0,33	8	0,67	0,94	-4,33
Aprendizagem para a vida	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,02	1,00
Atividade Física	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,016	1,00
Segurança à noite para caminhar	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,016	1,00
Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo	3	2	3	3	2	2	1,00	15	1,00	0,016	1,00
Segurança Financeira - Risco de Pobreza	3	2	3	3	3	3	1,00	17	1,00	0,016	1,00
Segurança Financeira - Privação de material severa	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,016	1,00
Acesso às telecomunicações	2	2	2	0	2	2	0,67	10	0,83	0,094	0,82

Indicadores	A	B	C	D	E	F	CVR	Score	ICVI	prob chance	k*
Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região	3	3	0	3	3	2	0,67	14	0,83	0,094	0,82
Utentes com registo de quedas sem alterações da mobilidade por região	3	2	0	3	2	2	0,67	12	0,83	0,094	0,82
Taxa de cobertura vacinal contra a gripe	2	0	3	2	2	2	0,67	11	0,83	0,094	0,82
Serviços municipais para apoio aos Idosos	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,016	1,00
Taxa de Criminalidade	3	2	3	3	2	3	1,00	16	1,00	0,016	1,00
Perceção segurança	3	3	3	3	3	3	1,00	18	1,00	0,016	1,00
Taxa de potencial suporte (amigos e família)	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,016	1,00
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	3	2	3	2	2	2	1,00	14	1,00	0,016	1,00
Utilização de tecnologias de informação e comunicação	3	3	3	3	3	2	1,00	17	1,00	0,016	1,00
Contactos sociais – Familiares e amigos	2	2	2	2	2	2	1,00	12	1,00	0,016	1,00
Contactos social – Desconhecidos	2	2	2	2	2	0	0,67	10	0,83	0,094	0,82
Nível educacional	2	2	2	3	2	2	1,00	13	1,00	0,02	1,00
Bem-estar mental	2	3	3	3	3	3	1,00	17	1,00	0,02	1,00
Auto perceção do estado de saúde	0	2	3	3	2	2	0,67	12	0,83	0,09	0,82
Taxa de ocupação dos serviços gerontológicos	0	2	0	2	2	2	0,33	8,00	0,67	0,94	-4,33
Alívio do cuidador	2	2	2	2	2	2	1,00	12,00	1,00	0,02	1,00
Taxa de mortalidade precoce nos idosos	3	2	3	3	2	3	1,00	16,00	1,00	0,02	1,00

Para o parâmetro da exequibilidade, 30 dos 56 indicadores satisfizeram os critérios estipulados, estando a lista dos indicadores aptos disponível na tabela 13.

Tabela 13 – CVI Indicadores aprovados parâmetro Exequibilidade

Aprendizagem para a vida	Perceção de transportes públicos
Atividade Física	Perceção segurança
Atividades de vida Diárias Instrumentais	Segurança à noite para caminhar
Atividades de voluntariado	Segurança Financeira - Privação de material severa
Banco de voluntários	Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
Bem-estar mental	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
Cuidar de outros adultos	Serviços municipais para apoio aos Idosos
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Taxa de Criminalidade
Mortes sozinhas	Taxa de emprego 55-64
Necessidades de Saúde	Taxa de emprego 65-74
Participação eleitoral	Taxa de mortalidade precoce nos idosos
Perceção cuidar da família	Taxa de potencial suporte (amigos e família)
Perceção cuidar de outros adultos	Taxa de suicídio
Perceção da autorrealização laboral	Utilização de tecnologias de informação e comunicação
Perceção das atividades voluntárias	Vida Independente

Após o cruzamento de informação dos indicadores aprovados no parâmetro da pertinência com os resultados dos indicadores aprovados no parâmetro da exequibilidade, verificou-se que 30 indicadores apresentavam resultados classificados como excelentes em ambos os parâmetros. Na Tabela 14 encontram-se a lista final dos indicadores aprovados provenientes do método CVI.

Tabela 14 – CVI Indicadores aprovados em ambos os parâmetros

Aprendizagem para a vida	Perceção de transportes públicos
Atividade Física	Perceção segurança
Atividades de vida Diárias Instrumentais	Segurança à noite para caminhar
Atividades de voluntariado	Segurança Financeira - Privação de material severa
Banco de Voluntários	Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
Bem-estar mental	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
Cuidar de outros adultos	Serviços municipais para apoio aos Idosos
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Taxa de Criminalidade
Mortes sozinhas	Taxa de emprego 55-64
Necessidades de Saúde	Taxa de emprego 65-74
Participação eleitoral	Taxa de Mortalidade precoce nos Idosos
Perceção cuidar da família	Taxa de potencial suporte (amigos e família)
Perceção cuidar de outros adultos	Taxa de suicídio
Perceção da autorrealização laboral	Utilização de tecnologias de informação e comunicação
Perceção das atividades voluntárias	Vida Independente

No decorrer das entrevistas os especialistas realizaram as suas recomendações e propostas de melhoria à listagem dos indicadores, estando estas sistematizadas na tabela 15.

Tabela 15 – Recomendações dos especialistas

Alterar	<p>Indicador “Ambientes físicos acessíveis e seguros” – Alterar para “Nos últimos 2 anos o que foi feito para melhorar a acessibilidade”, tornando a perceção de quem responde mais objetiva;</p> <p>Indicadores “Mobilidade 1 e 2” alterar para a escala Levanta-te e caminha (<i>Time up and Go</i>);</p> <p>Indicadores “Taxa real de dependência idosa, Taxa de anos sem deficiência aos 65, Taxa de dependência da idade Saudável”, remover e utilizar a escala de Katz para avaliar as AVD Básicas;</p> <p>Indicadores “Contactos sociais familiares/amigos e desconhecidos” alterar para a Escala de Lubben;</p> <p>Indicador “Bem-estar mental” alterar para a Escala de Depressão Geriátrica;</p> <p>Retificação e uniformização na descrição dos indicadores;</p>
---------	---

Acrescentar	Necessidade de avaliar o estado cognitivo do indivíduo para que as respostas possam ser válidas. Neste sentido recorrer à <i>Mini-Mental State Examination</i> . Apenas os indivíduos que estejam aptos cognitivamente podem prosseguir no questionário.
-------------	--

Relativamente às recomendações realizadas pelos especialistas, inicialmente foram realizados ligeiros ajustes na descrição de alguns indicadores para assim aumentar a sua compreensão. Os indicadores Mobilidade 1 e Mobilidade 2 embora não aptos nas análises quantitativas dos questionários foram removidos. Porém foi adicionado o indicador «Levanta-te e caminha» (*Time up and Go*) à lista de indicadores a utilizar no índice, sendo este incluído na dimensão Vida independente. Os especialistas recomendaram também acrescentar a escala de Katz para analisar as AVD Básicas em substituição aos indicadores “Taxa real de dependência idosa”, “Taxa de anos sem deficiência aos 65”, “Taxa de dependência da idade Saudável”. Os indicadores “Contactos sociais familiares” e “Contactos sociais amigos e desconhecidos” foram substituído pela escala Rede Social de Lubben versão 6 questões e retificados para o parâmetro Capacidades para o Envelhecimento. Durante as entrevistas dois dos especialistas referiram a necessidade de avaliar/despistar o estado cognitivo dos indivíduos inquiridos para o estudo. Neste sentido, recomendaram acrescentar a escala *Mini-Mental State Examination*. Esta escala foi acrescentada à dimensão Capacidades para o Envelhecimento ficando o indicador designado como “Estado cognitivo”. Este indicador terá a dupla função de avaliar o estado cognitivo dos indivíduos que sejam entrevistados, bem como de despistar a validade das respostas fornecidas pelos inquiridos. Isto é, apenas os indivíduos que estejam aptos cognitivamente podem prosseguir no questionário garantindo a veracidade das respostas fornecidas. Todas estas escalas acrescentadas estão validadas e padronizadas para a população portuguesa, sendo uma mais-valia para descrever e monitorizar a população. A última recomendação realizada pelos especialistas foi a substituição do Indicador “Bem-estar mental” pela Escala de Depressão Geriátrica. Contudo esta não foi realizada, uma vez que este é um indicador que consta no *AAI* o que permite a comparação com os restantes países da União Europeia.

Na tabela 16 encontram-se os indicadores selecionados para representarem os domínios. O Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local ficou constituído por 33 indicadores, distribuídos pelos domínios - Emprego 3, Participação Social 8, Vida Independente 17, Capacidades para o Envelhecimento 5. Destes 33 indicadores 24 são acionáveis e os restantes 9 de perceção. Relativamente à recolha da informação, 12 indicadores têm de ser recolhidos diretamente, isto é, existe a necessidade de aplicar um questionário por parte do município para obtenção desta informação (7 acionáveis e 5 de perceção). Os restantes 21 indicadores são obtidos através de outras fontes, sendo 15 recolhidos através de fontes internacionais (12 acionáveis e 3 de perceção), e os restantes 6 de fontes nacionais (5 acionáveis e 1 de perceção). No Apêndice IV

encontra-se disponível a última versão completa dos indicadores, adaptada com a informação recolhida através dos questionários e recomendações dos especialistas.

Tabela 16 - Indicadores para o Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável ao nível local

Domínios	Indicadores selecionados
Emprego	Perceção da autorrealização laboral
	Taxa de Emprego 55-64
	Taxa de Emprego 65-74
Participação Social	Atividades de voluntariado
	Banco de voluntários
	Cuidar de outros adultos
	Cuidar filhos, netos, bisnetos
	Participação eleitoral
	Perceção cuidar da família
	Perceção cuidar de outros adultos
	Perceção das atividades voluntárias
Vida Independente	Aprendizagem para a vida
	Atividade Física
	Atividades de vida diárias Básicas
	Atividades de vida Diárias Instrumentais
	Levanta-te e caminha
	Mortes sozinhas
	Necessidades de Saúde
	Perceção de transportes públicos
	Perceção segurança
	Segurança à noite para caminhar
	Segurança Financeira - Privação de material severa
	Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
	Segurança Financeira - Risco de Pobreza
	Serviços municipais para apoio aos Idosos
	Taxa de Criminalidade
	Taxa de suicídio
Vida Independente	
Capacidades para o Envelhecimento	Bem-estar mental
	Estado Cognitivo
	Rede social de Lubben-6
	Taxa de mortalidade precoce nos idosos
	Utilização de tecnologias de informação e comunicação

9.4 Avaliação Heurística

Com a finalização da validação e seleção dos indicadores a utilizar no Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local, a fase subsequente passa pela atribuição de ponderações às dimensões e aos indicadores. Conforme referido no capítulo 7.2, para realizar esta etapa, a metodologia planeada foi o Método de Delphi. Este é aconselhado para a construção de uma opinião consensual através da utilização de uma série de questionários de interação múltipla para a recolha de informação de um tema predefinido.

Porém, associado ao número elevado de indicadores aprovados na fase anterior, houve a necessidade de realizar uma nova reestruturação do plano de trabalho. O número elevado de indicadores inviabilizou a realização do Método de Delphi para atribuição de ponderações a cada um dos indicadores. Assim, a metodologia optada para esta fase, consistiu em realizar um questionário de múltiplas interações junto dos especialistas, para assim explorar as opiniões destes, com o intuito de identificar as ponderações para cada um dos domínios. Como critérios de análise ficaram estabelecidos a avaliação das médias das respostas atribuídas aos domínios e os valores do desvio padrões inferiores a 5 valores. Nesta etapa foi solicitado aos especialistas para classificarem cada um dos domínios, atribuindo uma ponderação tendo por base os indicadores que foram previamente selecionados e validados na fase anterior.

Com as dimensões e os indicadores definidos, existe a necessidade de selecionar os elementos que irão constituir o novo painel de especialistas. Conforme analisado na revisão da literatura, a seleção dos participantes, geralmente é baseada no julgamento e discricção dos investigadores. Ficou definido pelo investigador junto dos orientadores, que seria utilizado um leque de docentes da academia, bem como individualidades ligadas às IPSS da região de Aveiro para constituir o painel de especialistas. Este painel ficou constituído por 11 elementos, estando na tabela 17 um exemplo de um dos especialistas considerados para esta etapa. A lista com os restantes especialistas encontra-se disponível no Apêndice V.

Tabela 17- Exemplo de especialista utilizado na metodologia

Nome	Área de formação académica	Notas/Extras
	Doutoramento em Ciências Biomédicas pelo Instituto Abel Salazar da Universidade do Porto	Grupo de Investigação <i>AgeingC</i> : Envelhecimento

9.4.1 Primeira Interação

A 1.^a interação desta metodologia teve início no dia 21 maio, com o envio dos convites (Apêndice VI), sendo a data limite para responder delineada até ao dia 01 de junho. Nesta primeira interação foi solicitado aos especialistas para atribuírem uma ponderação a cada uma das

dimensões do conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável – Emprego, Participação Social, Vida Independente e Capacidades para o Envelhecimento. Nesta classificação, o somatório das ponderações atribuídas tinha que ser igual a 100 e a atribuição de um valor superior corresponde a uma maior importância nessa dimensão. Conforme referido anteriormente, para que os especialistas fossem capazes de realizar as suas classificações, com o convite foi simultaneamente enviada a tabela com os indicadores e respetivas descrições. Com este exercício pretendia-se explorar o valor de cada dimensão, sendo solicitado aos especialistas que a sua classificação tivesse por base os indicadores que compunham cada uma das dimensões.

Dos 11 elementos convidados a participar, apenas 6 responderam, estando os resultados disponíveis na tabela 18.

Tabela 18 – Resultados primeira interação (N=6)

Dimensões do Envelhecimento Ativo e Saudável	Média	Min	Max	Desvio
Emprego	14,2	5	25	7,4
Participação social	25,0	10	35	8,9
Vida independente	32,5	10	50	14,4
Capacidades para o envelhecimento	28,3	15	70	20,7
Total	100	-	-	-

Nesta primeira interação verificou-se que a Dimensão Emprego foi considerada como menos importante, sendo esta a posição mais consensual pelos especialistas, uma vez que o desvio padrão registou o menor valor (7,4). A dimensão Participação social, com uma média de 25 pontos percentuais (terceira menos importante) apresentou um desvio padrão de 8,9 valores. A dimensão Vida independente, classificada como mais importante pelos especialistas, registou uma média de 32,5. Porém, esta dimensão também apresentou o segundo valor mais elevado de desvio padrão, sendo este de 14,4 valores. A dimensão Capacidades para o envelhecimento foi a dimensão com maior dispersão de resultados, isto é, foi a dimensão que apresentou menor consenso por parte dos especialistas sendo o desvio padrão de 20,7.

Com o objetivo de alcançar maior consenso na atribuição de ponderações, houve a necessidade de realizar uma segunda ronda.

9.4.2 Segunda Interação

A segunda ronda foi iniciada no dia 04 de junho e tinha como data limite para responder até ao dia 11 de junho. Nesta ronda, apenas foram enviados os convites aos 6 elementos que anteriormente participaram. Os convites enviados aos especialistas foram acompanhados pela

tabela com as respostas anteriormente fornecidas na primeira interação, as ponderações médias atribuídas pelos especialistas em cada uma das dimensões, e a nova coluna para poderem responder. Os resultados da segunda interação estão disponíveis na Tabela 19.

Tabela 19 – Resultados segunda interação (N=6)

Dimensões do Envelhecimento Ativo e Saudável	Média	Min	Max	Desvio
Emprego	10,0	5	15	3,2
Participação social	29,2	25	30	2,0
Vida independente	35,0	30	40	4,5
Capacidades para o envelhecimento	25,8	20	35	4,9
Total	100	-	-	-/

Na perspetiva dos especialistas, os resultados da segunda interação confirmaram que a dimensão Emprego é a dimensão que menos peso/importância tem relativamente ao Índice total, sendo atribuído 10 pontos percentuais. A dimensão Vida Independente, embora apresente o segundo valor mais elevado no desvio padrão (4,5), é considerada como a dimensão mais relevante para um bom Envelhecimento Ativo e Saudável, obtendo 35 pontos percentuais. Relativamente à dimensão Participação Social, dimensão esta que apresentou o valor mais reduzido no desvio padrão (2) foi classificada com uma ponderação de 29,2 pontos percentuais. Por último, a Dimensão Capacidades para o envelhecimento foi a dimensão que apresentou um maior desvio padrão (4,9). Esta dimensão ficou classificada com um valor percentual de 28,8.

Com o propósito das dimensões serem divisíveis por 5, ficou estipulado que a dimensão Participação social ficaria definida com o valor de 30 pontos percentuais, ou seja, será acrescentada em 0,8 décimas. Conforme referido esta foi a dimensão que obteve menor valor no desvio padrão, sendo que apenas 1 dos 6 especialistas que participaram no estudo não atribuiu a ponderação de 30 pontos percentuais. Para manter o valor final de 100 pontos, a dimensão Capacidades para o envelhecimento ficaria com uma ponderação de 25 pontos percentuais, sendo retiradas 0,8 décimas. Esta foi a dimensão que obteve menos consenso na 2.^a ronda de questionários, registando uma amplitude de resultados de 15 valores. Esta amplitude teve como consequência elevar o valor do desvio padrão. Contudo na análise das respostas fornecidas pelos especialistas, verifica-se que 4 dos 6 especialistas classificaram esta dimensão atribuindo 25 pontos percentuais.

9.5 Índice desenvolvido

Com o finalizar da procura de indicadores, seleção dos indicadores a utilizar e atribuição de ponderações às dimensões, o Índice de Envelhecimento ativo e saudável adaptado à realidade local ficou constituído conforme representado na Tabela 20.

Tabela 20 - Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local

Domínios	Ponderação da dimensão	Indicadores selecionados
Emprego	10	Perceção da autorrealização laboral
		Taxa de Emprego 55-64
		Taxa de Emprego 65-74
Participação Social	30	Atividades de voluntariado
		Banco de voluntários
		Cuidar de outros adultos
		Cuidar filhos, netos, bisnetos
		Participação eleitoral
		Perceção cuidar da família
		Perceção cuidar de outros adultos
		Perceção das atividades voluntárias
Vida Independente	35	Aprendizagem para a vida
		Atividade Física
		Atividades de vida diárias Básicas
		Atividades de vida Diárias Instrumentais
		Levanta-te e caminha
		Mortes sozinhas
		Necessidades de Saúde
		Perceção de transportes públicos
		Perceção segurança
		Segurança à noite para caminhar
		Segurança Financeira - Privação de material severa
		Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo
		Segurança Financeira - Risco de Pobreza
		Serviços municipais para apoio aos Idosos
		Taxa de Criminalidade
Taxa de suicídio		
Vida Independente		
Capacidades para o Envelhecimento	25	Bem-estar mental
		Estado cognitivo
		Rede social de Lubben-6
		Taxa de mortalidade precoce nos idosos
		Utilização de tecnologias de informação e comunicação

Com o propósito de melhor realçar as diferenças entre o Índice desenvolvido para ser aplicado ao nível local e o *AAI*, nas tabelas 21 a 24 encontram-se representadas cada uma das dimensões com as respetivas ponderações e indicadores que as compõem.

Tabela 21 – Índice desenvolvido vs *AAI* dimensão Emprego

Dimensão Emprego – Contribuição em atividades remuneradas			
Índice desenvolvido		<i>AAI</i>	
Indicadores	Peso da dimensão	Indicadores	Peso da dimensão
Perceção da autorrealização laboral	10	Taxa de Emprego 55-59	35
Taxa de Emprego 55-64		Taxa de Emprego 60-64	
Taxa de Emprego 65-74		Taxa de Emprego 65-69	
		Taxa de Emprego 70-74	

Tabela 22 – Índice desenvolvido vs *AAI* dimensão Participação Social

Dimensão Participação Social – Contribuição em atividades não remuneradas			
Índice desenvolvido		<i>AAI</i>	
Indicadores	Peso da dimensão	Indicadores	Peso da dimensão
Atividades de voluntariado	30	Atividades de voluntariado	35
Banco de voluntários			
Cuidar de outros adultos		Cuidar de outros adultos	
Cuidar filhos, netos, bisnetos		Cuidar filhos, netos e bisnetos	
Participação eleitoral		Participação política	
Perceção cuidar da família			
Perceção cuidar de outros adultos			
Perceção das atividades voluntárias			

Tabela 23 – Índice desenvolvido vs AAI dimensão Vida Independente

Dimensão Vida Independente - Viver de forma independente, saudável e segura			
Índice desenvolvido		AAI	
Indicadores	Peso da dimensão	Indicadores	Peso da dimensão
Aprendizagem para a vida	35	Aprendizagem para a vida Atividade Física Necessidades de Saúde Segurança Financeira – Privação material severa Segurança Financeira – Rendimento médio relativo Segurança financeira – Risco de Pobreza Segurança Física Vida Independente	10
Atividade Física			
Atividades de vida diárias Básicas			
Atividades de vida Diárias			
Instrumentais			
Levanta-te e caminha			
Mortes sozinhas			
Necessidades de Saúde			
Perceção de transportes públicos			
Perceção segurança			
Segurança à noite para caminhar			
Segurança Financeira - Privação de material severa			
Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo			
Segurança Financeira - Risco de Pobreza			
Serviços municipais para apoio aos Idosos			
Taxa de Criminalidade			
Taxa de suicídio			
Vida Independente			

Tabela 24 – Índice desenvolvido vs AAI dimensão Capacidades para o Envelhecimento

Dimensão Capacidades para o Envelhecimento - Oportunidades para otimizar o bem-estar e a qualidade de vida			
Índice desenvolvido		AAI	
Indicadores	Peso da dimensão	Indicadores	Peso da dimensão
Bem-estar mental	25	Bem-estar mental	20
Estado Cognitivo		Contactos sociais	
Rede social de Lubben-6		Esperança média de vida após os 55	
Taxa de mortalidade precoce nos idosos		Nível educacional	
Utilização de tecnologias de informação e comunicação		Utilização de tecnologias de informação e comunicação	
		Vida saudável após os 55	

10. Discussão dos resultados

O número de indicadores inicialmente recolhidos provenientes de fontes nacionais (e.g. Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável, Portal da Transparência,...) como também de fontes internacionais (e.g. *Age Friendly City Performance*, Organização Mundial de Saúde, ...) demonstraram-se em número suficiente. Porém, 41% dos indicadores (66) previamente recolhidos foram removidos com a realização do exercício de categorização dos indicadores nos quatro domínios, apresentados pela revisão da literatura. Salienta-se que alguns destes indicadores previamente removidos também apresentavam uma abordagem macro. Indicadores como o número de bombeiros, enfermeiros e médicos por habitante, embora possam influenciar a qualidade de vida dos Idosos, dificilmente um município Português terá a capacidade de atuar sobre eles.

Após o processo de inclusão e exclusão dos indicadores, verificou-se que o grande número de indicadores encontrava-se na dimensão “Vida Independente”, com uma percentagem de 56% (27). Para esta dimensão apresentar um número vasto de indicadores, dois motivos poderão estar associados: a) a dimensão apresenta uma definição muito “ampla” o que permite a inclusão de muitos indicadores; b) existem vários indicadores semelhantes que pretendem representar esta dimensão, sendo a ideia inicial permitir aos especialistas a possibilidade de seleccionar apenas aquele que considerassem mais adequado utilizar ao nível local. Nesta fase o número de indicadores recolhidos estava dentro do expectável. Conforme referido no capítulo 9.1 foram ainda adicionados 8 indicadores como proposta do investigador na tentativa de colmatar algumas lacunas existentes no *AAI*.

A seleção do grupo de especialistas para a validação dos indicadores privilegiou o seu recente trabalho científico desenvolvido em torno desta temática. Os elementos considerados estão amplamente familiarizados com as matérias relacionadas com o envelhecimento, sendo de extrema importância auscultar a sua opinião. A limitação expectável ao recorrer a estes especialistas seriam as taxas de respostas. Conforme referido, apenas 6 dos 15 elementos participou no processo de validação dos indicadores. Destes 6 especialistas, apenas 5 se disponibilizaram a responder ao questionário e à entrevista. A resposta ao questionário embora permita a classificação dos indicadores consoante a sua pertinência e exequibilidade ao nível local, não garante que o especialista em causa tenha analisado todos os indicadores da mesma forma que os restantes participantes. Assim, perde-se duplamente pela capacidade de validar a descrição dos indicadores, bem como pela capacidade de dialogar relativamente a outros sugestões/recomendações que possam existir.

Ainda sobre o processo de validação dos indicadores, referido no capítulo 9.3, esta foi realizada através de um questionário individual aos especialistas. O plano inicial era utilizar a

TGN para melhor debater e garantir a correta seleção dos indicadores. Contudo, ao manter os mesmos especialistas a taxa de resposta seria ainda mais reduzida. A alteração do grupo de especialistas, embora debatido pelo investigador junto dos orientadores, não foi posta em prática por não existirem participantes com um domínio tão vasto sobre estas matérias como o grupo inicialmente considerado.

Relativamente ao questionário aplicado junto dos especialistas para proceder à validação e seleção dos indicadores a utilizar no Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável ao nível local, duas abordagens de organização foram tidas em conta. A primeira metodologia passava pela aleatoriedade na ordem dos indicadores e posteriormente solicitar aos especialistas a sua classificação. A segunda abordagem tinha por base manter os indicadores divididos pelos respetivos domínios e solicitar aos especialistas a sua classificação. Optou-se pela primeira abordagem para evitar enviesamentos das respostas. A não distribuição dos indicadores pelas respetivas dimensões evita julgamentos prévios, garantindo que todos os indicadores partam em “pé de igualdade”. Contudo surgem alguns constrangimentos nesta opção metodológica. O número elevado de indicadores e associado ao processo de aleatoriedade foi recorrente os especialistas referirem “*tenho ideia que classificámos este indicador anteriormente*” e “*temos indicadores epidemiológicos junto de indicadores económicos, estes devem ser separados*”. Foi ainda recorrente referirem que este era um processo cansativo e confuso, uma vez que os indicadores não se encontravam devidamente agrupados. Todavia a realização do exercício de validação neste modelo garantiu que a classificação dos indicadores fosse sem enviesamento, evitando a colocação do “chapéu das dimensões”.

A utilização de questionários em alternativa à utilização da TGN teve como consequência a aprovação de um número superior ao expectável de indicadores. Inicialmente, quando delineado o número de indicadores que deveriam compor o Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável aplicado à realidade local considerou-se que o número expectável deveria situar-se entre 15 a 20 indicadores.

Com a análise dos questionários recorrendo apenas à média das classificações atribuídas pelos especialistas verificou-se que o número de indicadores que apresentavam resultados satisfatórias tanto na pertinência como na exequibilidade eram 36. Todavia, conforme analisado no capítulo 9.3, para executar uma correta seleção de indicadores para um índice, apenas recorrer à análise das médias é insuficiente. Os autores Waltz, Stricland e Lenz (2005) referem ainda que é aconselhado para o correto desenvolvimento de um novo instrumento ou índice, demonstrar evidências que comprovem a validade dos indicadores selecionados. Assim, optou-se por utilizar uma metodologia complementar, o CVI. Os requisitos utilizados para esta metodologia foram exigentes uma vez que apenas procurávamos os indicadores com níveis de interpretação excelente, ou seja, com os critérios definidos na Tabela 9. Assim, após a conversão e

processamento de dados pelo CVI, verificou-se que o número de indicadores aprovados decresceu para 30. Os indicadores aprovados pelas médias mas não aptos pelo CVI são:

- Auto percepção do estado de saúde” – CVR de 0,67 e Score 12 na exequibilidade
- Criação de ambientes potenciadores de integração e participação – *Score* de 14 na pertinência e exequibilidade;
- Nível educacional - *Score* de 13 nos parâmetros de pertinência e exequibilidade;
- Participação política – CVR de 0,67 e *Score* de 14 na pertinência e exequibilidade;
- Representação idosa no município – *Score* de 12 na pertinência e exequibilidade;
- Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região – CVR de 0,67 e *Score* de 14 na pertinência e CVR de 0,67 e *Score* de 12 na Exequibilidade.

Com a análise das recomendações dos especialistas, provenientes das entrevistas, o número de indicadores final situou-se em 33, distribuídos pelos domínios da seguinte forma:

- Emprego 3;
- Participação Social 8;
- Vida Independente 17;
- Capacidades para o Envelhecimento 5;

Este valor é duas vezes o limite inferior ao número de indicadores inicialmente estipulado quando estruturado o trabalho. Na eventualidade da utilização da TGN, os especialistas teriam que definir uma ordem de importância de quais os indicadores a utilizar. Isto significava que da lista inicial de 56 indicadores, os especialistas apenas poderiam selecionar um número limitado de indicadores, ficando os não selecionados removidos. Posteriormente a essa etapa e com a procura de consenso entre os especialistas, o número de indicadores apenas tenderia a reduzir, o que significava que o número de indicadores selecionados recorrendo a esta técnica seria muito inferior. A utilização de questionários e o processo de aleatoriedade dos indicadores dificultaram a comparação direta entre os indicadores da mesma dimensão, não facilitando o processo de remoção de indicadores semelhantes por parte dos especialistas. Porém, com a realização da entrevista, foi possível efetuar correções, adaptações e acrescentar outros indicadores que associados às limitações existentes da TGN não teriam sido possíveis. Em suma, embora o número de indicadores tenha sido superior ao inicialmente delineado, os indicadores sofreram uma maior revisão, estando melhor adequados e preparados para serem utilizados. Contudo, para trabalhos futuros um novo processo de seleção deverá ser utilizado para melhor corrigir as falhas associadas ao número excessivo de indicadores.

Ainda sobre o número de indicadores aprovados, verificou-se que a proporção entre indicadores de percepção e indicadores acionáveis no índice construído está de acordo com as recomendações da literatura. Uma proporção de 2/3 devem ser acionáveis e os restantes 1/3 de

perceção. No índice construído verifica-se que 24 dos 33 indicadores são do tipo acionável (73%) sendo os restantes 8 indicadores de perceção (27%).

Qualquer processo de recolha de informação exige sempre um custo associado. O índice de envelhecimento proposto neste trabalho não é exceção. Existem 12 indicadores que têm de ser recolhidos diretamente, isto é, existe a necessidade de aplicar um questionário por parte do município para obter dados. Estes são indicadores de extrema importância uma vez que são essenciais para caracterizar situações como o nível de funcionalidade dos idosos, entre outros. Existem 21 indicadores que são obtidos através de outras fontes, sendo 15 recolhidos através de fontes internacionais e os restantes 6 de fontes nacionais. Salienta-se que a maioria destes indicadores apenas são recolhidos e publicados a cada dois anos.

A realização da metodologia de Delphi foi impossibilitada pelo número elevado de indicadores aprovados. Após a seleção dos indicadores pelos especialistas, era suposto dar-se início ao método de Delphi para atribuir ponderações às dimensões e aos respetivos indicadores. Houve assim necessidade de reformular o plano de trabalho recorrendo a uma Avaliação Heurística. Foi realizado um questionário com o intuito de explorar a opinião dos especialistas, relativamente aos 4 domínios com base nos indicadores que os compõem. Nesta etapa foi solicitado aos especialistas para distribuírem 100 pontos percentuais pelas 4 dimensões, sendo o critério utilizado para essa distribuição a análise dos indicadores que compõem cada uma das dimensões. Nesta etapa para atingir o consenso pretendido apenas foi necessário realizar duas rondas, para garantir a convergência dos resultados dentro dos valores espectáveis.

Relativamente à análise dos indicadores esta não foi possível realizar. O número elevado de indicadores aprovados e com agravante da sua distribuição desequilibrada pelas dimensões inviabilizou a realização desta etapa. Isto é, solicitar aos especialistas para distribuírem 100 pontos percentuais e definirem uma ordem de importância para os 17 indicadores que compõem a dimensão Vida Independente é irrealista e inoportuno. Esta é a principal justificação para a impossibilidade em realizar o método de Delphi. Assim, optou-se apenas por explorar a opinião dos especialistas sobre a ponderação das dimensões, sendo os indicadores que as compõem utilizados como critério para atribuição de uma maior ou menor ponderação/importância.

O resultado da atribuição das ponderações às dimensões demonstra que os especialistas têm uma opinião divergente das ideias preconizadas pelo AAI. Isto é, o AAI considera que as dimensões mais importantes são o Emprego e a Participação na sociedade tendo uma ponderação de 35 pontos percentuais cada. Os resultados encontrados neste estudo não corroboram essa informação, atribuindo uma menor importância à dimensão Emprego com apenas 10 pontos percentuais, seguida pela Capacidades para o envelhecimento com 25. A dimensão classificada como mais importante para os especialistas, foi a Vida independente seguida pela Participação social. Quando analisado a dimensão Vida Independente duas justificações podem fundamentar este resultado: a) esta dimensão comporta um maior número de indicadores e como tal terá que

ter um maior peso para ser distribuído por mais indicadores; b) o grupo de especialistas sendo elementos ligados a um departamento de saúde privilegiarem que esta faixa populacional deverá manter-se independente, saudável e segura o máximo tempo para um processo de Envelhecimento Ativo e Saudável com maior qualidade. Esta última justificação também poderá ser o motivo para os resultados na dimensão Participação Social.

Em suma, existe uma clara distinção de visões entre os resultados encontrados neste estudo e a classificação estipulada pelo AAI. Os especialistas contactados consideram que para um Envelhecimento Ativo e Saudável, deve privilegiar-se as noções de qualidade de vida, independência e segurança na realização das atividades quotidianas associados a uma participação ativa na sociedade, em detrimento da produção económica que o indivíduo possa fornecer ao município.

O instrumento proposto por este trabalho pretende ser uma ferramenta de apoio à tomada de decisão, uma vez que irá transmitir os resultados a 3 níveis: nível global, nível do domínio e ao nível do indicador. Embora o instrumento permita a comparação entre diferentes municípios, esta comparação não pretende estabelecer um *ranking* comparativo onde os resultados transmitidos sejam “forjados/modificados” com o intuito de melhor posicionar o município no respetivo *ranking*, mas sim de permitir o *benchmarking* das boas práticas associadas aos resultados obtidos.

Relativamente às limitações do estudo, destaca-se a necessidade de reestruturar o plano de trabalho pela impossibilidade de realizar as metodologias inicialmente planeadas. Salienta-se ainda as restrições temporais que não permitiram a aplicação do respetivo instrumento construído, principalmente associado às taxas de respostas e tempo necessário para o processo de *feedback* em ambas as metodologias utilizadas.

11. Conclusão

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios deste século nas sociedades desenvolvidas. Na atualidade já se sente e segundo as previsões da ONU para 2050, será ainda mais acentuado. Este envelhecimento irá causar uma mudança no paradigma de como observamos esta faixa etária, sendo de extrema importância o facto de Portugal ser um dos países na linha da frente relativamente a esta temática.

A conceção de um índice é uma mais-valia sendo esta uma ferramenta importante que permite rapidamente identificar situações que necessitam de maior intervenção.

O presente estudo contribuiu para a adaptação de um instrumento de sinalização e apoio à tomada de decisão ao nível local. Os indicadores debatidos e selecionados ao longo do estudo, poderão ser uma ferramenta importante para avaliar a qualidade do envelhecimento ao nível local.

Este instrumento tem a dupla função de poder realizar uma análise global rápida identificando lacunas nos diferentes municípios e ainda analisar de forma mais específica cada domínio e o indicador específico. Deve ainda ser realizada a leitura e comparação do que é feito em outros locais e até que ponto as ações/iniciativas dessas regiões potenciam os resultados dos indicadores. Esta observação é de extra importância uma vez que permite o *benchmarking* das boas práticas e assim melhorar a qualidade de vida dos idosos nas diferentes regiões e por consequência no país. Salienta-se ainda que é ao nível local que as matérias do envelhecimento devem ser trabalhadas. Os apoios ao nível central e o fomento de uma estratégia nacional são importantes para a difusão destes ideais, mas é ao nível local que se consegue atuar na população.

Com as rápidas alterações que as sociedades vivenciam é essencial que os próprios índices e indicadores não permaneçam estáticos. Este estudo verificou que alguns indicadores que constam no *AAI*, não foram considerados como pertinentes para serem aplicados à realidade local. Assim, é recomendável que este processo de recolha, análise e tratamento de indicadores deva ser realizado com alguma periodicidade para que estes acompanhem a evolução da sociedade.

Bibliografia

- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., ... Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In, *International Encyclopedia of Education*, Vol 3, 2nd, Ed. Oxford: Elsevier.
- Brooks, K. W. (1979). Delphi technique: Expanding applications. *North Central Association Quarterly*, 54 (3), 377-385.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cicchetti, D.V., & Sparrow, S. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Application to assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 127–137.
- Costa, A. S., da Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Regateiro, F., Elias, I., Porfírio, A., Miguel, J. P., Lopes, M., Oliveira, M., Festas, N., Ferreira, P. S. (2017). *°Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do grupo de trabalho interministerial*.
- Crossman, A. (2017). How To Construct an Index for Research. Retrieved from <https://www.thoughtco.com/index-for-research-3026543>
- Custer, R. L., Scarcella, J. A., & Stewart, B. R. (1999). The modified Delphi technique: A rotational modification. *Journal of Vocational and Technical Education*, 15 (2), 1-10.
- Cyphert, F. R., & Gant, W. L. (1971). The Delphi technique: A case study. *Phi Delta Kappan*, 52, 272-273.
- Dalkey, N. C. (1972). The Delphi method: An experimental study of group opinion. In N. C. Dalkey, D. L. Rourke, R. Lewis, & D. Snyder (Eds.). *Studies in the quality of life: Delphi and decision-making* (pp. 13-54). Lexington, MA: Lexington Books.
- Dalkey, N. C., & Rourke, D. L. (1972). Experimental assessment of Delphi procedures with group value judgments. In N. C. Dalkey, D. L. Rourke, R. Lewis, & D. Snyder (Eds.). *Studies in the quality of life: Delphi and decision-making* (pp. 55-83). Lexington, MA: Lexington books.
- Delbecq, A. L., Van de Ven, A. H., & Gustafson, D. H. (1975). *Group techniques for program planning*. Glenview, IL: Scott, Foresman, and Co.
- Deponti, C. M., Eckert, C., & Azambuja, J. L. B. (2002). Estratégia para Construção de Indicadores para Avaliação da Sustentabilidade e Monitoramento de Sistemas. *Rev. Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável*, 3, 44-52.
- Douglas, D. C. (1983). *A comparative study of the effectiveness of decision making processes which utilize the Delphi and leaderless group methodologies*. Unpublished doctoral dissertation, The Ohio State University, Columbus.
- Eckman, C. A. (1983). *Development of an instrument to evaluate intercollegiate athletic coaches: A modified Delphi study*. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, Morgantown.
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group. (2011). *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels.
- Eurostat. (2016). *Healthy life years*.
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd ed.). New York: John Wiley.
- Foa, R. & Tanner, J.C., (2012). "Methodology of the Indices of Social Development" ISD Working Paper Series 2012-04, International Institute of Social Studies of Erasmus University Rotterdam (ISS), The Hague.
- Gomes, M. L., Marcelino, M. M., & Espada, M. da G. (2000). *Proposta para um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável*. Lisboa: Direção Geral do Ambiente—Portugal.

- Green, P. J. (1982, March). *The content of a college-level outdoor leadership course*. Paper presented at the Conference of the Northwest District Association for the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance, Spokane, WA.
- Guimarães, R. P., & Feichas, S. A. Q. (2009). Desafios na construção de indicadores de sustentabilidade. *Ambiente & Sociedade*, 12, 307-323. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2009000200007>
- Hill, K. Q., & Fowles, J. (1975). The methodological worth of the Delphi forecasting technique. *Technological Forecasting and Social Change*, 7, 179-192.
- Hsu, Chia-Chien & Sandford, Brian A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 12(10). Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10>
- Jacobs, J. M. (1996). *Essential assessment criteria for physical education teacher education programs: A Delphi study*. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, Morgantown.
- Jones, H., & Twiss, B. C. (1978). *Forecasting technology for planning decision*. London, UK: Macmillan Press Ltd.
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Ludlow, J. (1975). Delphi inquiries and knowledge utilization. In H. A. Linstone, & M. Turoff (Eds.). *The Delphi method: Techniques and applications* (pp. 102-123). Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Ludwig, B. (1997). Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology? *Journal of Extension*, 35 (5), 1-4
- Ludwig, B. G. (1994). “*Internationalizing Extension: An exploration of the characteristics evident in a state university Extension system that achieves internationalization*”. Unpublished doctoral dissertation, The Ohio State University, Columbus
- Marzall, K. (1999). Indicadores de Sustentabilidade para Agroecossistemas. MsC. Thesis, Porto Alegre: Federal University of Rio Grande do Sul.
- Meadows, D. (1998). Indicators and Information Systems for Sustainable Development. Hartland/VT: Sustainability Institute.
- Miller, L. E. (2006, October). *Determining what could/should be: The Delphi technique and its application*. Paper presented at the meeting of the 2006 annual meeting of the Mid-Western Educational Research Association, Columbus, Ohio.
- Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, S. e S. N., Ministério da Saúde, União da Misericórdias Portuguesas, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, & União das Mutualidades Portuguesas. (2017). Compromisso de cooperação para o sector social e solidário: Protocolo para o biênio 2017-2018. Lisboa.
- Perek-Białas, J. (2016). ‘Active Ageing Index at the local level as a tool for better designed age-related policies: Discussion Paper’. In European Commission Peer Review. Brussels: European Commission.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). “*Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations*”. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- PORDATA. (2016). Retrato de Portugal. Edição 2016. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa.
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Serafim, F. (2007). Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve.
- Sidorenko A. Zaidi A. (2013). Active ageing in CIS countries: Semantics, challenges and responses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1. doi:10.1155/2013/261819

- Silva, M. G., Cândido, G. A., & Martins, M. F. (2009). “*Método de construção do Índice de Desenvolvimento Local Sustentável: Uma proposta metodológica e aplicada*”. *Revista Brasileira de Produtos Agroindustriais*, Campina Grande, 11, 55-72.
- Turoff, M., & Hiltz, S. R. (1996). Computer based Delphi process. In M. Adler, & E. Ziglio (Eds.). *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health* (pp. 56-88). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Ulschak, F. L. (1983). *Human resource development: The theory and practice of need assessment*. Reston, VA: Reston Publishing Company, Inc
- United Nations. (2015). Sustainable Development Goals.
- Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES. (2012). Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015. ontevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., & Lenz, E.R. (2005). “*Measurement in nursing and health research*” (3rd ed.) New York: Springer.
- Watkins, R., Meiers, M. W., & Visser, Y. (2012). A Guide to Assessing Needs: Essential Tools for Collecting Information, Making Decisions, and Achieving Development Results (pp. 166–170). World Bank Publications.
- Weaver, W. T. (1971). The Delphi forecasting method. *Phi Delta Kappan*, 52 (5), 267-273.
- Weiss-Gal, I. (2008). The Person-in-Environment Approach: Professional Ideology and Practice of Social Workers in Israel. *Social Work*, vol 53(1), 65-75.
- Witkin, B. R., & Altschuld, J. W. (1995). *Planning and conducting needs assessment: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- World Health Organization. (1997). Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life, 13. <http://doi.org/10.5.12>
- World Health Organization. (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva.
- World Health Organization. (2014). “Ageing well” must be a global priority.
- World Health Organization. (2015a). Age-friendly world.
- World Health Organization. (2015b). Ageing.
- World Health Organization. (2015c). World report on ageing and health (Vol. 1).
- Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review. New York.
- Zia, A., Kamaruzzaman, S., & Tan, M. (2015). Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk. *Postgraduate Medicine*, 127(3), 330–7. <http://doi.org/10.1080/00325481.2014.996112>

Apêndices

Apêndice I – Lista de Indicadores distribuídos pelos respetivos domínios

Indicadores Emprego – Contribuição em atividades remuneradas					
Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Dados disponíveis	Tipo de Indicador	Fonte Original
Taxa de emprego 55-64	Captar as atividades remuneradas nas fases finais da carreira	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)	European Union (EU) Labour Force Survey (EU-LFS)	Acionável	Active Ageing Index
Taxa de emprego 65-74	Captar as atividades remuneradas nas fases finais da carreira	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)	European Union (EU) Labour Force Survey (EU-LFS)	Acionável	Active Ageing Index
Perceção da autorrealização laboral	Perceção da importância da atividade laboral dos indivíduos com 55+ anos	Considera que a atividade laboral que exerce é importante para si	-	Perceção	Proposto pelo Investigador
Perceção dos rendimentos	Perceção da adequação dos rendimentos financeiros dos indivíduos com 55+ anos	Considera que os seus rendimentos financeiros são adequados às suas necessidades	-	Perceção	Proposto pelo Investigador
Taxa de pensionistas	Captar a relação entre os pensionistas por reforma e os trabalhadores	Pensionistas por reforma / população em trabalhos remunerados	-	Acionável	Alternatives Indicators of Population Ageing: an Inventory
Taxa de não trabalhadores	Captar a relação entre os não trabalhadores e os trabalhadores	Não trabalhadores / Trabalhadores remunerados para 1+ horas por semana	-	Acionável	Alternatives Indicators of Population Ageing: an Inventory
Taxa de não trabalhadores dependentes por idade	Captar a relação entre população com 60+ anos que não trabalha e os trabalhadores a tempo inteiro	Não trabalhadores idade 60+ / trabalhadores a tempo inteiro	-	Acionável	Alternatives Indicators of Population Ageing: an Inventory

Indicadores Participação Social – Contribuição em Atividades não remuneradas					
Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Dados Disponíveis	Tipo de Indicador	Fonte Original
Atividades de voluntariado	Percentagem de população com 55+ anos que realiza atividades voluntárias através de organizações	Na seguinte lista de organizações voluntárias identifique quantas vezes realizou atividades voluntárias	European Quality of Life Survey	Acionável	Active Ageing Index
Perceção das atividades voluntárias	Perceção das atividades voluntárias realizadas pelos indivíduos com 55+ anos	Sinto-me realizado com a participação em atividades de voluntariado	-	Perceção	Proposto pelo Investigador
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Captar as atividades de prestação de cuidados a membros da família filhos e netos	Percentagem de população com 55+ anos que cuidou dos netos pelo menos 1 vez por semana	European Quality of Life Survey	Acionável	Active Ageing Index
Perceção cuidar da família	Captar as perceções dos indivíduos com 55+ anos que auxilia a família	Considero que presto um auxílio importante para os meus filhos e netos	-	Perceção	Proposto pelo Investigador
Cuidar de outros adultos	Captar as atividades de prestação de cuidados noutros adultos ou a familiares com deficiência	Percentagem de população com 55+ anos que cuida de outros adultos	European Quality of Life Survey	Acionável	Active Ageing Index

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão /Fórmula / Cálculo	Dados Disponíveis	Tipo de Indicador	Fonte Original
Perceção cuidar de outros adultos	Captar as perceções dos indivíduos com 55+ anos que presta auxílio à comunidade (amigos)	Considero que sou útil para esta comunidade (amigos, vizinhos)	-	Perceção	Proposto pelo Investigador
Perceção cuidar de outros adultos	Captar as perceções dos indivíduos com 55+ anos que presta auxílio à comunidade (amigos)	Considero que sou útil para esta comunidade (amigos, vizinhos)	-	Perceção	Proposto pelo Investigador
Participação política	Captar a participação da população com 55+ anos em atividades políticas e a sua capacidade de influenciar a tomada de decisão política	Nos últimos 12 meses: a)Participou em alguma reunião de um sindicato, partido político, grupo de ação política? B) Algum protesto; C) Assinou alguma petição, incluindo por <i>e-mail</i> ou <i>online</i> ?; D) Contactou algum político ou oficial público (sem contar com as rotinas oriundas da utilização normal dos serviços públicos)	<i>European Quality of Life Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Câmara Municipal com representação idosa	Captar a perceção da população com 55+ anos na capacidade de influenciar a tomada de decisão na estrutura municipal	Sente que as suas necessidades são escutadas pela Câmara Municipal	-	Perceção	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Representação idosa no município	Captar a existência de um gabinete para a resolução de problemáticas associadas ao envelhecimento	Existência de um órgão próprio na estrutura municipal sobre as temáticas do envelhecimento	-	Acionável	Proposto pelo Investigador
Banco de voluntários	Captar o número de pessoas com 55+ anos que estão inscritos em atividades voluntárias	Número de indivíduos com 55+ anos que estão inscritos em instituições que realizam atividades de voluntariado	-	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Participação eleitoral	Dados das últimas eleições autárquicas sobre a participação de indivíduos com 55+ anos	Porcentagem de população com 55+ anos que participou nas últimas eleições autárquicas	Comissão Nacional de Eleições	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>

Indicadores Vida Independente – Viver de forma independente, saudável e segura

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Dados Disponível	Tipo de Indicador	Fonte Original
Necessidades de Saúde	O indicador visa avaliar o acesso aos cuidados de saúde	Porcentagem de indivíduos com 55+ anos que não relataram qualquer necessidade insatisfeita de exames ou tratamento médico e odontológico durante os últimos 12 meses anteriores à pesquisa	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Ambientes físicos seguros	Captar a adoção das boas práticas de acessibilidade e segurança propostas para a criação de edifícios, cidades e ambientes amigos das pessoas idosas;	Respondida por um painel de especialistas	-	Perceção	Estratégia Nacional de Envelhecimento ativo e saudável
Perceção da acessibilidade	Captar a perceção da acessibilidade aos edifícios públicos em indivíduos com 55+ anos	Na seguinte lista de edifícios classifique-os consoante a sua acessibilidade	-	Perceção	Proposto pelo Investigador

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Dados Disponível	Tipo de Indicador	Fonte Original
Transporte sénior	Acesso aos transportes públicos para pessoas com 55+ anos	Número de passes sénior	-	Acionável	<i>Age Watch Report</i>
Perceção de transportes públicos	Captar a perceção da rede de transportes públicos em indivíduos com 55+ anos	Considero que o número de transportes públicos existentes no município é adequado	-	Perceção	Proposto pelo Indicador
Vida Independente	Captar a perceção da autonomia na tomada de decisão sobre a própria vida em indivíduos com 55+ anos	Tomo decisões autónomas sobre o meu quotidiano (gestão dinheiro, atividades diárias, etc.)	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Atividades de vida diárias Instrumentais	Captar o nível de desempenho dos indivíduos com 55+ anos na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)	Com recurso à Escala de Lawton e Brody (Telefone, Compras, Refeições, Domésticas, Roupas, Transporte, Medicação, Assuntos financeiros)	-	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
Mobilidade 1 – Desempenho posição de pé	Nível de desempenho na posição de pé	Quanta dificuldade teve em ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	-	Perceção	<i>World Health Organization Disability Assessment 2.0</i>
Mobilidade 2 – Risco de quedas	Número de indivíduos com 55+ que apresenta risco de quedas	Com recurso à escala de Eficácia de nas quedas	-	Acionável	Portal da Transparência - Indicadores da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
Taxa de suicídio	Suicídio de Indivíduos com 55+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	Sociedade Portuguesa de Suicídio	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
Mortes sozinhas	Ocorrência de mortes sozinhas em indivíduos com 55+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	Polícia de Segurança Pública	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
Número de acamados	Pretende identificar o número de acamados	Nas instituições que prestam apoio qual é o número de indivíduos que estão acamados	-	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
Taxa real de dependência idosa	Captar a dependência real da população com esperança média de vida de 15- anos	População com esperança média de vida de 15- anos / População remunerada	-	Acionável	<i>Alternative Indicators of Population Ageing: An Inventory</i>
Taxa de anos sem deficiência aos 65	Captar os anos sem deficiência aos 65 anos)	Esperança de vida ativa aos 65 / Esperança de vida total aos 65	-	Acionável	<i>Alternative Indicators of Population Ageing: An Inventory</i>
Taxa de dependência da idade Saudável	Captar a relação entre o número de indivíduos saudáveis em idade não ativa com os de idade ativa	Número de indivíduos 65+ saudável / Número de indivíduos entre 15-64 saudável	-	Acionável	<i>Alternative Indicators of Population Ageing: An Inventory</i>
Aprendizagem para a vida	Avaliar a forma como os indivíduos com idades entre 55 e 74 adquirem conhecimentos, habilidades e atitudes que são fundamentais numa sociedade de conhecimento	Percentagem de pessoas entre 55 e 74 anos que receberam treino/formação nas últimas 4 semanas	<i>EU Labour Force Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Atividade Física	Captar os hábitos de vida saudável em indivíduos com 55+ anos	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que pratica atividade física ou desporto	<i>European Quality of Life Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Dados Disponível	Tipo de Indicador	Fonte Original
Segurança à noite para caminhar	Captar a percentagem de indivíduos com 55+ anos que se sentem seguros para realizar caminhadas sozinho durante a noite	Sente-se seguro para realizar caminhadas sozinho à noite na cidade ou na área onde habita	<i>Global Age Watch</i>	Perceção	<i>Global Age Watch</i>
Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo	Comparar os rendimentos dos indivíduos com 65+ anos com os indivíduos com 65- anos	Somatório dos rendimentos do agregado familiar	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Segurança Financeira - Risco de Pobreza	Os rendimentos tem impacto significativo na saúde e bem-estar das pessoas, afetando o acesso a bens e serviços básicos e a possibilidade de viver de forma independente	Percentagem de indivíduos com 65+ anos que não estão em risco de pobreza	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Segurança Financeira - Privação de material severa	Privação de material severa refere-se à incapacidade de adquirir 4 dos 9 itens descritos	Percentagem de pessoas com 65+ anos que não se encontram em privação de material severa	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Acesso às telecomunicações	Captar o acesso dos indivíduos com 65+ anos às telecomunicações	Percentagem de indivíduos com 65+ anos que têm acesso às telecomunicações	-	Perceção	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Utentes com registo de quedas com alterações da mobilidade por região	Número de indivíduos com 65+ que registaram quedas e alterações da mobilidade	Casos ocorridos nos últimos 12 meses		Acionável	Portal da Transparência - Indicadores da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
Utentes com registo de quedas sem alterações da mobilidade por região	Número de indivíduos com 65+ que registaram quedas e não registaram alterações da mobilidade	Casos ocorridos nos últimos 12 meses		Acionável	Portal da Transparência - Indicadores da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
Taxa de cobertura vacinal contra a gripe	Número de indivíduos com 65+ anos que estão vacinados contra a gripe	Número de indivíduos com 65+ anos vacinados contra a gripe / número de indivíduos com 65+ anos não vacinados contra a gripe	HFA/DGS	Acionável	Estratégia nacional de saúde - Portugal 2020
Serviços municipais para apoio aos Idosos	Analisar quais os serviços gerontológicos existentes no município que prestam apoio à população idosa	Número de serviços gerontológicos disponibilizados pelo município	-	Acionável	Estratégia nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável
Taxa de Criminalidade	Número de crimes registados pela polícia no município em indivíduos com 65+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	PORDATA	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Perceção segurança	Avaliar a perceção dos indivíduos com 55+ anos sobre a segurança no seu local de residência	Número de visitas realizadas pela PSP ao domicílio	-	Perceção	Estratégia nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável
Taxa de potencial suporte (amigos e família)	Número de familiares ou amigos que os indivíduos com 65+ anos podem contactar em caso de emergência	Em caso de emergência com quantos amigos ou familiares pode contactar	-	Perceção	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	Incentivar a adesão das autarquias e freguesias aos princípios das cidades e vilas amigas das pessoas idosas e dos cidadãos com mobilidade reduzida.	Número de atividades sénior realizadas pelo município	-	Perceção	Estratégia nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável

Indicadores Capacidades para o Envelhecimento – Oportunidades para otimizar o bem-estar e a qualidade de vida					
Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Dados Disponíveis	Tipo de Indicador	Fonte Original
Utilização de tecnologias de informação e comunicação	O indicador pretende avaliar o número de indivíduos com idades entre 55-74 que utilizam internet pelo menos 1 vez por semana	Em média quantas vezes utilizou internet nos últimos 3 meses	<i>Eurostat, ICT Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Contactos sociais – Familiares e amigos	Avaliar o número de contactos tidos fora de casa em indivíduos com 55+ anos	Regularidade com que se costuma encontrar socialmente com amigos, familiares ou colegas	<i>European Social Survey</i>	Perceção	<i>Active Ageing Index</i>
Contactos sociais – Desconhecidos	Avaliar a dificuldade que os indivíduos com 55+ anos têm em lidar com pessoas que não conhece	Grau de dificuldade em lidar com indivíduos que não conhece	-	Perceção	<i>World Health Organization Disability Assessment 2.0</i>
Nível educacional	Avaliar o nível educacional dos indivíduos com 55 a 74 anos	Percentagem de indivíduos entre 55 e 74 anos com nível educacional secundário ou superior	<i>EU Labour Force Survey (EU-LFS)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Bem-estar mental	Avaliar a saúde mental dos indivíduos com 55+ anos	5 Questões: a) Sinto-me alegre e num bom estado de espírito; b) Sinto-me calmo e relaxado; c) Sinto-me ativo e energético; d) Quando acordo sinto-me fresco e descansado; e) A minha rotina diária é cheia de atividades que me interessam	<i>European Quality of Life Survey (EQLS)</i>	Perceção	<i>Active Ageing Index</i>
Auto perceção do estado de saúde	Percentagem de indivíduos com 65+ anos, segundo a perceção sobre o estado de saúde	3 Classificações possíveis Mau ou muito Mau Razoável Bom ou muito bom	INE/ICOR	Perceção	Estratégia Nacional de Saúde – Portugal 2020
Taxa de ocupação dos serviços gerontológicos	Taxa de ocupação por região e tipologia de serviço	Taxa de cobertura de serviços apoio à dependência/incapacidades (SAD e lares) e outros serviços gerontológicos	-	Acionável	Portal da Transparência - Indicadores da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
Alívio do cuidador	Utentes admitidos em ULDM para descanso do cuidador por região	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	-	Acionável	Portal da Transparência - Indicadores da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
Taxa de mortalidade precoce nos idosos	Número de indivíduos com +55 anos que faleceram antes dos 70 anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	-	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>

Apêndice II – Descrição dos especialistas

Nome	Idade	Área de formação académica	Notas/Extras
	39	Doutoramento em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa	ENEAS relatora, Direção Geral da Saúde
	53	Mestrado em Gestão Autárquica na Universidade da Beira Interior	ENEAS, Direção-Geral das Autarquias Locais
	51	Licenciatura em Gestão Empresarial pela Universidade de Évora	ENEAS, Associação Nacional de Municípios Portugueses
	70	Licenciatura em Ciências empresariais especialização em Gestão de recursos Humanos, Mestre em Ciências Políticas e de Administração	ENEAS, Cooperativa António Sérgio para Economia Social
	65	Professor Catedrático na Faculdade de Medicina de Coimbra; Competências em gestão de serviços de saúde pela ordem dos médicos	ENEAS, Coordenação Nacional dos Cuidados de Saúde Hospitalares
	61	Licenciatura em Direito pela Universidade Clássica de Lisboa	ENEAS, Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
	50	Assistente Técnica	ENEAS, Associação Nacional de Freguesias
	70	Professor Catedrático de Medicina preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Lisboa	ENEAS, (Coordenador), Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
	68	Professor Catedrático convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa	Fundador e coordenador do Grupo de investigação e Tratamento do doente Idoso
	-	Doutoramento em Ciências de Enfermagem	ENEAS, Coordenação Nacional dos Cuidados Continuados Integrados
	54	Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária	ENEAS, Coordenação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários
	-	Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade de Coimbra	ENEAS, Instituto da Segurança Social,
	54	Licenciatura em Direito pela Universidade Lusíada	ENEAS, Direção-Geral da Segurança Social
	52	Ensino Superior	Pelouros do planeamento e ordenamento urbano, Segurança e proteção civil, Serviços urbanos e mobilidade
	49	Licenciatura em Filosofia, Mestrado em Administração e Planificação da Educação	Pelouro da Habitação e coesão social e Pelouro da educação

Apêndice III – Convite Participação dissertação de Mestrado**Convite participação estudo Dissertação Mestrado**

Exmo. (a) Sr. (a) _____

No âmbito do trabalho de Dissertação do Mestrado em Administração e Gestão Pública do Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, encontro-me a realizar um estudo cujo objetivo principal é construir um Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local. Este estudo é realizado sob a orientação científica da Doutora Marlene Paula Castro Amorim, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro e coorientação do Doutor José Joaquim Marques Alvarelhão, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Venho convidá-lo a colaborar na realização do presente estudo, onde necessito da sua opinião especializada sobre os indicadores propostos para o referido índice. Para isso serão utilizados dois métodos para recolha e sistematização da informação:

- a) Questionário para classificação da pertinência e exequibilidade dos indicadores propostos;
- b) Entrevista semiestruturada;

Esta intervenção terá uma duração aproximada de 50 minutos, podendo ser realizada em local a definir ou via Skype. Ciente da dificuldade de gestão de agenda que este assunto possa causar, gostaria de o poder contactar nos próximos dez dias.

Para um melhor esclarecimento do estudo, seguem os meus contactos.

Antecipadamente grato

Com os melhores cumprimentos

Nuno Monteiro

Telemóvel: 913532715

E-mail: nmr Monteiro@ua.pt

Skype: Nuno Monteiro

Inquérito classificação dos Indicadores

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Envelhecimento Ativo e Saudável é o caminho apontado para melhorar a qualidade de vida dos Idosos. Assim, ao nível local (conselho) quais são os indicadores que considera essenciais monitorizar? Na seguinte lista de indicadores classifique-os entre 1 a 5 (1-nenhuma e 5-muita) consoante a sua pertinência e exequibilidade, caso considere que o indicador não se aplica assinala com um (x) na respetiva coluna.

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Pertinência	Exequibilidade	Não Aplicável
Acesso às telecomunicações	Captar o acesso dos indivíduos com 65+ anos às telecomunicações	Percentagem de indivíduos com 65+ anos que têm acesso às telecomunicações			
Alívio do cuidador	Utentes admitidos em ULDM para descanso do cuidador por região	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Ambientes físicos acessíveis e seguros	Captar a adoção das boas práticas de acessibilidade e segurança propostas para a criação de edifícios, cidades e ambientes amigos das pessoas idosas	Respondida por um painel de especialistas			
Aprendizagem para a vida	Avaliar a forma como os indivíduos com idades entre 55 e 74 adquirem conhecimentos e habilidades	Percentagem de pessoas entre 55 e 74 anos que receberam treino/formação nas últimas 4 semanas			
Atividade Física	Captar os hábitos de vida saudável em indivíduos com 55+ anos	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que pratica atividade física ou desporto			
Atividades de vida Diárias	Captar o nível de desempenho dos indivíduos com 55+ anos na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)	Com recurso à Escala de <i>Lawton e Brody</i> (Telefone, Compras, Refeições, Domésticas, Roupas, Transporte, Medicação, Assuntos financeiros)			
Atividades de voluntariado	Percentagem de população com 55+ anos que realiza atividades voluntárias através de organizações	Na seguinte lista de organizações voluntárias identifique quantas vezes realizou atividades voluntárias			
Auto perceção do estado de saúde	Percentagem de indivíduos com 65+ anos, segundo a perceção sobre o estado de saúde	3 Classificações possíveis Mau ou muito Mau ou Mau Razoável Bom ou Muito Bom			
Banco de voluntários	Captar o número de indivíduos com 55+ anos que estão inscritos em atividades voluntárias	Número de indivíduos com 55+ anos que estão inscritos em instituições que realizam atividades de voluntariado			
Bem-estar mental	Avaliar a saúde mental dos indivíduos com 55+ anos	5 Questões: a) Sinto-me alegre e num bom estado de espírito; b) Sinto-me calmo e relaxado; c) Sinto-me ativo e energético; d) Quando acordo sinto-me fresco e descansado; e) A minha rotina diária é cheia de atividades que me interessam			
Câmara Municipal com representação idosa	Captar a perceção da população com 55+ anos na capacidade de influenciar a tomada de decisão na estrutura municipal	Sente que as suas necessidades são escutadas pela Câmara Municipal			
Contactos sociais – Familiares e amigos	Avaliar o número de contactos tidos fora de casa em indivíduos com 55+ anos	Regularidade com que se costuma encontrar socialmente com amigos, familiares ou colegas			

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Pertinência	Exequibilidade	Não Aplicável
Contactos social – Desconhecidos	Avaliar a dificuldade que os indivíduos com 55+ anos têm em lidar com pessoas que não conhecem	Grau de dificuldade em lidar com indivíduos que não conhece			
Criação de ambientes potenciadores de integração e participação	Incentivar a adesão das autarquias e freguesias aos princípios das cidades e vilas amigas das pessoas idosas e dos cidadãos com mobilidade reduzida.	Número de atividades sénior realizadas pelo município			
Cuidar de outros adultos	Captar as atividades de prestação de cuidados noutros adultos ou a familiares com deficiência	Percentagem de população com 55+ anos que cuida de outros adultos			
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Captar as atividades de prestação de cuidados a membros da família filhos e netos	Percentagem de população com 55+ anos que cuidou dos netos pelo menos 1 vez por semana			
Mobilidade 1 – Desempenho posição de pé	Nível de desempenho na posição de pé	Quanta dificuldade teve em ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?			
Mobilidade 2 - Risco de quedas	Número de indivíduos com 55+ que apresenta risco de quedas	Com recurso à escala de Eficácia nas Quedas			
Mortes sozinhas	Ocorrência de mortes sozinhas em indivíduos com 55+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Necessidades de Saúde	O indicador visa avaliar o acesso aos cuidados de saúde	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que não relataram qualquer necessidade insatisfeita de exames ou tratamento médico e odontológico durante os últimos 12 meses anteriores à pesquisa			
Nível educacional	Avaliar o nível educacional dos indivíduos com 55 a 74 anos	Percentagem de indivíduos entre 55 e 74 anos com nível educacional secundário ou superior			
Número de acamados	Pretende identificar o número de acamados	Nas instituições que prestam apoio qual é o número de indivíduos que estão acamados			
Participação eleitoral	Dados das últimas eleições autárquicas sobre a participação de indivíduos com 55+ anos	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que participou nas últimas eleições autárquicas			
Participação política	Captar a participação da população com 55+ anos em atividades políticas e a sua capacidade de influenciar a tomada de decisão política	Nos últimos 12 meses: a) Participou em alguma reunião de um sindicato, partido político, grupo de ação política? B) Algum protesto; C) Assinou alguma petição, incluindo por e-mail ou online?; D) Contactou algum político ou oficial público (sem contar com as rotinas oriundas da utilização normal dos serviços públicos)			
Perceção cuidar da família	Captar as perceções dos indivíduos com 55+ anos que auxilia a família	Considero que presto um auxílio importante para os meus filhos e netos			
Perceção cuidar de outros adultos	Captar as perceções dos indivíduos com 55+ anos que presta auxílio à comunidade (amigos)	Considero que sou útil para esta comunidade (amigos, vizinhos)			
Perceção da acessibilidade	Captar a perceção da acessibilidade aos edifícios públicos em indivíduos com 55+ anos	Na seguinte lista de edifícios classifique-os consoante a sua acessibilidade			
Perceção da autorrealização laboral	Perceção da importância da atividade laboral dos indivíduos com 55+ anos	Considera que a atividade laboral que exerce é importante para si			
Perceção das atividades voluntárias	Perceção das atividades voluntárias realizadas pelos indivíduos com 55+ anos	Sinto-me realizado com a participação em atividades de voluntariado			

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Pertinência	Exequibilidade	Não Aplicável
Perceção de transportes públicos	Captar a perceção da rede de transportes públicos em indivíduos com 55+ anos	Considero que o número de transportes públicos existentes no município é adequado			
Perceção dos rendimentos	Perceção da adequação dos rendimentos financeiros dos indivíduos com 55+ anos	Considera que os seus rendimentos financeiros são adequados às suas necessidades			
Perceção segurança	Captar a perceção dos indivíduos com 55+ anos sobre a segurança no seu local de residência	Número de visitas realizadas pela PSP ao domicílio			
Representação idosa no município	Captar a existência de um gabinete para a resolução de problemáticas associadas ao envelhecimento	Existência de um órgão próprio na estrutura municipal sobre as temáticas do envelhecimento			
Segurança à noite para caminhar	Captar a percentagem de indivíduos com 55+ anos que se sentem seguros para realizar caminhadas sozinho durante a noite	Sente-se seguro para realizar caminhadas sozinho à noite na cidade ou na área onde habita			
Segurança Financeira - Privação de material severa	Privação de material severa refere-se à incapacidade de adquirir 4 dos 9 itens descritos	Percentagem de pessoas com 65+ anos que não se encontram em privação de material severa			
Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo	Comparar os rendimentos dos indivíduos com 65+ anos com os indivíduos com 65- anos	Somatório dos rendimentos do agregado familiar			
Segurança Financeira - Risco de Pobreza	Os rendimentos tem impacto significativo na saúde e bem-estar das pessoas, afetando o acesso a bens e serviços básicos e a possibilidade de viver de forma independente	Percentagem de indivíduos com 65+ anos que não estão em risco de pobreza			
Serviços municipais para apoio aos Idosos	Analisar quais os serviços gerontológicos existentes no município que prestam apoio à população idosa	Número de serviços gerontológicos disponibilizados pelo município			
Taxa de anos sem deficiência aos 65	Captar os anos sem deficiência aos 65 anos	Esperança de vida ativa aos 65 / Esperança de vida total aos 65			
Taxa de cobertura vacinal contra a gripe	Número de indivíduos com 65+ anos que estão vacinados contra a gripe	Número de indivíduos com 65+ anos vacinados contra a gripe / número de indivíduos com 65+ anos não vacinados contra a gripe			
Taxa de Criminalidade	Número de crimes registados pela polícia no município em indivíduos com 65+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Taxa de dependência da idade Saudável	Captar a relação entre o número de indivíduos saudáveis em idade não ativa com os de idade ativa	Número de indivíduos 65+ saudável / Número de indivíduos entre 15-64 saudável			
Taxa de emprego 55-64	Captar as atividades remuneradas nas fases finais da carreira	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)			
Taxa de emprego 65-74	Captar as atividades remuneradas nas fases finais da carreira	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)			
Taxa de mortalidade precoce nos idosos	Número de indivíduos com +55 anos que faleceram antes dos 70 anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Taxa de não trabalhadores	Captar a relação entre os não trabalhadores e os trabalhadores	Não trabalhadores / Trabalhadores remunerados para 1+ horas por semana			
Taxa de não trabalhadores dependentes por idade	Captar a relação entre população com 60+ anos que não trabalha e os trabalhadores a tempo inteiro	Não trabalhadores idade 60+ / trabalhadores a tempo inteiro			

Nome do Indicador	O que pretende medir	Questão / Fórmula / Cálculo	Pertinência	Exequibilidade	Não Aplicável
Taxa de ocupação dos serviços gerontológicos	Taxa de ocupação por região e tipologia de serviço	Taxa de cobertura de serviços apoio à dependência/incapacidades (SAD e lares) e outros serviços gerontológicos			
Taxa de pensionistas	Captar a relação entre os pensionistas por reforma e os trabalhadores	Pensionistas por reforma / população em trabalhos remunerados			
Taxa de potencial suporte (amigos e família)	Número de familiares ou amigos que os indivíduos com 65+ anos podem contactar em caso de emergência	Em caso de emergência com quantos amigos ou familiares pode contactar			
Taxa de suicídio	Suicídio de Indivíduos com 55+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Taxa real de dependência idosa	Captar a dependência real da população com esperança média de vida de 15 - anos	População com esperança média de vida de 15 - anos / População remunerada			
Transporte sénior	Acesso aos transportes públicos para indivíduos com 55+ anos	Número de passes sénior			
Utentes com registo de quedas e com alterações da mobilidade por região	Número de indivíduos com 65+ que registaram quedas e alterações da mobilidade	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Utentes com registo de quedas sem alterações da mobilidade por região	Número de indivíduos com 65+ que registaram quedas e não registaram alterações da mobilidade	Casos ocorridos nos últimos 12 meses			
Utilização de tecnologias de informação e comunicação	Avaliar o número de indivíduos com idades entre 55-74 que utilizam internet pelo menos 1 vez por semana	Em média quantas vezes utilizou internet nos últimos 3 meses			
Vida Independente	Captar a perceção da autonomia na tomada de decisão sobre a própria vida em indivíduos com 55+ anos	Tomo decisões autónomas sobre o meu quotidiano (gestão dinheiro, atividades diárias, etc.)			

Apêndice IV – Lista final de indicadores após revisão com os especialistas

Indicadores Emprego – Contribuição em atividades remuneradas					
Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Perceção da autorrealização laboral	Proporção de indivíduos com 55+ anos que considera importante a atividade laboral que exerce	Considera que a atividade laboral que exerce é importante para si (Sim/Não)	Recolher através de questionário	Perceção	Proposta do Mestrando
Taxa de emprego 55-64	Proporção de indivíduos entre 55 e 64 que realizam atividades remuneradas	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)	<i>European Union (EU) Labour Force Survey (EU-LFS)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Taxa de emprego 65-74	Proporção de indivíduos entre 65 e 74 que realizam atividades remuneradas	Realizou alguma atividade remunerada na última semana. (Sim/Não)	<i>European Union (EU) Labour Force Survey (EU-LFS)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>

Indicadores Participação Social – Contribuição em Atividades não remuneradas					
Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Atividades de voluntariado	Proporção de indivíduos com 55+ anos que realiza atividades voluntárias através de organizações	Na seguinte lista de organizações voluntárias identifique quantas vezes realizou atividades voluntárias. (todas as semanas; todos os meses, raramente; nunca)	<i>European Quality of Life Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Banco de voluntários	Proporção de indivíduos com 55+ anos que estão inscritos em atividades voluntárias	Está inscrito em alguma instituição que realiza atividades voluntárias? (Sim/Não)	Recolher através de questionário	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Cuidar de outros adultos	Proporção de indivíduos com 55+ anos que presta cuidado noutros adultos ou a familiares com deficiência	Na última semana quantas vezes cuidou de outros adultos? (todos os dias, várias dias por semana; uma ou duas vezes por semana; nunca)	<i>European Quality of Life Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Cuidar filhos, netos, bisnetos	Proporção de indivíduos com 55+ anos que presta cuidados a membros da família filhos e netos	Na última semana quantas vezes cuidou dos filhos e/ou netos? (todos os dias; várias dias por semana; uma ou duas vezes por semana; nunca)	<i>European Quality of Life Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Participação eleitoral	Proporção de indivíduos com 55+ anos que participou nas últimas eleições autárquicas	Número de indivíduos com 55+ anos que participou nas últimas eleições autárquicas	Comissão Nacional de Eleições	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Perceção cuidar da família	Proporção de indivíduos com 55+ anos que considera importante o apoio que fornece à família	Considero que presto um auxílio importante para os meus filhos e netos (Sim/Não)	Recolher através de questionário	Perceção	Proposta do Mestrando

Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Perceção cuidar de outros adultos	Proporção de indivíduos com 55+ anos que considera importante o apoio que fornece à comunidade	Considero que sou útil para esta comunidade (amigos, vizinhos) (Sim/Não)	Recolher através de questionário	Perceção	Proposta do Mestrando
Perceção das atividades voluntárias	Proporção de indivíduos com 55+ anos que se sente realizado com atividades voluntárias	Sinto-me realizado com a participação em atividades de voluntariado (Sim/Não)	Recolher através de questionário	Perceção	Proposta do Mestrando

Indicadores Vida Independente – Viver de forma independente, saudável e segura					
Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Aprendizagem para a vida	Percentagem de indivíduos entre 55 e 74 anos que receberam treino/formação nas últimas 4 semanas	Nas últimas quatro semanas participou em algum curso, seminário, conferência ou recebeu aulas privadas, relacionadas ou não com o sistema regular de educação. (Sim/Não)	<i>EU Labour Force Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Atividade Física	Proporção de indivíduos com 55+ anos que pratica atividade física ou desporto	Com que regularidade costuma praticar atividade física ou desporto? (Todos os dias ou quase todos os dias; Pelo menos uma vez por semana, uma a três vezes por mês, raramente)	<i>European Quality of Life Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Atividades de vida diária Básicas	Nível de desempenho dos indivíduos com 55+ anos na realização das atividades básicas de vida diárias (ABVD)	Com recurso à escala de Katz (Banho; Vestir; Utilização da Sanita; Transferências; Continência; Alimentação)	Recolher através de questionário	Acionável	Proposta pelos Especialistas
Atividades de vida diárias Instrumentais	Nível de desempenho dos indivíduos com 55+ anos na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)	Com recurso à Escala de Lawton e Brody (Telefone, Compras, Refeições, Domésticas, Roupas, Transporte, Medicação, Assuntos financeiros)	Recolher através de questionário	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
Levanta-te e caminha	Avaliar a mobilidade e equilíbrio em indivíduos com 55+ anos	Tempo necessário para realizar as seguintes ações: Levantar-se da posição sentada; Caminhar 3 metros; Inverter a marcha; Voltar à cadeira e sentar-se; (20s < ou 20s >)	Recolher através de questionário	Acionável	Proposta pelos Especialistas
Mortes sozinhas	Ocorrência de mortes sozinhas em indivíduos com 55+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	Polícia de Segurança Pública	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>

Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Necessidades de Saúde	Proporção de indivíduos com 55+ anos que não relataram qualquer necessidade insatisfeita de exames ou tratamento médico e odontológico durante os últimos 12 meses anteriores à pesquisa	Durante os últimos 12 meses registou alguma necessidade insatisfeita de exames ou tratamentos médicos e odontológicos? (Sim/Não)	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Perceção de transportes públicos	Perceção da rede de transportes públicos em indivíduos com 55+ anos	Considero que o número de transportes públicos existentes no município é adequado (Sim/Não)	Recolher através de questionário	Perceção	Proposta do Mestrando
Perceção segurança	Avaliar a perceção dos indivíduos com 55+ anos sobre a segurança no seu local de residência	Número de visitas realizadas pela PSP ao domicílio	PSP	Perceção	Estratégia nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável
Segurança à noite para caminhar	Proporção de indivíduos com 55+ anos que se sentem seguros para realizar caminhadas sozinho durante a noite	Sente-se seguro para realizar caminhadas sozinho à noite na cidade ou na área onde habita (Sim/Não)	<i>Global Age Watch</i>	Perceção	<i>Global Age Watch</i>
Segurança Financeira - Privação de material severa	Percentagem de indivíduos com 65+ anos que não se encontram em privação de material severa	Privação de material severa refere-se à incapacidade de adquirir 4 dos 9 itens descritos (pagar renda, manter a temperatura da casa adequada; enfrentar despesas imprevistas, ingerir carne e proteínas com regularizada, ir de férias, ter uma televisão, ter uma máquina de lavar, ter um carro, ter um telefone)	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>

Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Segurança Financeira - Rendimento Médio Relativo	Comparar os rendimentos dos indivíduos com 65+ anos com os indivíduos com 65- anos	Somatório dos rendimentos do agregado familiar	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Segurança Financeira - Risco de Pobreza	Percentagem de indivíduos com anos 65+ anos que não estão em risco de pobreza	Número de indivíduos que apresentam um valor remuneratório superior a 50% da mediana nacional do rendimento disponível após as transferências sociais	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>
Serviços municipais para apoio aos Idosos	Analisar quais os serviços gerontológicos existentes no município que prestam apoio à população idosa	Número de serviços gerontológicos disponibilizados pelo município	Recolher através de questionário	Acionável	Estratégia nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável
Taxa de Criminalidade	Número de crimes registados pela polícia no município em indivíduos com 65+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	PORDATA	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Taxa de suicídio	Suicídio de Indivíduos com 55+ anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	Sociedade Portuguesa de Suicídio	Acionável	<i>Well-being of the elderly in Japan</i>
Vida Independente	Perceção da autonomia na tomada de decisão sobre a própria vida em indivíduos com 55+ anos	Tomo decisões autónomas sobre o meu quotidiano (gestão dinheiro, atividades diárias, etc.)	<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)</i>	Perceção	<i>Active Ageing Index</i>

Indicadores Capacidades para o Envelhecimento – Oportunidades para otimizar o bem-estar e a qualidade de vida					
Nome	Variável	Forma de cálculo	Dados	Tipo	Fonte
Bem-estar mental	Avaliar a saúde mental dos indivíduos com 55+ anos	5 Questões: a) Sinto-me alegre e num bom estado de espírito; b) Sinto-me calmo e relaxado; c) Sinto-me ativo e energético; d) Quando acordo sinto-me fresco e descansado; e) A minha rotina diária é cheia de atividades que me interessam	<i>European Quality of Life Survey (EQLS)</i>	Perceção	<i>Active Ageing Index</i>
Estado Cognitivo	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que apresenta défice cognitivo	Com recurso à escala <i>Mini-Mental State Examination</i>	Recolher através de questionário	Acionável	Proposta pelos Especialistas
Rede Social de Lubben	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que se encontra em risco de isolamento social	Com recurso à Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)	Recolher através de questionário	Acionável	Proposta pelos Especialistas
Taxa de mortalidade precoce nos idosos	Percentagem de indivíduos com +55 anos que faleceram antes dos 70 anos	Casos ocorridos nos últimos 12 meses	INE/ICOR	Acionável	<i>Age Friendly city's performance Assessment Indicators system validation</i>
Utilização de tecnologias de informação e comunicação	Percentagem de indivíduos com 55+ anos que utilizam internet pelo menos 1 vez por semana	Em média quantas vezes utilizou internet nos últimos 3 meses	<i>Eurostat, ICT Survey</i>	Acionável	<i>Active Ageing Index</i>

Apêndice V – Painel de especialistas para a classificações das dimensões

Nome	Área de formação académica	Notas/Extras
	Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária	
	Doutoramento em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro	Grupo de Investigação AgeingC: Envelhecimento
	Mestrado em Inovação em Inovação e Políticas do desenvolvimento pela Universidade de Aveiro	-
	Doutoramento em Ciências Biomédicas pela Universidade do Porto	-
	Doutoramento em Ciências da Educação pela Universidade de Aveiro	Grupo de Investigação AgeingC: Envelhecimento
	Doutoramento em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro	Grupo de Investigação AgeingC: Envelhecimento
	Doutoramento em Sociologia, especialidade em Demografia, Universidade Nova de Lisboa	-
	Doutoramento na área da Epidemiologia da Saúde dos estudantes universitários	Grupo de Investigação AgeingC: Envelhecimento
	Doutoramento em Ciências Biomédicas pelo Instituto Abel Salazar da Universidade do Porto	Grupo de Investigação AgeingC: Envelhecimento
	Licenciatura em Serviço Social	-
	Licenciatura em Serviço Social	-

Apêndice VI – Atribuição da Ponderações às dimensões do conceito Envelhecimento Ativo e Saudável



Exmo. (a) Sr. (a) _____

No âmbito do trabalho de Dissertação do Mestrado em Administração e Gestão Pública do Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, encontro-me a realizar um estudo cujo objetivo principal é construir um Índice de Envelhecimento Ativo e Saudável adaptado à realidade local. Este estudo é realizado sob a orientação científica da Doutora Marlene Paula Castro Amorim, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro e coorientação do Doutor José Joaquim Marques Alvarelhão, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Venho convidá-lo a colaborar na realização do presente estudo, onde necessito da sua opinião especializada, sobre as dimensões do conceito Envelhecimento Ativo e Saudável. Para isso será utilizada a metodologia Delphi para recolha e sistematização de informação.

Solicito assim, que na tabela seguinte, classifique cada uma das dimensões do conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável – **Emprego, Participação Social, Vida Independente e Capacidades para o Envelhecimento**. Recordo que o somatório dos pesos atribuído às quatro dimensões terá que ser igual a 100.

Em anexo encontra-se uma breve descrição das dimensões, bem como dos indicadores que as compõem. Estes indicadores foram revistos e selecionados por um grupo de especialistas, que os consideraram relevantes pela sua pertinência e exequibilidade ao nível local.

Dimensões do Envelhecimento Ativo e Saudável	Ponderação
Emprego	
Participação social	
Vida independente	
Capacidades para o envelhecimento	
Total	100

