



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Carla Elane Silva dos Santos

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AS TIPOLOGIAS DE VIZINHANÇA DO BAIRRO,
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS**

Florianópolis
2024

Carla Elane Silva dos Santos

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AS TIPOLOGIAS DE VIZINHANÇA DO BAIRRO,
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Educação Física da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Educação
Física.

Orientador: Prof. Cassiano Ricardo Rech, Dr.

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Santos, Carla Elane Silva dos
ASSOCIAÇÃO ENTRE AS TIPOLOGIAS DE VIZINHANÇA DO BAIRRO,
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS / Carla Elane
Silva dos Santos ; orientador, Cassiano Ricardo Rech,
2024.
145 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em
Educação Física, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Envelhecimento. 3. Atividade
Física. 4. Sintomas Depressivos. 5. Comprometimento
Cognitivo Leve. I. Rech, Cassiano Ricardo . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Educação Física. III. Título.

Carla Elane Silva dos Santos

Associação entre as tipologias de vizinhança do bairro, atividade física e saúde mental de idosos

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 08 de agosto de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Aline Mendes Gerage da Silva Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

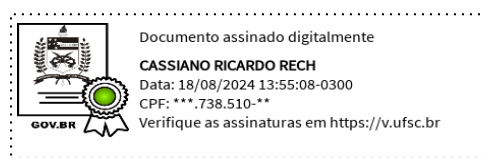
Prof. Adriano Akira Ferreira Hino Dr.
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva Dr.
Universidade Federal de Pelotas

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação



Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Prof. Cassiano Ricardo Rech, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2024

DEDICATÓRIA

A minha família, em especial a minha mãe Eunice,
que me impulsiona a ir, sobretudo, em frente.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo sustento concedido para que eu pudesse vivenciar todas as etapas do doutorado com otimismo e alegria. Sou muito grata a ti, Jesus!

À minha mãe, Eunice, que é uma luz na minha jornada. Obrigada por todas as orações e por me abençoar todos os dias. Te amo!

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (USFC), por me oferecer uma formação excelente. Com certeza foi uma das escolhas mais certas que fiz na minha jornada profissional. Estou muito grata!

Ao meu orientador, Dr. Cassiano Ricardo Rech, pelos anos de aprendizado, orientação e apoio. Sua sabedoria, paciência, dedicação e profissionalismo foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Obrigada por acreditar em mim e por me guiar com tanto zelo e competência. Você é uma inspiração!

Aos professores, Dra. Aline Mendes Gerage da Silva, Dra. Eleonora d'Orsi, Dr. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva e Dr. Adriano Akira Ferreira Hino por terem aceitado participar como avaliadores deste trabalho. As contribuições de cada um elevaram significativamente a qualidade do estudo.

À professora Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, minha orientadora de mestrado, por ter aberto as portas da pós-graduação e pelos momentos de compartilhamento durante o doutorado. Sua determinação e entusiasmo são fontes de inspiração para mim.

Aos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Ambiente Urbano e Saúde (GEAS), que me acolheram e me deram suporte para mergulhar com segurança na temática do ambiente urbano relacionado à saúde. Sou muito grata ao Joel, Olga, Kalil, Timbó, Danielle, Marcos, Adalberto, Jânio, Viviane, Júlio, João, Rafaela e Lucas pela convivência neste tempo. As parcerias continuam.

Aos pesquisadores do estudo EpiFloripa Idoso, agradeço pelo aprendizado ao longo desses 10 anos. Sinto-me privilegiada e grata por ter participado de tantas fases deste estudo e por ter conhecido pessoas tão incríveis e comprometidas com a ciência.

Aos idosos do estudo EpiFloripa Idoso, pela disponibilidade em participar de todas as ondas. Sem vocês este trabalho não seria possível.

Aos professores Me. Franck Nei Monteiro e Dr. Saulo Vasconcelos Rocha, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e à Dra. Camila Fabiana Rossi Squarcini, da Universidade Estadual de Santa Cruz, que um dia sonharam a pós-graduação *Stricto Sensu* para mim. Os sonhos realmente se tornam realidade.

Às Doutoras Gilciane Ceolin e Ana Luiza Favarão Leão que com muito carinho me auxiliaram, respectivamente na modelagem de equações estruturais e na criação dos mapas no QGIS. Vocês referências para mim! Não tenho palavras para agradecer por tanto.

Às minhas amigas-irmãs, Adrielle, Mônica e Tássia, por estarmos juntas ao longo de tantos anos, mesmo cada uma vivendo em estados diferentes. Amo nossa amizade!

À CAPES e a UNIEDU/FUMDES pelo apoio financeiro concedido durante o doutorado. A bolsa recebida ininterruptamente permitiu dedicar-me exclusivamente ao doutorado.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a associação entre tipologias de atributos da vizinhança do bairro, caminhada e saúde mental em idosos. Para tanto foram utilizados dados de 1256 pessoas (60,7% de mulheres; $\bar{x}$ 73,4 anos) em uma análise transversal do estudo de coorte EpiFloripa Idoso em Florianópolis, Brasil (2017-2019). Os Sintomas Depressivos (SD) e o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental, respectivamente. A percepção das características da vizinhança considerou os indicadores de uso misto do solo, infraestrutura, estética, segurança relacionada ao trânsito e a criminalidade avaliado pela versão adaptada do *The Neighborhood Environment Walkability Scale*. A realização de AF para fins de transporte (caminhada ≥ 150 min/semana; e caminhada e ciclismo) e lazer (caminhada ≥ 150 min/semana) foram obtidas por meio da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física, validado para idosos brasileiros. Foram identificadas as seguintes tipologias de atributos da vizinhança do bairro pela análise de classe latente: baixa caminhabilidade e moderadamente segura (classe 1), baixa caminhabilidade e segura (classe 2), moderada caminhabilidade e pouco segura (classe 3), moderada caminhabilidade e moderadamente segura (classe 4) e alta caminhabilidade e segura durante o dia (classe 5). A modelagem de equações estruturais (MEE) determinou os efeitos das tipologias de atributos da vizinhança do bairro sobre os SD e CCL. Um gráfico acíclico direcionado foi construído para identificar o conjunto mínimo de ajustes na MEE. Nas vizinhanças desfavoráveis para a caminhada (classes 1 e 2), predominaram mulheres, indivíduos mais velhos e com menor escolaridade e renda. As chances de caminhar para o transporte foram maiores em vizinhanças que combinavam segurança e facilidade de locomoção (classes 3 a 5). A segurança percebida na classe 2 incentivou a caminhada no lazer. A presença de SD e CCL foi de 14,3% (IC95%: 12,3-16,4) e 19,7% (IC95%: 17,6-22,0), respectivamente. Houve efeito indireto e positivo das tipologias “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” nos SD ($\beta = 0,019$) e CCL ($\beta = 0,032$) e efeito indireto negativo da “alta caminhabilidade e segura durante o dia” sobre o CCL ($\beta = -0,014$) devido efeito supressor da atividade física de transporte (caminhada + ciclismo). Áreas com maior apoio e segurança podem incentivar as pessoas a caminhar para fins transporte, e as facilidades de segurança podem melhorar a caminhada de lazer em bairros desfavorecidos. Reconhecer que determinadas tipologias de bairros podem afetar os SD e CCL, enfatiza a importância do decisores políticos

em projetar comunidades que permita os idosos se deslocarem a pé até serviços e destinos de forma acessível e segura.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde mental; cidades; epidemiologia;

ABSTRACT

This study aimed to analyze the association between neighborhood attribute typologies, walking and mental health in the older adults. Data from 1,256 older adults (60.7% women; mean age 73.4 years) were used in a cross-sectional analysis of the EpiFloripa Aging cohort study in Florianópolis, Brazil (2017-2019). Depressive Symptoms (DS) and Mild Cognitive Impairment (MCI) were assessed using the Geriatric Depression Scale and the Mini-Mental State Examination, respectively. Perceptions of neighborhood characteristics included indicators of mixed land use, infrastructure, aesthetics, traffic safety, and crime, evaluated using the adapted version of the Neighborhood Environment Walkability Scale. Physical activity (PA) for transportation purposes (walking ≥ 150 min/week; walking and cycling) and leisure (walking ≥ 150 min/week) was measured using the long version of the International Physical Activity Questionnaire, validated for Brazilian older adults. The following neighborhood attribute typologies were identified through latent class analysis: low walkability and moderately safety (class 1), low walkability and safety (class 2), moderate walkability and low safety (class 3), moderate walkability and moderate safety (class 4), high walkability and safety daytime (class 5). Structural equation modeling (SEM) determined the effects of neighborhood attribute typologies on DS and MCI. A directed acyclic graph was constructed to identify the minimal set of adjustments in the SEM. In the unfavorable walking neighborhoods (classes 1 and 2), women, older individuals, and those with lower levels of education and income were predominant. The likelihood of walking for transport was higher in neighborhoods (classes 3 to 5) that combined safety and walkability. Perceived safety in class 2 encouraged leisure-time walking. The presence of DS and MCI was 14.3% (95% CI: 12.3-16.4) and 19.7% (95% CI: 17.6-22.0), respectively. There was an indirect positive effect of the "low walkability and moderately safety" typology on DS ($\beta = 0.019$) and MCI ($\beta = 0.032$) and an indirect negative effect of the "high walkability and safety daytime " typology on MCI ($\beta = -0.014$), due to suppressive effect PA for transport (walking + cycling). Areas with greater support and safety can encourage people to walk for transport, and safety facilitates can improve leisure walking in disadvantaged neighborhoods. Recognizing that certain neighborhood typologies can affect DS and MCI highlights the importance for policymakers to design communities that allow older adults to walk to services and destinations in an accessible and safe manner.

Keywords: aging; mental health; cities; epidemiology

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1– Fluxograma das etapas e do plano amostral do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. Florianópolis/SC, 2009-2019	34
FIGURA 2 – Modelo teórico do conjunto mínimo de ajuste de covariáveis indicado pelo gráfico acíclico direcionado da associação entre tipologias de características da vizinhança do bairro e sintomas depressivos.	43
FIGURA 3 – Modelo teórico do conjunto mínimo de ajuste de covariáveis indicado pelo gráfico acíclico direcionado da associação entre tipologias de características da vizinhança do bairro e comprometimento cognitivo leve (CCL).....	43
FIGURA 4 – Probabilidades de resposta ao item para cada atributo percebido na vizinhança do bairro, segundo as classes latentes.....	50
FIGURA 5 – Concentração de idosos, de acordo com as tipologias da vizinhança do bairro. EpiFloripa Idoso. Florianópolis, 2017-2019 (n=1256).....	51
FIGURA 6 – Espacialização das tipologias de características da vizinhança do bairro em Florianópolis. EpiFloripa Idoso, 2017-2019 (n=1256).....	52
FIGURA 7 – Associação entre caminhada de lazer e para o transporte e (≥ 150 min/semana) e classes latentes de percepção de vizinhança em idosos. Modelo ajustado por sexo, idade, escolaridade e renda.....	54
FIGURA 8 – Distribuição de idosos com sintomas depressivos e CCL, de acordo com as tipologias de vizinhança do bairro e tempo semanal despendido em atividade física para fins de transporte.	57
FIGURA 9 – Modelo teórico simplificado dos efeitos de tipologias de características da vizinhança do bairro nos sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve (CCL). ..	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características dos participantes do estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019 (n = 1256).	47
TABELA 2 – Índices de ajuste do modelo para análise de classes latentes de 2 a 6 soluções.	48
TABELA 3 – Distribuição dos participantes de acordo com a classe latente. Estudo EpiFloripa Idosos. Florianópolis, Brasil, 2017-2019 (n = 1256).....	53
TABELA 4 –Características dos participantes e prevalência de sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve, segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019 (n = 1256).	56
TABELA 5 – Efeitos diretos total e indiretos das tipologias de atributos da vizinhança do bairro nos sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve no estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade física
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCL	Comprometimento cognitivo leve
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
NEWS	<i>Neighborhood Environment Walkability Scale</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
PPGEF	Programa de Pós-Graduação em Educação Física
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	16
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 OBJETIVO GERAL	19
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 SAÚDE MENTAL	20
2.2 RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS	22
2.3 VIZINHANÇA DO BAIRRO, ATIVIDADE FÍSICA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS	25
2.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS.....	28
3.MÉTODO	28
3.1 DELINEAMENTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
3.2 AMOSTRA.....	31
3.2.1 EpiFloripa Idoso (2009/2010)	31
3.2.2 EpiFloripa Idoso (2013/2014)	32
3.2.3 EpiFloripa Idoso (2017/2019)	33
3.3 PERDAS E RECUSAS	34
3.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	35
3.5 EQUIPE DE TRABALHO.....	35
3.6 RECRUTAMENTO DE TREINAMENTO DA EQUIPE DE COLETA.....	35
3.7 COLETA DE DADOS	36
3.8 ANÁLISE DAS CONSISTÊNCIAS E CONTROLE DE QUALIDADE DAS ENTREVISTAS	38
3.9 ESPACIALIZAÇÃO DOS ENDEREÇOS RESIDENCIAIS DA AMOSTRA.....	38
3.10 FINANCIAMENTO E PARCERIAS DO PROJETO	39
3.11 Apoio financeiro para execução das atividades do doutorado	39
3.12 ASPECTOS ÉTICOS	39
3.13 ENVOLVIMENTO DA AUTORA NO ESTUDO EPIFLORIPA IDOSO	40
3.14 VARIÁVEIS DEPENDENTES	40

3.14.1 Sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve.....	40
3.15 VARIÁVEL INDEPENDENTE	41
3.15.1 Percepção do ambiente da vizinhança do bairro	41
3.15.2 Covariáveis	41
3.13 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	44
4 RESULTADOS	46
5. DISCUSSÃO	62
5.3 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
MATERIAL SUPLEMENTAR	90
APÊNDICES	101
APÊNDICE - 1: QUESTIONÁRIO EPIFLORIPA IDOSO 2017-2019.....	101
APÊNDICE - 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES ACOMPANHADOS EM ONDAS ANTERIORES	134
APÊNDICE - 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES NOVOS.....	137
ANEXO.....	140
ANEXO – 1: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	140

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Alcançar um envelhecimento saudável é uma prioridade desta década (2021-2030) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a), isto porque, estima-se que neste período haverá um crescimento populacional de idosos de 34% (1,4 bilhão), principalmente em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem estar em idade avançada” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), o envelhecimento saudável interrelaciona elementos como as habilidades funcionais, as capacidades intrínsecas (físicas e mentais), o ambiente (político, social e construído) e o bem estar que inclui a felicidade, satisfação e realização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a) e as Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2015) consideram que o envelhecimento saudável pode ser uma realidade para todos, e esforços governamentais, em conjunto com a sociedade civil, profissionais, academia e mídias, podem endossar as medidas de promoção das capacidades físicas e mentais, ainda que estas venham a declinar com o passar dos anos entre os idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). De fato, é notável o aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacidades no decorrer do envelhecimento, principalmente entre os idosos (KIM et al., 2018). Além disso, os transtornos mentais, como a depressão (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS., 2022) e de condições neurológicas como a demência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), são frequentes, sendo estas responsáveis por significativo sofrimento tanto individual quanto familiar, além de impactarem diretamente o sistema de saúde e a economia (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Em todo o mundo, cerca de 13,3% dos idosos são acometidos pela depressão (ABDOLI et al., 2022), e 5 a 7% sofrem com a demência (PRINCE et al., 2013). Um dos principais sintomas da depressão é a presença de humor deprimido, sono interrompido, sentimento de culpa, baixa autoestima, alteração no apetite ou no peso, perda de interesse, e desesperança sobre o futuro que contribuem significativamente para a incapacidade geral e mortes por suicídio entre os idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a). Por sua vez, a demência de característica crônica ou progressiva é capaz de impactar o processo de

pensamento, devido as alterações na memória, orientação, compreensão, habilidades matemáticas, aprendizado, linguagem e capacidade de julgamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Para ambos os transtornos mental e neurológico, somente o profissional médico pode realizar o diagnóstico, a partir de critérios específicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2021). No entanto, entre os idosos, a idade avançada, ser do sexo masculino, e baixa escolaridade tem influenciado o subdiagnóstico da depressão e demência (MORENO; GAJARDO; MONSALVES, 2022; SAVVA; ARTHUR, 2015), inviabilizando de certa maneira o recebimento de tratamento. Nesse sentido, o conhecimento das manifestações clínicas desses transtornos por uma equipe multiprofissional (BRUCE; SIREY, 2018; GRAND; CASPAR; MACDONALD, 2011), e o uso de escalas de rastreio são indispensáveis para identificar e auxiliar no controle e tratamento (ALMEIDA, 1998; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Revisões sistemáticas com enfoque no rastreamento dos sintomas depressivos em idosos, identificaram uma prevalência global de 35,1% (CAI et al., 2023), enquanto que para o comprometimento cognitivo leve (CCL), fase em que ocorre um declínio sutil e mensurável nas habilidades cognitivas, sem prejuízos nas atividades diárias (HAN et al., 2021; PETERSEN, 2016), notou-se uma variação de 5 a 41% (PAIS et al., 2020). Ambas as condições mentais são clinicamente relevantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a), potencialmente reversíveis (NG et al., 2017; SHIMADA et al., 2017), e capazes de afetar o bem-estar e qualidade de vida dos idosos (CAI et al., 2023; PAIS et al., 2020). Embora os mecanismos subjacentes dos sintomas depressivos e do CCL não estejam totalmente esclarecidos (KANDOLA et al., 2019; KUMAR; SRIVASTAVA; MUHAMMAD, 2022), reconhece-se que a atividade física (AF) é uma alternativa chave não medicamentosa e de baixo custo (ANDERSON; DURSTINE, 2019), capaz de proporcionar ganhos na saúde mental (BRASIL, 2021). Especificamente, a prática de caminhada e ciclismo na vizinhança do bairro, tem o potencial de reduzir a presença de sintomas depressivos e CCL, possivelmente devido à exposição diversificada do ambiente e possibilidade de interação social entre os idosos (SOKALE et al, 2022; SONG et al., 2024).

A presença de indicadores de caminharabilidade e segurança na vizinhança (ZANDIEH et al., 2016) do bairro é especialmente importante para os idosos, pois, quando comparados com outras populações, são mais vulneráveis às condições locais, percorrem distâncias menores e têm áreas de atividades mais limitadas (YANG et al., 2019). Diante desses aspectos, e

considerando a interrelação das características do ambiente com o indivíduo, enfatizado pelo modelo ecológico (SALLIS, OWEN, 2015), é importante considerar no planejamento urbano, a criação de ambientes físicos e sociais que promovam a manutenção de boa saúde para os idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Os idosos que vivem em vizinhanças economicamente privilegiadas, relatam não apenas uma maior percepção de segurança, um ambiente esteticamente agradável, infraestrutura adequada para pedestres, disponibilidade de comodidades, tranquilidade e melhor qualidade do ar, mas também são mais propensos a realizarem caminhadas (ZANDIEH et al., 2016). Além disso, apresentam menor sintomatologia depressiva (HERNANDEZ et al., 2015) e comprometimento cognitivo (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022). Por outro lado, os idosos que vivem em vizinhanças economicamente vulneráveis, percebem menos segurança, pior infraestrutura pedonal para pedestres e menor apelo estético em seus bairros, desencorajando a prática de caminhada fora de casa (ZANDIEH et al., 2016). Os idosos que vivem nestes contextos, tem oportunidades limitadas para interação social e restrição de atividade física, provavelmente devido às desordens na vizinhança (KERR; ROSENBERG; FRANK, 2012), o que pode favorecer o aparecimento de sintomas depressivos e CCL nos idosos.

Considerando que diferentes tipologias de vizinhanças do bairro, podem impactar de maneiras distintas o comportamento da atividade física e os sintomas depressivos e CCL em idosos, torna-se relevante compreender as vias de influência para melhor informar os pesquisadores, profissionais e tomadores de decisão. Estudos nesta direção tem sido realizado com idosos de países de alta (PUN; MANJOURIDES; SUH, 2019) e média renda (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022; ZHANG et al., 2019), geralmente incluindo apenas um único indicador da vizinhança (PUN; MANJOURIDES; SUH, 2019), indicadores negativos da vizinhança (TAMURA et al., 2020) ou medidos objetivamente (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022; ZHANG et al., 2019). No entanto, estudos que consideram múltiplos indicadores de vizinhança, têm se mostrado mais robustos quando comparado a abordagens que utilizam os atributos do ambiente de forma isolada (ADAMS et al., 2013; HAGENAARS; HALMAN, 1989), devido a possibilidade de reconhecer áreas onde os residentes podem estar enfrentando situações desfavoráveis e orientar intervenções contextualmente relevantes e personalizadas (ADAMS et al., 2013; HAGENAARS; HALMAN, 1989). No sul global, uma região marcada por uma intensa urbanização (ROUX et al., 2018) e densos assentamentos informais (INOSTROZA, 2017), não há informação sobre este tópico. Aprofundar estas questões, é especialmente relevante no Brasil, dada sua significativa disparidade social quando comparado aos demais

países da mesma região (CEDLAS AND THE WORLD BANK, 2024), e tem e os transtornos mentais e neurológicos entre as principais causas de mortalidade prematura (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022).

A partir desse cenário, emergiram-se as seguintes perguntas de pesquisa: Quais tipologias de vizinhança do bairro existem na cidade de Florianópolis? Existe relação entre as tipologias de vizinhança do bairro e prática de caminhada no lazer e transporte? Existe relação entre as tipologias de vizinhança do bairro e sintomas depressivos e comprometimento cognitivo de idosos de Florianópolis?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre tipologias de atributos da vizinhança do bairro, caminhada e saúde mental em idosos

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as tipologias de atributos ambientais percebidos na vizinhança do bairro e analisar a associação dessas tipologias com a caminhada para o transporte e lazer em idosos.
- Analisar os efeitos diretos, indiretos e totais das tipologias de características do ambiente da vizinhança nos sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve de idosos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, são apresentados os tópicos teóricos da tese. Organizado em três temáticas, a primeira apresenta o cenário epidemiológico dos sintomas depressivos e CCL. A segunda temática aborda a relação entre atividade física, sintomas depressivos e CCL. Por fim, na terceira temática são discutidas as relações entre as características do ambiente construído da vizinhança do bairro com sintomas depressivos e CCL em idosos.

2.1 SAÚDE MENTAL

A saúde mental é parte integrante e fundamental da definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946), sendo a sua promoção valorizada na estratégia “Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a), e sustentada nas metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável até 2030 (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Sendo afetada pelas características individuais, que incluem a capacidade de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, bem como pelos aspectos da comunidade, cultura, economia e política (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b), a saúde mental é um tema relevante de ser abordado no contexto do envelhecimento. Sobre isso a OMS reforça a urgente necessidade de proteger os idosos do desenvolvimento de doenças que levam a incapacidade e morte prematura, e promover um maior bem-estar nesta população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).

Dentre os problemas mais comuns que afetam a saúde mental, encontra-se a depressão, caracterizada pela presença de humor deprimido, sono interrompido, sentimento de culpa, baixa autoestima, alteração no apetite ou no peso, perda de interesse, e desesperança sobre o futuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a). A depressão é um transtorno mental que mais contribui para o aumento da carga global de doenças, alcançando até 2019 uma média de 270 milhões de pessoas (GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2019), a um custo de um trilhão ao ano (NAÇÕES UNIDAS, 2016). Especificamente entre os idosos, observa-se uma prevalência global de 13,3%, sendo as mulheres as mais atingidas (ABDOLI et al., 2022), e entre aqueles nas faixas etárias mais avançadas (25% na faixa etária de 85 a 89 anos, e 30 a 50% nas idades acima de 90 anos) (LUPPA et al., 2012). No Brasil, estima-se uma prevalência de 13,2% de depressão entre os idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Além da depressão, a demência também é destacada como importante problema de saúde mental. Isso porque apresenta características capazes de impactar o processo de pensamento, devido as alterações na memória, orientação, compreensão, habilidades matemáticas, aprendizado, linguagem e capacidade de julgamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). A literatura sinaliza que o número de pessoas com a demência

passará de 57,4 milhões em 2019 para 152,8 milhões de casos em 2050 em todo o mundo (NICHOLS et al., 2022), a um custo de um trilhão de dólares americanos por ano (CAO et al., 2020).

Uma recente revisão sistemática identificou maior prevalência de demência na Europa/América do Norte, seguida da América do Sul, África e Ásia, atingindo principalmente as mulheres, e os mais velhos (183 por 10.000 em pessoas de 60 a 69 anos; 267 por 10.000 em pessoas de 65 a 74 anos; 514 por 10.000 em pessoas de 70 a 79 anos; 1.510 por 10.000 em pessoas de 80 a 89 anos; e 3.572 por 10.000 em pessoas de 90 a 99 anos; 6.592 por 10.000 em pessoas mais de 100 anos) (CAO et al., 2020). No Brasil, estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas vivem com a demência. No entanto, mais de 70% dessa população ainda não recebeu o diagnóstico (BRASIL, 2022).

Frente às implicações que a depressão e a demência acarretam entre os idosos, e as especificidades e critérios diagnósticos por profissionais médicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2021), muitos pesquisadores e profissionais de diferentes áreas tem buscado avaliar a sintomatologia depressiva (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; BRUCE; SIREY, 2018), e o CCL (ALMEIDA, 1998; GRAND; CASPAR; MACDONALD, 2011), respectivamente por meio de escalas de rastreio. Entre os idosos a prevalência de sintomas depressivos é de 35,1% (CAI et al., 2023), com variação de 5 a 41% de CCL (PAIS et al., 2020).

Devido à fácil aplicabilidade, e ao baixo custo dos instrumentos de rastreio, que possibilita o direcionamento dos cuidados em saúde mental (BOLSONI; ZUARDI, 2015), além da dificuldade em disponibilizar especialistas em saúde mental em número suficiente para atender todos os casos, especialmente em países de média e baixa renda, parece que o atendimento generalista, porém integrado é um dos caminhos para o cuidado em saúde mental (PATEL et al., 2013).

Apesar de ser observada na literatura a participação de distintos profissionais nos cuidados em saúde mental, esta temática ainda se constitui como um importante desafio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a). Isso porque as estratégias empregadas apresentam uma configuração fragmentada, deixando, na maioria das vezes apenas o setor saúde com a função de cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a). Esse cenário é preocupante, visto que os sistemas de saúde têm destinado menos de US\$ 1 per capita para os cuidados em saúde mental em países de baixa e média renda, enquanto em países de alta renda, o investimento supera US\$ 80 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b). Além disso,

67% dos recursos financeiros são destinados à saúde mental são voltados exclusivamente para hospitais psiquiátricos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Políticas públicas de transporte, educação, planejamento urbano, e saúde podem resultar em melhorias significativas na saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Quando desenvolvidas em uma perspectiva integrada, são capazes de atender as necessidades da população e fornecer serviços mais abrangentes e de boa qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a). Os serviços de saúde integrados em diferentes níveis e de maneira intersetorial, favorecem a equidade e incentivam a seleção de serviços com base em necessidades mais amplas dos usuários, abrangendo cuidados de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamentos e gerenciamento de doenças a longo prazo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; KONDER; SPREEUWENBERG, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a, 2016b).

2.2 RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS

A AF é definida como um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível basal, promovendo interações sociais e com o ambiente (BRASIL, 2021). Pode ser realizada no tempo livre, para fins de transporte, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (BRASIL, 2021). As evidências científicas reconhecem a AF como uma alternativa chave não medicamentosa e de baixo custo (ANDERSON; DURSTINE, 2019), capaz de proporcionar ganhos na saúde mental (BRASIL, 2021), impactando de maneira positiva nos sintomas depressivos (WORRALL; JONGENELIS; PETTIGREW, 2020) e no CCL de idosos (ESHKOOR et al., 2015).

A OMS recomenda a prática de AF para todas as pessoas, e aquelas que apresentam morbidades e/ou deficiências devem ser ativas sempre que possível e dentro de suas capacidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). A literatura atual defende que todo o movimento corporal, realizado em condições compatíveis com a dignidade humana é benéfico para a saúde (RAMIREZ; HALLAL, 2024; PIGGIN, 2020). Entre os idosos, as diretrizes internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b) e nacionais de AF (BRASIL, 2021) orientam a realização de pelo menos 150 de AF aeróbica de intensidade moderada, ou ≥ 75 minutos de AF aeróbica vigorosa ao longo da semana para obter maiores ganhos em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

Especificamente sobre os benefícios da AF nos sintomas depressivos em idosos, a literatura encontra-se em expansão (BIRCH et al., 2016; HEESCH; BURTON; BROWN, 2011; KU et al., 2018; LEE et al., 2014; LINDWALL; LARSMAN; HAGGER, 2011; SANTOS et al., 2017; SMITH et al., 2010; YOSHIDA et al., 2015) e no CCL (FALCK et al., 2017; GILL et al., 2015; KUMAR; SRIVASTAVA; MUHAMMAD, 2022; ZHU et al., 2017). Nos sintomas depressivos, evidências científicas mostram que os idosos que se engajam em AF de intensidade leve (KU et al., 2018; LOPRINZI, 2013; ZHANG; WANG; WANG, 2022) e moderada-a-vigorosa (KU et al., 2018; LINDWALL; LARSMAN; HAGGER, 2011; SANTOS et al., 2017; YOSHIDA et al., 2015; ZHANG; WANG; WANG, 2022) são menos propensos a sintomatologia depressiva. Semelhantemente para o CCL, o engajamento em AF leve (HSU et al., 2013; LEE et al., 2013), moderada (BIAZUS-SEHN et al., 2020), moderada-a-vigorosa (AFMV) (BLONDELL; HAMMERSLEY-MATHER; VEERMAN, 2014; FETER et al., 2021; ZHU et al., 2017) e vigorosa (KUMAR; SRIVASTAVA; MUHAMMAD, 2022), mostrou-se benéfico entre os idosos, com destaque para a AFMV que impactou isolada e positivamente os domínios cognitivos específicos como função executiva (ENGEROFF; INGMANN; BANZER, 2018) cálculo, evocação (lembrança) (OLIVEIRA et al., 2019) e estado cognitivo global (ENGEROFF; INGMANN; BANZER, 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

Em relação aos domínios da AF, a prática realizada no tempo de lazer, mostra-se inversamente associada aos sintomas depressivos (BORGES et al., 2013; ZHANG; WANG; WANG, 2022) e ao CCL (BARRETO et al., 2018; ENGEROFF; INGMANN; BANZER, 2018). Possivelmente, isso se deve à liberdade de escolha (JULIEN et al., 2015), aos benefícios percebidos na saúde e ao prazer proporcionado pela prática dessas atividades (CHRISTIANSEN et al., 2023; JULIEN et al., 2015). No Brasil, cerca de 26,9% dos idosos relataram realizar ≥ 150 min de AF moderada no domínio de lazer (BRASIL, 2023), sendo observada uma maior prevalência entre os idosos homens, os mais jovens (60 a 79 anos), e aqueles com maior escolaridade (FREITAS et al., 2023). Geralmente, indivíduos com maior nível educacional desfrutam de melhores condições de vida, têm uma compreensão mais profunda dos benefícios de um estilo de vida ativo, e possuem mais oportunidades de emprego, melhores salários e maior poder aquisitivo (SILVA; BOING, 2021). Os idosos que apresentam vantagem financeira, têm maior acesso a ambientes que facilitam a prática de atividade física de lazer (SILVA; BOING, 2021).

A AF realizada para fins de transporte, frequentemente determinada pela necessidade mais do que pela escolha (SALVO et al., 2023), tem mostrado benefícios na redução da

sintomatologia depressiva (CHEN et al., 2016; SOKALE et al., 2022) e do CCL (CLARKE et al., 2012; KOOHSARI et al., 2019b; WU et al., 2017). Ao contrário da AF planejada, comumente observada no domínio do lazer, a AF para o transporte, geralmente não é intencional e tem como objetivo principal chegar em algum destino (CERIN et al., 2017). No Brasil, apenas 4,1 % dos idosos reportaram realizar ≥ 150 min de AF para fins de transporte, e maior prevalência foi identificada entre os homens (BRASIL, 2023). Em amostra que incluiu adultos e idosos latino-americanos, as mulheres, as pessoas mais velhas, e aqueles com menor escolaridade eram menos propensos a realizar AF de transporte (MITÁŠ et al., 2019).

De maneira geral, o domínio do lazer tem sido o principal enfoque das investigações e promoção da atividade física na saúde pública (SALVO et al., 2023). No entanto, Salvo e colaboradores (2023) enfatizam a importância de refletir sobre as características que impulsionam a AF quando realizada por escolha ou necessidade. É importante considerar que o contexto macroeconômico, epidemiológico, características do mercado de trabalho, vida familiar, criminalidade, violência, infraestrutura, segurança no trânsito, modo de viagem e padrões de tempo discricionários da população influenciam o comportamento da AF nos domínios de maneira distintas (SALVO et al., 2023).

Dentre os tipos de AF, a prática da caminhada é a mais econômica e comum entre os idosos (HAN; KIM; KIM, 2021; LIMA et al., 2020). É observada uma relação dose-reposta inversa com sintomas depressivos quando a caminhada é realizada em sessões semanais ≥ 10 minutos como única forma de AF de lazer ou combinada com outras atividades de intensidade moderada a vigorosa (HEESCH; BURTON; BROWN, 2011). Além disso, aqueles que caminham moderadamente (≥ 30 min e ≥ 3 dias por semana) ou intensamente (≥ 30 min e ≥ 5 dias por semana) apresentam benefícios (JULIEN et al., 2015). Idosos que caminham maiores distâncias para fins utilitários ($\geq 1,4$ milhas/dia) apresentam taxas mais baixas de sintomas depressivos e são menos propensos a desenvolver sintomas incidentes ao longo de oito anos (SMITH et al., 2010). Para o CCL, foram encontradas associações inversas com a AF leve (≥ 3 horas/dia) (HSIAO et al., 2022), AF leve-alta (STUBBS et al., 2017), AF moderada (1 vez na semana) (FETER et al., 2021), AFMV (≥ 30 minutos/dia) (WEI et al., 2021) e realizar ≥ 3500 passos/dia (CHEN et al., 2020). Estima-se que AFMV corresponda a cerca de 7,000 a 8,000 passos por dia (TUDOR-LOCKE et al., 2011).

Os mecanismos fisiológicos que explicam a relação entre AF e o funcionamento cognitivo, tanto para os sintomas depressivos (KANDOLA et al., 2019) quanto para o CCL (KUMAR; SRIVASTAVA; MUHAMMAD, 2022; STUBBS et al., 2017), não estão totalmente

esclarecidos. No entanto, observa-se que a AF melhora os resultados cognitivos por meio da redução de citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral- α e interleucina-6 - comumente conhecidos nas doenças neurodegenerativas (JENSEN et al., 2015); e elevação da circulação do fator neurotrófico derivado do cérebro, um biomarcador modulador da plasticidade cerebral (COELHO et al., 2013; JENSEN et al., 2015), que aumenta a produção de dopamina, serotonina (MURAWSKA-CIAŁOWICZ et al., 2021), reguladores da motivação (YAGISHITA, 2020). Além disso, a AF é capaz de melhorar o fluxo sanguíneo cerebral (MAASS et al., 2015), aumentar a integridade da substância branca (SEXTON et al., 2016) e cinzenta, especialmente importante para a hipocampo (NIEMANN; GODDE; VOELCKER-REHAGE, 2014) – área cerebral relevante para processamento emocional (ZHENG et al., 2019), regulação do estresse (DRANOVSKY; HEN, 2006), aprendizagem e memória (NIEMANN; GODDE; VOELCKER-REHAGE, 2014); melhorar as respostas cerebrais relacionadas às tarefas (VOELCKER-REHAGE; GODDE; STAUDINGER, 2010), e auxiliar na manutenção do desempenho cognitivo ao longo do tempo (JOSEFSSON et al., 2012).

2.3 VIZINHANÇA DO BAIRRO, ATIVIDADE FÍSICA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS

O ambiente construído compreende as construções, espaços e objetos criados ou modificados pelo ser humano, capazes de influenciar os contextos e padrões comportamentais (GILES-CORTI, 2006). Considerando essa premissa, estudos relacionando as características do ambiente construído e desfechos de saúde têm encontrado associações tanto benéficas (ARAÚJO et al., 2018; CÂNDIDO et al., 2022; CANEVER et al., 2021; CERIN et al., 2017; GIEHL et al., 2017; GIEHL et al., 2011; GIEHL et al., 2012) quanto prejudiciais em idosos (CANEVER et al., 2021; CERIN et al., 2017).

Particularmente, o ambiente construído do bairro onde os idosos residem tem atraído a atenção dos pesquisadores (ARAÚJO et al., 2018; CÂNDIDO et al., 2022; CANEVER et al., 2021; GIEHL et al., 2017). Isso se deve ao fato de que, em comparação com outras populações, os idosos são mais expostos ou vulneráveis às condições locais (ROE et al., 2020). A mobilidade limitada, frequentemente observada entre os idosos (ROE et al., 2020) aumenta o tempo de permanência em casa e a dependência de conexões sociais e recursos do bairro para manter a saúde e a permanência na comunidade (LAGER; VAN HOVEN; HUIGEN, 2015).

Especialmente sobre os sintomas depressivos, associações inversas são encontradas entre idosos que percebem maior acesso a clínicas/serviços de saúde, escolas (HUANG; KUNG; HU, 2021), serviços recreativos (GUO et al., 2020), centros comunitários (≤ 500 m) (LIU et al., 2021), e residem próximo a áreas verdes (≤ 800 m da residência) (HOU et al., 2022), com maior densidade de árvores (NISHIGAKI et al., 2020), baixa inclinação do terreno (LIU et al., 2017), alta densidade populacional (KOOHSARI et al., 2019a), e concentração de idosos no bairro (GUO et al., 2020). Por outro lado, residir próximo a hospital (HOU et al., 2022), a falta de acesso a instalações acessíveis, a inexistência de áreas verdes, a presença de poluição, fontes externas de ruído alto (EVANS, 2003), relatos de crimes na vizinhança (IVEY et al., 2015), trânsito inseguro (IVEY et al., 2015), exposição a poeira ambiental (HOU et al., 2022), falta de apoio social dos vizinhos (IVEY et al., 2015), e a pobreza da vizinhança (GUO et al., 2020) aumentam as chances de sintomas depressivos entre os idosos.

Em relação ao CCL, a revisão sistemática de Besser et al., (2017) encontrou que residir em bairros com maior acesso a uma variedade de destinos, maior conectividade de ruas, centros comunitários, paradas de ônibus, e com alta densidade de idosos e atos positivos de vizinhança foi associado a uma melhor cognição. Por outro lado, desvantagens socioeconômicas do bairro, menor densidade populacional, deterioração do espaço público, e distância dos recursos da comunidade mostraram-se associados a pior cognição de idosos (BESSER et al., 2017).

As relações entre os sintomas depressivos, CCL e o ambiente da vizinhança do bairro, parecem ser mais claramente suportadas quando a AF é considerada nesse contexto. Isso porque bairros com áreas bem conectadas, podem reduzir as distâncias percorridas a pé, oferecendo aos moradores opções de rotas para deslocamento ativo (KOOHSARI et al., 2014) e socialização (SOKALE, 2022; SONG et al., 2024). Especialmente entre os idosos, perceber rotas acessíveis (sem obstáculos que possam causar quedas), agradáveis (calçadas que ofereçam áreas sol e sombra, devido à presença das árvores), claramente estruturadas com presença de lojas e serviços e previsíveis favorece o engajamento e pé pelo bairro, maior conexão com os espaços e com outras pessoas (VAN HOVEN; MEIJERING, 2019).

A interação entre o ambiente da vizinhança e as competências físicas e sociais pessoais produz respostas adaptativas ou desadaptativas que afetam a saúde mental dos idosos (JULIEN et al., 2012). Idosos com mobilidade reduzida tendem a apresentar sintomas depressivos quando vivem em bairros com barreiras ambientais, como a dificuldade de se deslocar ativamente, devido ao trânsito (BARNETT et al., 2018). Perceber esta característica, torna a caminhada difícil (BARNETT et al., 2016), levando os idosos a passarem mais tempo em casa, o que, por

sua vez, leva ao isolamento social e a solidão, diretamente relacionados aos sintomas depressivos (AS et al., 2022), e piora na cognição (CARDONA; ANDRÉS, 2023).

Há evidências de que os atributos da vizinhança do bairro podem afetar o comportamento da AF e as relações sociais entre os idosos, o que pode reduzir o risco de sintomatologia depressiva e prejuízos cognitivos (BAUMAN et al., 2016; CERIN et al., 2017). Vizinhanças que combinam a alta densidade residencial, variedade de usos do solo, conectividade viária, acesso a transporte público, estética agradável, segurança contra crimes e no trânsito, presença de instalações recreativas, infraestrutura para a caminhada e ciclismo (ADAMS et al., 2012), áreas verdes e porção do céu visível (LIN et al., 2020) aumentaram as chances de caminhada para transporte (ADAMS et al., 2012) e lazer entre os idosos (ADAMS et al., 2012; LIN et al., 2020). Além disso, bairros bem organizados são capazes de manter a independência dos idosos, e facilitar o estabelecimento de vínculo com a comunidade (ZHANG et al., 2019).

Estudos têm descoberto que as vizinhanças que agregam um maior número de atributos positivos, geralmente localizadas em regiões economicamente privilegiadas, levam os idosos a relatarem não apenas uma maior percepção de segurança, um ambiente esteticamente agradável, infraestrutura adequada para pedestres, disponibilidade de comodidades, tranquilidade e melhor qualidade do ar, mas também são mais propensos a realizarem caminhadas (ZANDIEH et al., 2016) e apresentar menor sintomatologia depressiva (HERNANDEZ et al., 2015) e CCL (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022). Por outro lado, os idosos que vivem em vizinhanças economicamente vulneráveis percebem menos segurança, pior infraestrutura para pedestres e menor apelo estético em seus bairros, o que desencoraja a prática de caminhada fora de casa (ZANDIEH et al., 2016). Além disso, os idosos que vivem nestes contextos, têm oportunidades limitadas para interação social e restrição da AF no transporte, provavelmente devido às desordens na vizinhança (KERR; ROSENBERG; FRANK, 2012), o que pode levar ao aparecimento de sintomas depressivos e CCL nos idosos.

Considerando que diferentes tipologias de vizinhanças do bairro podem impactar de maneiras distintas os sintomas depressivos e CCL em idosos, pesquisadores têm conduzido estudos em países de alta (PUN; MANJOURIDES; SUH, 2019) e média renda (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022; ZHANG et al., 2019), utilizando um único indicador da vizinhança (PUN; MANJOURIDES; SUH, 2019), indicadores negativos da vizinhança (TAMURA et al., 2020) ou medidos objetivamente (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022; ZHANG et al., 2019). No entanto, estudos que consideram múltiplos indicadores de vizinhança, tem se mostrado mais robustos

quando comparado a abordagens que utilizam os atributos do ambiente de forma isolada (ADAMS et al., 2013; HAGENARS; HALMAN, 1989). Isso se deve à capacidade de reconhecer áreas onde os residentes podem estar enfrentando situações desfavoráveis e orientar intervenções contextualmente relevantes e personalizadas (ADAMS et al., 2013; HAGENARS; HALMAN, 1989).

Em nações latino-americanas as tipologias de bairros têm sido identificadas a partir da percepção de indicadores de ambientes social (CASTRO; AQUINO; AMORIM, 2022) e construído, como o acesso a comércio e serviços (ADAMS et al., 2013; CASTRO; AQUINO; AMORIM, 2022) e segurança (ADAMS et al., 2013; CASTRO; AQUINO; AMORIM, 2022) entre adolescentes, jovens (CASTRO; AQUINO; AMORIM, 2022) e adultos (ADAMS et al., 2013). No entanto, entre os idosos, a população que mais cresce no continente, ainda há desconhecimento sobre este tópico. Esta questão é particularmente relevante no Brasil, onde os transtornos mentais e neurológicos representam as principais causas de mortalidade prematura (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022). Ao relacionar essas características da vizinhança do bairro, podemos ampliar o olhar sobre o cuidado em saúde mental, convergindo para um cenário epidemiológico mais positivo.

2.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS

Ambiente construído: compreende as construções, espaços e objetos que são criados ou modificados pelo ser humano, capaz de influenciar os contextos e padrões comportamentais (GILES-CORTI, 2006).

Vizinhança do bairro: a área ao redor da residência acessível em até 15 minutos (MALAVASI et al., 2007).

3.MÉTODO

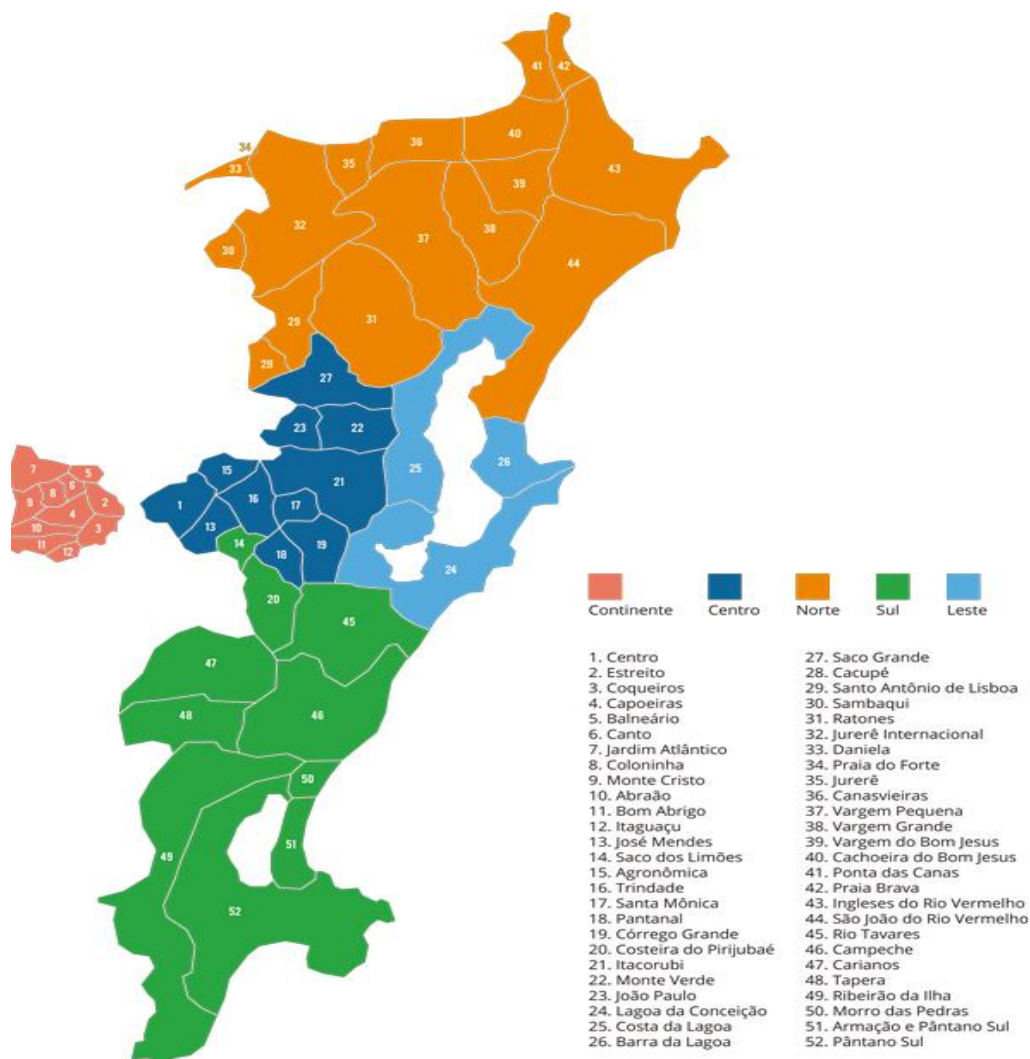
3.1 DELINEAMENTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado por meio de entrevistas presenciais no domicílio do idoso, utilizando dados da terceira onda (2017-2019) do estudo de coorte de base populacional, intitulado “Estudo EpiFloripa Idoso – Condições de

Saúde do Idoso em Florianópolis, SC”. A amostra foi composta por idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade, capital do estado de Santa Catarina, sul do Brasil.

Florianópolis está dividida em cinco regiões administrativas — central, norte, leste, sul e continente —, onde estão distribuídos os 52 bairros da cidade, sendo 11 na região central, 17 no Norte, 3 no Leste, 10 no Sul, e 11 no Continente (ACIF, 2024). A *região central* é composta pelos bairros Centro, José Mendes, Agrônômica, Trindade, Pantanal, Santa Monica, Córrego Grande, Itacorubi, Monte Verde, João Paulo, e Saco Grande. Os bairros da *região norte* incluem Cacupé, Santo Antônio de Lisboa, Sambaqui, Ratone, Jurerê Internacional, Daniela, Praia do Forte, Jurerê, Canasvieiras, Vargem Grande, Vargem Pequena, Vargem do Bom Jesus, Cachoeira do Bom Jesus, Ponta das Canas, Praia Brava, Ingleses do Rio Vermelho, e São João do Rio Vermelho. A *região leste* é composta pelos bairros Lagoa da Conceição, Costa da Lagoa e Barra da Lagoa. Por sua vez os bairros Saco dos Limões, Costeira do Pirajubaé, Rio Tavares, Carianos, Tapera, Campeche, Ribeirão da Ilha, Morro das Pedras, Armação e Pântano do Sul, Pântano Sul compõe a *região sul*. Por fim, a *região continental* engloba os bairros Estreito, Coqueiros, Capoeiras, Balneário, Canto, Jardim Atlântico, Coloninha, Monte Cristo, Abraão, Bom Abrigo, e Itaguaçu (ACIF, 2024).

A região central é o núcleo urbano e econômico da cidade, onde se concentram as principais atividades comerciais, financeiras e administrativas, resultando em uma alta densidade residencial e renda per capita elevada. A região norte é amplamente residencial, mas tem experimentado um crescimento comercial e turístico nos últimos anos. A região leste conhecida pelas paisagens naturais, e agrega diversidade de uso misto do solo. O planejamento urbano da região tem buscado conciliar a expansão do comércio e a demanda por novas moradias com a necessidade de conservar o ambiente natural, resultando em uma infraestrutura que, embora em crescimento, ainda mantém muitas áreas verdes e uma baixa densidade em comparação com outras regiões da cidade. A região sul é caracterizada por uma mistura de áreas rurais e urbanas, com uma predominância de bairros residenciais mais tranquilos e comunidades tradicionais, onde estudos têm destacado o equilíbrio entre desenvolvimento e preservação cultural. Por fim, o continente é uma área em expansão, com significativo desenvolvimento urbano e econômico nos últimos anos, impulsionado por investimentos em infraestrutura e habitação, o que tem atraído novas populações e transformado o perfil socioeconômico da região.



Fonte: Associações Comerciais e Industriais de Santa Catarina (ACIF)

Florianópolis possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado em relação à média nacional (0,847 versus 0,755), sendo a dimensão longevidade a que mais contribuiu para o IDH, seguida da renda e educação, com índices de 0,873, 0,870 e 0,800, respectivamente (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 2022). Apresentando um coeficiente de desigualdade social de 0,54 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) cerca de 87,8% dos domicílios apresentam sistema de esgoto sanitário adequado, 54,4% daqueles localizados na área urbana, conta com uma infraestrutura de calçadas, bueiros, pavimentação e meio-fio; e 32% das áreas domiciliares são arborizadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Em relação a mobilidade urbana, embora os modos de transporte não motorizados sejam legalmente uma prioridade (BRASIL, 2012), 48% dos destinos são percorridos de transporte individual motorizado (LOGIT ENGENHARIA CONSULTIVA; STRATEGY&; MACHADO

MEYER SENDACZ E OPICE; ADVOGADOS., 2015), com uma frota estimada de 693 mil automóveis para cada 1000 habitantes no ano de 2021 (VIA ESTAÇÃO CONHECIMENTO, 2021). A infraestrutura ciclovitária apresenta uma malha reduzida (cerca de 70 km de extensão, sendo maior parte na área insular), caracterizada pela descontinuidade e inconsistência de desenho que não seguem padronização de matérias de pavimentação, larguras, e soluções de drenagem (LOGIT ENGENHARIA CONSULTIVA; STRATEGY&; MACHADO MEYER SENDACZ E OPICE; ADVOGADOS., 2015). Estas demandas de ordenamento da área urbana estão incluídas para resolução no Plano de Mobilidade Sustentável da Grande Florianópolis (LOGIT ENGENHARIA CONSULTIVA; STRATEGY&; MACHADO MEYER SENDACZ E OPICE; ADVOGADOS., 2015). Além disso, a cidade apresenta elevada cobertura da Atenção Primária à Saúde (97,3%) (GRUPO DE CONDUÇÃO ESTADUAL DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2023) e por meio do Plano Diretor busca proporcionar qualidade de vida e oportunidades equitativas ambientais aos seus cidadãos (Lei Complementar 482/2014)

Ademais, novas oportunidades de cuidados em saúde são vislumbradas a partir da promulgação do decreto 20.281/2019 que instituiu o comitê gestor Municipal da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa com o objetivo de implementar ações destinadas ao envelhecimento saudável, ativo, sustentável e cidadão da população de Florianópolis (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2019).

3.2 AMOSTRA

3.2.1 EpiFloripa Idoso (2009/2010)

Para obter na linha de base um quantitativo representativo de idosos, levou-se em consideração o tamanho da população de idosos de Florianópolis, estimado em 44.460 (10,8%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009), nível de confiança de 95%, prevalência para desfecho desconhecida (50%), erro amostral previsto (4%), efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado em 2. Foram adicionados 20% para perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão, resultando em amostra desejável mínima de 1.599 pessoas.

A amostragem foi realizada em conglomerado em dois estágios, sendo as unidades de primeiro estágio os setores censitários e de segundo os domicílios. No primeiro estágio os 420 setores urbanos da cidade de Florianópolis (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2000a), foram estratificados em ordem crescente de renda (R\$ 192,80 – R\$ 13.209,50), e sorteados sistematicamente 80 destes setores (8 setores em cada decil de renda). Para sortear os domicílios, primeiramente foi realizado uma atualização de domicílios (arrolamento), uma vez que o censo tinha sido realizado no ano 2000. Nesta etapa, supervisores do estudo percorreram com o auxílio de mapas do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e de imagens do *Google Maps e Google Earth*, todos os setores censitários previamente sorteados, contabilizando apenas os domicílios ocupados. Nos setores com difícil acesso ou risco potencial, os Agentes Comunitários de Saúde, autorizados pelos Centros de Saúde local, auxiliaram os supervisores a acessar os locais.

O número de domicílios por setor variou de 61 a 725, e para reduzir o coeficiente de variação, os setores com menos de 150 domicílios e geograficamente próximos foram agrupados, e aqueles com mais de 500 domicílios, respeitando o decil de renda correspondente foram divididos, originando 83 setores censitários composto por 22,846 domicílios. Com uma estimativa de 3,1 pessoas por domicílios em Florianópolis (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000b), e a prevalência de 10,8% de idosos na cidade, obteve-se em média que apontou a necessidade de visitar cerca de 60 domicílios por setor censitário para encontrar 20 idosos. Os domicílios foram sorteados sistematicamente e todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram considerados elegíveis para a pesquisa. Em razão da disponibilidade de recursos financeiros do estudo EpiFloripa Idoso, estimou-se realizar 23 entrevistas por setor censitário, obtendo-se 1,911 elegíveis para o estudo. Ao final, a amostra foi composta de 1702 idosos entrevistados (taxa de resposta de 89,1%).

3.2.2 EpiFloripa Idoso (2013/2014)

Para realização do seguimento foram realizadas buscas ativas dos idosos participantes da linha de base. Inicialmente foi realizada a conferência no banco do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, por local de residência (Santa Catarina), referentes aos anos de 2009 a 2012. Para os idosos elegíveis e com endereço completo (n=1400) foram enviadas cartas informando sobre a nova coleta de dados, e solicitação de atualização de contato telefônico via site do estudo EpiFloripa Idoso. Do total de cartas enviadas, 109 retornaram por inexistência ou mudança de endereço. Para maior alcance dos participantes elegíveis, foram realizados contato telefônico, e em caso de insucesso (número incorreto), realizou-se uma atualização via Sistema InfoSaúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, redes sociais, lista telefônica, contato com vizinhos, parentes e/ou amigos. Após utilização das diferentes

estratégias de localização dos idosos da linha de base, identificou-se 217 óbitos, 129 recusaram participar e 159 foram considerados perdas, desses, 111 por não localização, totalizando 1.197 entrevistados.

3.2.3 EpiFloripa Idoso (2017/2019)

O plano amostral da terceira onda realizada em 2017/2019 (1,335 idosos), baseou-se na técnica de amostragem utilizada na primeira onda do estudo, em 2009/2010 (1,702 idosos), na segunda onda em 2013/2014 (1,197 idosos) (SCHNEIDER et al., 2017), bem como em dados do censo demográfico para garantir a representatividade dos idosos residentes na área urbana da cidade. Com a terceira onda, a coorte tornou-se aberta e incluiu os novos idosos (DORSI; RECH; PAIVA, 2020).

Especialmente para o repovoamento da terceira onda, o cálculo amostral considerou o quantitativo de 48,423 idosos identificado no censo demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA., 2010), que sugeriu uma amostra mínima para representatividade de 1601 participantes. A partir das variáveis sexo (masculino e feminino) e faixa etária (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos ou mais), realizou-se uma comparação das proporções entre a linha de base (2009/2010), a segunda onda (2013/2014) e os idosos elegíveis para a terceira onda (n=1,106, sendo 956 que se mantiveram nos setores do EpiFloripa idoso, 107 passaram a residir em outros setores da cidade, e 43 mudara-se para cidades da Grande Florianópolis). Foi observada a necessidade de repor a amostra com idosos mais jovens (60 a 69 anos) e do sexo masculino.

Entre os censos de 2000 e 2010 ocorreram mudanças nos setores censitários, sendo que dos 83 setores inclusos no estudo na linha de base, 25 foram desmembrados em mais de um setor, totalizando 101. O número de domicílios variou de 51 a 877 por setor, contabilizando ao final 32,079 domicílios. Como os domicílios se mantiveram como unidades de segundo estágio (semelhante a linha de base), o emprego do arrolamento pelos supervisores do estudo foi necessário para contabilização das residências ocupadas. Para a estimativa do número de domicílios a serem visitados em cada setor, considerou-se percentual de 13,6% da população de idosos, e a média de um idoso a cada três domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA., 2010). Estimou-se a quantidade necessária a ser visitada com acréscimo de 20% de perdas previstas, e multiplicou-se o resultado por três (número de idosos a cada domicílio). Para compor a amostra, foi realizado um levantamento das pessoas que participaram do estudo EpiFloripa Adulto em 2009/2010, e que no mês de julho de 2018 haviam

completado 60 anos ou mais. Foram identificadas 321 pessoas elegíveis, e contatadas para identificar a disponibilidade em participar do estudo EpiFloripa Idoso, a atualização de endereço e telefones, quando pertinente. Do total, 105 foram entrevistadas, 13 foram identificadas como óbito, 75 recusaram participar, e 109 foram perdas. A Figura 1 apresenta o fluxograma das três ondas do estudo.

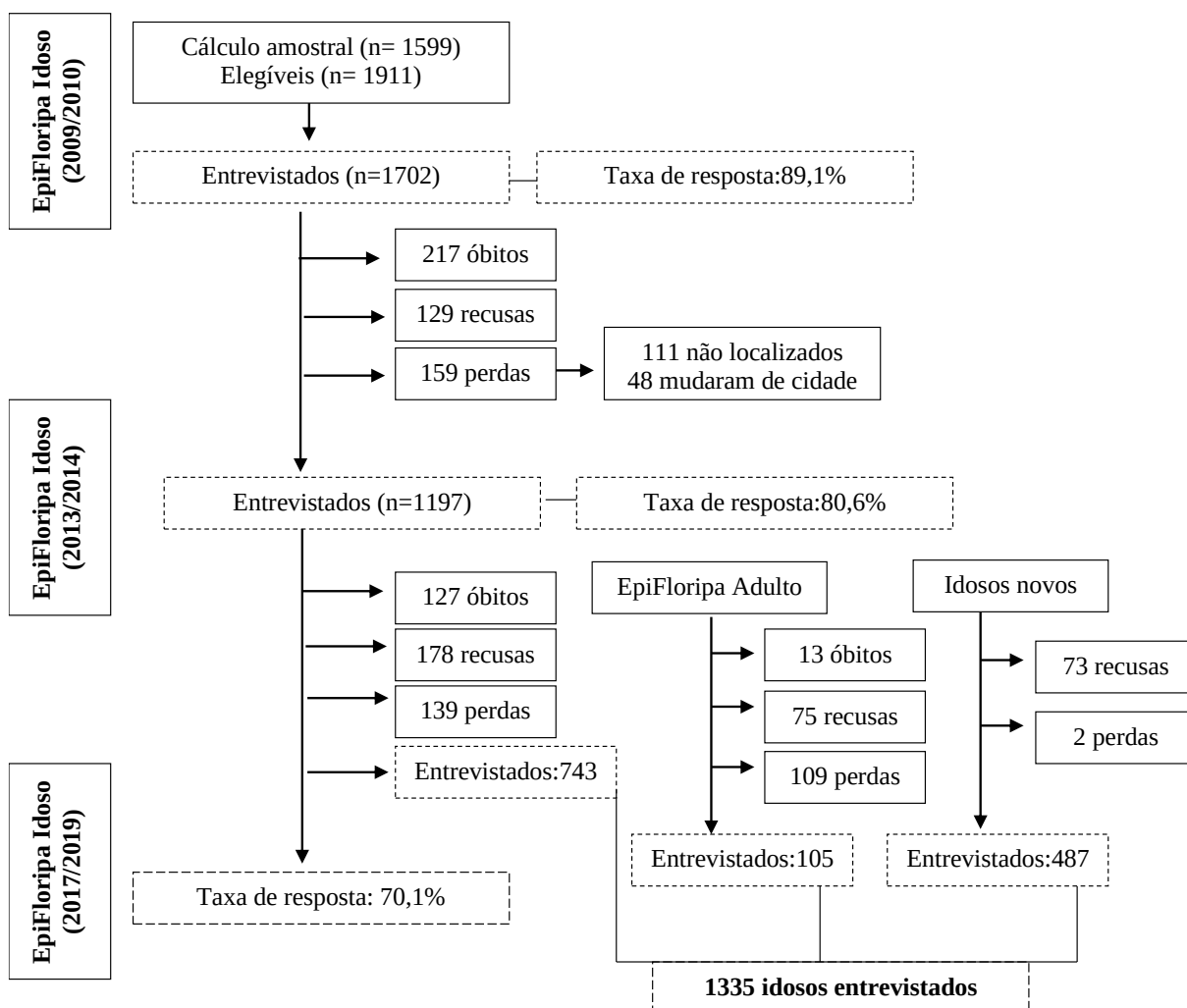


Figura 1- Fluxograma das etapas e do plano amostral do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. Florianópolis/SC, 2009-2019

*Elaborado pela autora e adaptado do relatório técnico-científico Estudo de coorte EpiFloripa Idoso (DORSI; RECH; PAIVA, 2020).

3.3 PERDAS E RECUSAS

De maneira semelhante a linha de base (2009/2010), nos seguimentos (2013/14 e 2017/2019) foram consideradas perdas os idosos não localizados após quatro visitas (ao menos uma visita no final de semana e uma à noite) e os impossibilitados por motivo de viagem ou internação hospitalar. Em 2013/2014 e 2017/2019 foram considerados como perdas também, os idosos não localizados por falta de endereço atualizado, os que mudaram de cidade (fora do perímetro da Grande Florianópolis) e os que foram a óbito. Foram consideradas recusas os idosos que expressaram pessoalmente não ter interesse em participar.

3.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os questionários de coleta de dados da linha de base e dos seguimentos foram compostos principalmente de instrumentos validados na literatura. O questionário da linha de base considerou diversas temáticas como a saúde mental, condições de saúde e estilos de vida, ambiente construído, capacidade funcional e quedas, atividade física, morbidades, alimentação, uso de serviços de saúde, violência e saúde da mulher. Em 2013/14, optou-se pela exclusão do tema saúde da mulher, e adicionou as demais temáticas, a avaliação da qualidade de vida e discriminação. Em 2017/2019, além das temáticas anteriores foram acrescentados o comportamento sedentário, constructo social, isolamento social, apoio social, testes de funcionalidade, fragilidade e violência financeira. Informações mais detalhadas sobre as temáticas podem ser obtidas em <https://epifloripaidoso.paginas.ufsc.br/artigos/>. Especificamente o questionário da terceira onda, pode ser consultado no endereço <https://epifloripaidoso.paginas.ufsc.br/2017/10/16/inquerito-20172018/> e no apêndice 1 desta tese

3.5 EQUIPE DE TRABALHO

Docentes e discentes dos cursos de Pós-graduação (mestrandos e doutorandos) em Saúde Coletiva, Educação Física, Ciências Médicas, Odontologia e Nutrição, bolsistas de pós-doutorado e de iniciação científica da UFSC, entrevistadores contratados e pesquisadores da Universidade do Sul de Santa Catarina, da Universidade de São Paulo e da *University College London* compuseram a equipe de trabalho.

3.6 RECRUTAMENTO DE TREINAMENTO DA EQUIPE DE COLETA

A divulgação das vagas destinadas aos entrevistadores da pesquisa da linha de base, e nos seguimentos, ocorreram via e-mail, enviado pela UFSC e redes sociais. A entrevista estruturada contendo informações sobre a formação, ocupação, disponibilidade de tempo, e local de residência, foi o mecanismo utilizado para avaliar e selecionar os candidatos previamente. Os candidatos aprovados receberam o manual de instruções *online* da pesquisa e o instrumento da coleta de dados para leitura.

Na linha de base, a equipe de vinte entrevistadores possuía no mínimo ensino médio completo; em 2013/2014, treze entrevistadores apresentam ensino superior completo, preferencialmente com formação inicial na área da saúde e experiência em pesquisa científica; e em 2017/2019, quarenta e um entrevistadores eram discentes da graduação, pós-graduação ou com alguma formação (sem uma área específica), experientes com pesquisa científica ou interessados em pesquisa de campo. Todos os selecionados foram treinados quanto aos instrumentos, formas de coleta e habilidades técnicas e de comunicação com os idosos.

O treinamento ocorreu em três etapas: 1) Aspectos gerais e prova teórica: apresentação do projeto, carga horária de trabalho, remuneração, explicação do instrumento de coleta e manual de instruções, manipulação dos instrumentos e escalas utilizadas na coleta, esclarecimento de critérios de elegibilidade, perdas e recusa, e orientação sobre a abordagem e postura perante os entrevistados. Posteriormente, foi realizada avaliação teórica com questões objetivas de todo o conteúdo abordado no treinamento, com nota mínima exigida de sete pontos; 2) Treinamento e prova prática: realização das medidas antropométricas na linha de base e nos seguimentos; e em 2017/2019 ocorreram também o treinamento de testes físicos e funcionais. Cada entrevistador realizou as mensurações duas vezes em dez voluntários, para posterior avaliação da acurácia (comparação com padrão-ouro). Entrevistadores que realizaram medidas dentro da margem do erro técnico foram aprovados para a próxima etapa da seleção, os demais foram novamente instruídos e repetiram as medidas até estarem aptos; 3) Entrevista em campo: entrevistadores aprovados realizaram entrevista supervisionada com idoso não participante da amostra e fora dos setores censitários da pesquisa, com o intuito de avaliar a atuação do candidato em campo (fase de pré teste). O supervisor registrou no instrumento de avaliação o desempenho do entrevistador, e aprovou finalmente aqueles qualificados nas três etapas de seleção e com disponibilidade de tempo para a pesquisa.

3.7 COLETA DE DADOS

Antes da realização da coleta de dados da linha de base, foi realizada uma ampla divulgação via exposição de cartazes, telejornal local, programas de rádio e no Núcleo de Estudos da Terceira Idade da UFSC. Além disso, os supervisores de coleta se deslocaram até os domicílios sorteados sob a responsabilidade do seu entrevistador e distribuiu cartas de apresentação do estudo. Os centros de saúde, comércios, igrejas e centros de convivência também foram pontos de exposições de cartazes sobre a coleta de dados.

Após esta etapa de divulgação, cada entrevistador recebeu um mapa do setor censitário que ficou responsável e a lista dos domicílios sorteados. Em razão do quantitativo de idosos elegíveis por setor, foi estipulado uma média de dez entrevistas semanais, e o tempo de permanência em cada domicílio seria de até uma hora e meia. Para os idosos elegíveis que participaram do EpiFloripa Adulto, os entrevistadores receberam a lista de endereços sorteados, seguindo o quantitativo semanal e tempo de entrevista definidos previamente.

Para ir a campo na linha de base e no seguimento em 2013/2014, os entrevistadores levaram consigo: 1) manual referente a coleta; 2) questionários impressos (em caso de imprevistos); 3) planilhas para registro do status da entrevista (realizada, perda, recusa, óbito, agendada); 4) lista das questões que podem ser respondidas pelo informante ou somente pelo idoso; 5) termo de consentimento livre e esclarecido; 6) lista de imagens para aplicação do instrumento de saúde mental; 7) lista com o contato de todos os supervisores; 8) bloco para rascunho; 9) esfigmomanômetro digital calibrado (Techline® e Bioland®); 10) estadiômetro portátil; 11) fita métrica flexível e inextensível com 200 cm de comprimento (Sanny®); 12) balança digital com resolução de 100 gramas (Techline® e Balmak®); 12) colete; 13) crachá de identificação e 14) brindes. Em 2017/2019 os entrevistadores receberam ainda, dinamômetro (modelo EH101, *e.clear*), fita de 2,44 metros para marcar o chão e cronômetro para serem utilizados nos testes funcionais.

Na linha de base, a coleta de dados foi registrada no *Personal Digital Assistants*, e nos seguimentos em *netbook*, e *notebooks*. Todos os entrevistadores receberam instruções sobre os cuidados com os aparelhos, preenchimento do instrumento, salvamento das entrevistas e simulação de situações para dirimir possíveis dúvidas. As entrevistas na linha de base ocorreram nos meses de setembro de 2009 a junho de 2010; e nos seguimentos de dezembro de 2013 a outubro de 2014; e outubro de 2017 e dezembro de 2019.

3.8 ANÁLISE DAS CONSISTÊNCIAS E CONTROLE DE QUALIDADE DAS ENTREVISTAS

Semanalmente, após a entrega da entrevista e durante todo o período de coleta foram verificadas as consistências dos dados. Esta medida objetiva identificar coerências das respostas, e em caso de contradição eram avaliadas pelo supervisor em conjunto com o entrevistador, contato telefônico com o participante ou responsável; ou caso necessário nova visita era agendada. Após correção das inconsistências, obtiveram-se em definitivo as variáveis que compuseram os bancos de dados finais.

O controle de qualidade foi realizado em 10% das entrevistas realizadas na linha de base e no seguimento em 2013/2014; e em 15% em 2017/2018, a partir de algumas variáveis sorteadas. Este controle semanal foi realizado pelos supervisores dos entrevistadores para garantir que as entrevistas estivessem sido realizadas na íntegra, assegurando a confiabilidade do trabalho.

A análise de concordância realizada através da aplicação do teste *Kappa*, mostrou valores de 0,30 a 0,90 na linha de base; 0,50 a 0,94 em 2013/2014, e 0,71 a 0,92 na em 2017/2019, demonstrando uma reprodutibilidade satisfatória em algumas questões, e boa a excelente na maioria delas.

3.9 ESPACIALIZAÇÃO DOS ENDEREÇOS RESIDENCIAIS DA AMOSTRA

O processo de geocodificação dos endereços dos idosos participantes do estudo EpiFloripa Idoso foi descrito anteriormente (SALVADOR et al., 2023). Brevemente, informações de identificação do participante, nome, telefone, logradouro, número residencial, código postal (CEP) e bairro foram necessários para a geolocalização. Três estratégias principais foram adotadas para a geocodificação: 1) padronização dos endereços, devido a recorrência de informação incompleta ou formatação incompatível com o programa de geocodificação; 2) correção manual; 3) atribuição de coordenadas e conferência. Consultas em sites de mapeamento (*Google Maps*, *Google Street View*) e em dados municipais do sistema viário (<http://geo.pmf.sc.gov.br>) facilitaram a geocodificação manual das coordenadas dos endereços não encontrados. Os mesmos critérios de espacialização foram seguidos com os dados da segunda e terceira onda. Após finalização, os endereços geocodificados e

geolocalizados foram importados no software QGis, onde foi dado seguimento às análises espaciais.

3.10 FINANCIAMENTO E PARCERIAS DO PROJETO

Na linha de base, a infraestrutura, equipamentos e calibração necessária à realização das entrevistas domiciliares foram disponibilizadas pela instituição proponente, a UFSC. Os supervisores foram alunos da Pós-Graduação da UFSC, sendo alguns sob o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Em 2013/2014 as entrevistas foram realizadas por bolsistas e os *netbooks* foram cedidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro. E em 2017/2019 a pesquisa foi financiada pelo *Economic and Social Research Council*, do Reino Unido.

3.11 Apoio financeiro para execução das atividades do doutorado

Nos meses de março de 2020 a março de 2021, a doutoranda contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e após este período foi beneficiada pela UNIEDU/FUMDES (nº 471/SED/2021).

3.12 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo EpiFloripa Idoso na linha de base e nos seguimentos, atendeu aos preceitos éticos da resolução 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob os pareceres nº 352/2008 (linha de base); nº 526.126/2013 e CAAE16731313.0.0000.0121 (2013/2014); e nº 1.957.977 em 2017/2019. Especialmente o documento da terceira onda, encontra-se nos anexos (anexo 1).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficando uma cópia de posse do entrevistado e outra com o entrevistador (apêndices 3 e 4). Foi garantida a confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. A situação de assentimento/anuência aos idosos em situação de vulnerabilidade também foram asseguradas no TCLE, sendo requerida a autorização do representante legal. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

3.13 ENVOLVIMENTO DA AUTORA NO ESTUDO EPIFLORIPA IDOSO

Desde o ano de 2013, a autora da presente tese tem colaborado como pesquisadora no estudo EpiFlopripa Idoso. Durante a segunda onda (2013-2014), participou ativamente das reuniões administrativas, acerca das coletas de dados e desenvolveu sua dissertação. Em 2015 participou da organização e rotinas de exames clínicos, de imagem e de monitoramento da atividade física em sub-mostra da segunda onda. Nesta fase, também assumiu, a função de organizar a coleta e o banco de dados dos acelerômetros, utilizados pelos participantes.

No ano de 2017 (terceira onda), colaborou voluntariamente com o planejamento da coleta de dados da terceira onda, participando ativamente da etapa de arrolamento dos setores censitários. Durante o período do doutorado, participou da fase de planejamento e execução da quinta onda do EpiFloripa Idoso (2023-2024), que incluiu a confecção de cartas-convites aos idosos, organização do manual e questionário, produção do checklist das variáveis das ondas do estudo, planejamento, organização da coleta de dados de acelerometria e *Global Positioning System*; e por fim analisou os dados e organizou o banco de dados de acelerômetros.

Em paralelo as atividades administrativas do estudo EpiFloripa Idoso, a autora desta tese também atuou como autora e coautora de diversos artigos científicos, publicados em revistas de grande relevância, além relatório técnico e resumos, cujos resultados foram destacados e premiado em evento científico da Educação Física.

3.14 VARIÁVEIS DEPENDENTES

3.14.1 Sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve

A presença de sintomas depressivos foi obtida pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), validada e adequada para a população idosa brasileira (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Este instrumento é composto por 15 questões e com opções de resposta (sim/não), cuja pontuação varia de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze (escore máximo de sintomas depressivos). O ponto de corte ≥ 6 pontos foi considerado indicativo da presença de sintomas depressivos em idosos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

O comprometimento cognitivo leve foi avaliado por meio do *Mini-Mental State Examination* (MMSE), que é considerado um teste de avaliação cognitiva que abrange os domínios de orientação temporal e espacial, memória recente e evocativa, cálculo, compreensão

e escrita (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). O escore do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos, sendo considerada presença de comprometimento cognitivo leve quando os idosos sem escolaridade obtiveram escores <19, enquanto <24 pontos foram considerados entre aqueles com algum grau de escolaridade (ALMEIDA, 1998). O MEEM apresentou sensibilidade de 80,0% e especificidade de 70,9% para o diagnóstico de demência em idosos sem escolaridade; e 77,8% e 75,4% de sensibilidade e especificidade, respectivamente, para aqueles com histórico escolar (ALMEIDA, 1998).

3.15 VARIÁVEL INDEPENDENTE

3.15.1 Percepção do ambiente da vizinhança do bairro

A percepção do ambiente da vizinhança bairro relacionado à caminhada foi avaliada por meio de uma escala (A-NEWS) derivada do *Neighborhood Environment Walkability Scale* (MALAVASI et al., 2007), traduzida e validada com amostra de adultos e idosos brasileiros (FLORINDO et al., 2012). A vizinhança foi definida como a área ao redor da residência acessível em até 15 minutos. Foram considerados 12 questões dicotômicas (não/sim) sobre a presença de atributos dos macroindicadores 1) uso misto do solo: comércios de produtos, serviços e espaço público de lazer; 2) infraestrutura: inclinação da rua e pavimentação das calçadas; 3) estética: áreas verdes ao longo das calçadas; 4) segurança relacionada ao trânsito: dificuldades de locomoção devido ao trânsito de motos, carros e caminhões; e presença de faixa de pedestre/passarela; 5) segurança relacionada ao crime: segurança durante o dia e noite; e alto nível de criminalidade como por exemplo, depredação de locais públicos e privados, furtos, assaltos, arrombamentos, e agressões.

3.15.2 Covariáveis

Para alcançar o primeiro objetivo desta tese, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo (homem e mulher), faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos e mais de 80 anos), escolaridade (0 a 4; 5 a 8; e mais de nove anos de escolaridade completos), renda (renda total, incluindo aposentadoria) estratificada em tercil alto (1º tercil: R\$ 4.100,00 a R\$ 30.000,00); intermediário (2º quartil de R\$ 1.700,00 a R\$ 4.000,00) e baixo ($R\$ \leq 1.619,00$). Caminhadas para o transporte (por exemplo, ir ao trabalho, supermercado, farmácia, banco, visitar um amigo) e lazer

(recreação, exercícios), realizadas nos últimos sete dias de uma semana típica foram obtidas por meio da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física, validado para idosos brasileiros (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004).

Para alcançar o segundo objetivo, gráficos acíclicos direcionados (DAG) foram construídos no programa DAGitty (<https://dagitty.net/>) para representar o modelo teórico e destacar o envolvimento das covariáveis nas associações entre as tipologias de vizinhança do bairro e sintomas depressivos e CCL (Figuras 2 e 3). Os critérios gráficos para seleção das covariáveis ajustadas foram utilizados para identificar o conjunto mínimo necessário de ajustes para potenciais confundidores e mediadores, visando reduzir o viés de seleção dessas variáveis (SHRIER; PLATT, 2008; TEXTOR et al., 2016). O critério porta de trás selecionou as variáveis sexo (masculino e feminino), faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais), escolaridade (0 a 4 anos; 5 a 8 anos e 9 anos ou mais) e renda individual total estratificada em quartil superior (1º quartil: R\$ 5,030.00 até R\$ 30,000.00); intermediários (segundo quartil de R\$ 2,600,00 até 5,000.00 e terceiro quartil de R\$: 1,035.00 até 2,500.00) e inferior ($R\$ \leq 1,000.00$) para os sintomas depressivos e CCL. Para o CCL, apenas a escolaridade não foi selecionada por ser considerada na pontuação do MEEM. Além disso, a prática de atividade física no transporte (0-9 min; 10-149 min; e ≥ 150 min/semana), obtida pela versão do Questionário Internacional de Atividade Física, validado para idosos e idosos brasileiros (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004), foi incluída porque potencialmente pode demonstrar os caminhos pelo qual a variável independente influencia as variáveis dependentes (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022; ZHANG et al., 2019). Por fim, a modelagem de equações estruturais sugeriu a inclusão da variável morbidade, identificada pela pergunta: Algum médico ou profissionais de saúde já disse que o (a) senhor (a) tem/teve: doença de coluna/costas; artrite ou reumatismo; câncer, diabetes; bronquite ou asma; doença do coração ou cardiovascular; insuficiência renal crônica; tuberculoso; cirrose; AVC, derrame ou isquemia cerebral; osteoporose; depressão; hipertensão arterial. As opções de respostas foram sim/não.

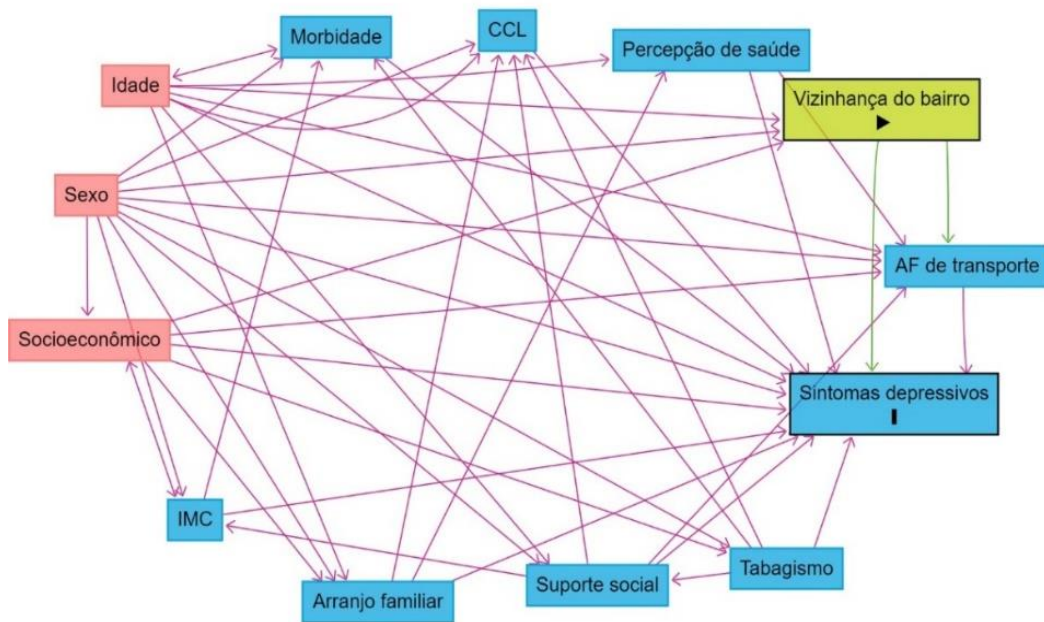


Figura 2 -Modelo teórico do conjunto mínimo de ajuste de covariáveis indicado pelo gráfico acíclico direcionado da associação entre tipologias de características da vizinhança do bairro e sintomas depressivos.

A exposição é a vizinhança do bairro (símbolo play) e o desfecho são os sintomas depressivos (símbolo stop). As variáveis identificadas pela caixa na cor rosa são os ancestrais da exposição e desfecho, e na cor azul é o ancestral do desfecho e também do mediador. As setas representam a associação causal entre cada variável. As setas em lilás são os caminhos de polarização e os verdes são o caminho causal entre a exposição e o desfecho. AF: atividade física; IMC: índice de massa corporal; CCL: comprometimento cognitivo leve.

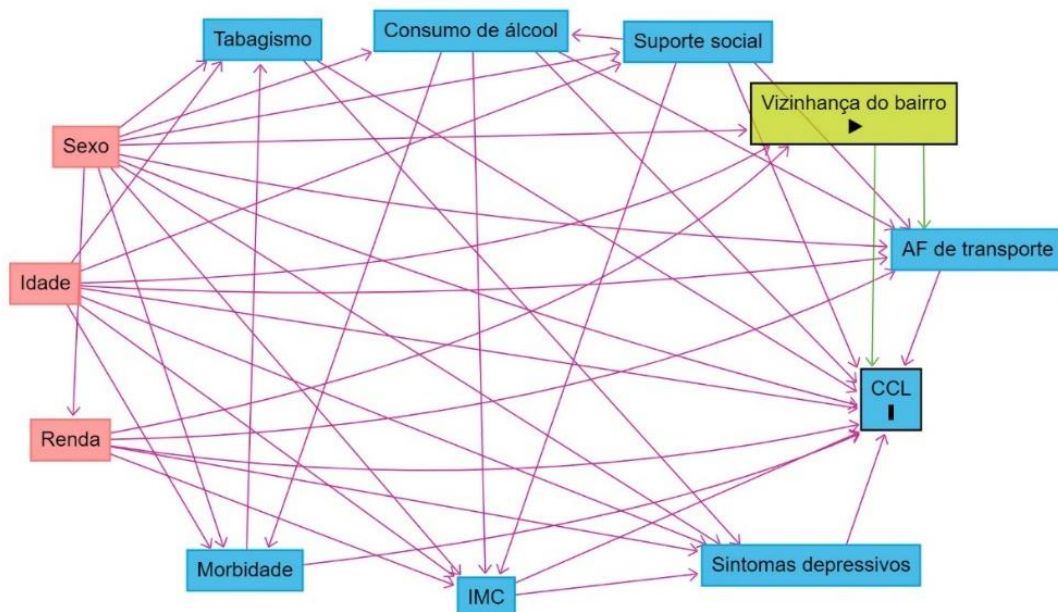


Figura 3 - Modelo teórico do conjunto mínimo de ajuste de covariáveis indicado pelo gráfico acíclico direcionado da associação entre tipologias de características da vizinhança do bairro e comprometimento cognitivo leve (CCL).

A exposição é a vizinhança do bairro (símbolo play) e o desfecho é o CCL (símbolo stop). As variáveis identificadas pela caixa na cor rosa são os ancestrais da exposição e desfecho e na cor azul é o ancestral do desfecho

e também o mediador. As setas representam a associação causal entre cada variável. As setas em lilás são os caminhos de polarização e os verdes são o caminho causal entre a exposição e o desfecho. AF: atividade física; IMC: índice de massa corporal; CCL: comprometimento cognitivo leve.

3.13 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Foram realizadas análises descritivas (média e desvio padrão, frequência relativa e absoluta). Para alcançar o primeiro objetivo foram identificadas tipologias de vizinhança do bairro por meio da análise de classe latente (LCA), considerando os atributos da vizinhança relacionado ao uso misto do solo, infraestrutura, estética, segurança no trânsito e no bairro. Modelos com duas a seis classes foram gerados e o número de classes foram identificadas pelos critérios de informação bayesiana (BIC), o critério de informação de akaike (AIC), o critério de Informação de akaike consistente (CAIC), o critério de informação bayesiana ajustada (ABIC) e a razão log-verossimilhança (COLLINS; LANZA, 2010). O modelo mais parcimonioso e melhor ajustado foi aquele com menores valores de critérios e mais interpretáveis (COLLINS; LANZA, 2010). Os participantes foram alocados nas classes em que tinham a maior probabilidade de pertencimento, conforme padrões de resposta ao item para cada atributo percebido da vizinhança (COLLINS; LANZA, 2010). A probabilidade de percepção dos atributos da vizinhança variou de 0 a 1, sendo distribuída em três categorias iguais: baixo (0 a 0,33), moderado (0,34 a 0,66) e alto (0,67 a 1).

Teste de qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para testar a associação entre as classes de tipologias da vizinhança do bairro e variáveis sociodemográficas. Regressão logística ajustada (*odds ratio* -OR) pelas variáveis sociodemográficas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) foram utilizadas para testar a associação entre as classes identificadas (“baixa caminhabilidade e insegura” considerada a categoria de referência) e a caminhada de deslocamento e lazer (≥ 150 min/semana). O gráfico foi construído para representar *odds ratio* ajustados em uma escala logarítmica. O nível de significância foi estabelecido como $p \leq 0,05$ em todas as estatísticas inferenciais, considerando os pesos amostrais.

Para alcançar o segundo objetivo, testes de χ^2 foram utilizados para testar associação entre a presença de sintomas depressivos e CCL (desfechos), de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. As modelagens de equações estruturais (MEE) foram realizadas para analisar os efeitos diretos, indireto total, indiretos específicos, e o total dos contextos limites das tipologias de características da vizinhança do bairro (baixa caminhabilidade e moderadamente segura e alta caminhabilidade e segura durante o dia) nos

sintomas depressivos e CCL, utilizando coeficientes padronizados (β). A partir da variável original (tipologias de características do ambiente da vizinhança) com cinco categorias, foram criadas duas variáveis *dummies*. A primeira “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” foi construída combinando as categorias 2 a 5 em uma única categoria codificada como 0, enquanto a classe 1 foi mantida como 1. Já, a segunda variável, “alta caminhabilidade e segura durante o dia”, foi derivada invertendo essa lógica, com a categoria 5 sendo codificada como 1 e as categorias 1 a 4 agrupadas e codificadas como 0.

As covariáveis sugeridas pelos critérios da porta de trás foram incluídas no modelo. Para a análise foram construídas duas variáveis latentes, sendo a primeira que considerou as 15 questões da GDS, e a segunda que combinou a escolaridade e renda, resultando no indicador nível socioeconômico (Tabela S1). Primeiramente, as variáveis latentes foram testadas por meio de análise fatorial confirmatória. Após confirmação da validade, todos os caminhos foram incluídos no modelo de mensuração.

A média robusta dos mínimos quadrados ponderados e a variância ajustada (WLSMV) e a parametrização THETA foram usadas para controlar as diferenças nas variâncias residuais. O comando “modindices” foi utilizado para indicar novos caminhos no modelo teórico inicial que melhor se ajustassem ao modelo. Quando as sugestões de modificação propostas foram consideradas plausíveis do ponto de vista teórico, um novo modelo foi desenvolvido e analisado se o valor do índice de modificação fosse >10 (WANG; WANG, 2019). Neste caso, foi incluída a variável morbididades nas análises.

Para determinar se o modelo apresentava um bom ajuste, foram considerados os seguintes índices de ajuste: $p > 0.05$ para o χ^2 (KLINE, 2015), $p < 0.05$ e limite superior do intervalo de confiança de 90% < 0.08 para a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) (WANG; WANG, 2019), valores > 0.90 para o índice de ajuste comparativo (CFI) e o Índice de Tucker-Lewis (TLI) (MARÔCO, 2010), e valores < 0.05 para a raiz quadrada média residual padronizada (SRMR), e $p < 0.05$ para carga fatorial > 0.5 , como um bom indicador de validade convergente, indicativo de uma correlação de magnitude moderadamente alta entre as variáveis observadas e o construto (KLINE, 2015).

O nível de significância foi estabelecido como $p \leq 0,05$ em todas as estatísticas inferenciais. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software Stata Statistical (versão 14; StatCorp LLC, College Station, TX). A LCA foi realizada utilizando o pacote ‘poLCA’ versão 1.4.1 disponível na biblioteca do software estatístico R 4.0.1 (The R Foundation for Statistical Computing, Viena, Áustria; <http://www.r-project.org>); e para

realizar a MEE foi utilizado o software MPLUS 8.4 (Muthen & Muthen, Los Angeles, CA, EUA).

4 RESULTADOS

Este capítulo foi organizado de acordo com os objetivos específicos. Primeiramente, são apresentadas as associações entre as tipologias de características da vizinhança do bairro e a prática de caminhada para fins de transporte e lazer entre os idosos. E em seguida, são mostrados os efeitos diretos, totais e indiretos das tipologias das características do ambiente da vizinhança nos sintomas depressivos e o comprometimento cognitivo leve em idosos.

4.1 TIPOLOGIAS DE ATRIBUTOS DA VIZINHANÇA DO BAIRRO E ASSOCIAÇÃO COM A CAMINHADA DE TRANSPORTE E LAZER EM IDOSOS

Participaram do estudo 1335 idosos (61,8% mulheres), com idades variando de 60 a 108 anos. Dentre estas, 5,9% das entrevistas foram excluídas por dados incompletos, resultando em uma amostra final de 1.256 indivíduos. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (60,7%), com idade entre 70 e 79 anos (41,6%), com mais de nove anos de estudo (46,2%) e pertencentes ao tercil de renda média (52,6%). Aproximadamente 72,3% e 83,3% dos participantes não realizaram ≥ 150 minutos/semana de caminhada para transporte e lazer, respectivamente. Mais informações da amostra estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos participantes do estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019 (n = 1256).

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	493 (39,3)
Feminino	763 (60,7)
Idade (anos)	
60 a 69	436 (34,7)
70 a 79	522 (41,6)
80 ou mais	298 (23,7)
Anos de estudo	
0-4 anos	446 (35,5)
5- 8 anos	230 (18,6)
9 anos ou mais	576 (45,9)
Nível de renda (tercil)*	
1º (alto)	336 (30,2)
2º (intermediário)	400 (36,0)
3º (baixo)	375 (33,8)
Caminhada de transporte	
≤150 min/semana	910 (73,7)
≥150 min/semana	324 (26,3)
Caminhada de lazer	
≤150 min/semana	1030 (83,3)
≥150 min/semana	215 (16,4)

* Tercil alto (1º tercil: R\$ 4.100,00 a R\$ 30.000,00); intermediário (2º tercil de R\$ 1.700,00 a R\$ 4.000,00) e baixo (R\$ ≤ 1.619,00).

As estatísticas de ajuste para os modelos de duas a cinco classes estão disponíveis na Tabela 2. O modelo com cinco classes foi selecionado uma vez e apresentou os menores valores de ajuste (BIC=16708,54, AIC=16379,86, CAIC=16772,54, ABIC=16505,25) e maior plausibilidade teórica em comparação aos demais modelos.

Tabela 2 - Índices de ajuste do modelo para análise de classes latentes de 2 a 6 soluções.

Classe	Razão log-verossimilhança ¹	AIC ²	BIC ³	CAIC ⁴	ABIC ⁵
2	-8425,84	16901,69	17030,08	17055,08	16950,67
3	-8241,90	16559,81	16754,97	16792,97	16634,26
4	-8180,58	16463,16	16725,08	16776,08	16563,09
5	-8125,92	16379,86	16708,54	16772,54	16505,25
6	-8090,83	16343,67	16739,12	16816,12	16494,53

¹razão log-verossimilhança, ²critério de informação de akaike (AIC), ³critérios de informação bayesiana (BIC), ⁴critério de Informação de akaike consistente (CAIC) e ⁵critérios de informação bayesiana ajustada (ABIC).

As características das cinco classes latentes, as probabilidades de resposta aos itens e as concentrações de idosos, segundo as classes latentes estão apresentadas nas Figuras 4 a 6 e Tabela suplementar S2. Após interpretação dos valores, as classes latentes foram rotuladas. Os idosos da classe 1 - baixa caminhabilidade e moderadamente segura, representaram 9,1% da amostra. Os idosos eram pouco prováveis de perceberem a presença de comércio de serviços espaços públicos, calçadas em bom estado, ruas planas, áreas verdes ao longo das calçadas, faixa de pedestres, e segurança à noite. Porém, houve probabilidade moderada de perceber presença de lojas, centro de saúde/convivência, faixa de pedestres, dificuldade de transporte ativo devido ao trânsito, segurança durante o dia, mesmo com ocorrência de criminalidade.

Os idosos da classe 2 - baixa caminhabilidade e segura (10,6%) tiveram baixa probabilidade de perceber comércio de serviços, centro de saúde/convivência, espaços públicos de lazer, áreas verdes nas calçadas e faixa de pedestres. Eles tiveram probabilidade moderada de perceber a presença de lojas, ruas planas e calçadas em bom estado. Além disso, era muito provável que tivessem dificuldade em movimentar-se ativamente devido ao trânsito, mas sentiam-se seguros tanto de dia como de noite, apesar de também terem notado criminalidade na vizinhança.

Os indivíduos da classe 3 - moderada caminhabilidade e pouco segura (30,6%) apresentaram alta probabilidade de perceber a presença de lojas, comércio de serviços, centro de saúde/comunidade, faixas de pedestres e segurança durante o dia e à noite, bem como sentiam dificuldade em se deslocar ativamente, devido ao trânsito e também percebiam altos níveis de criminalidade. Além disso, tinham uma moderada percepção da presença de espaços públicos de lazer e ruas planas; entretanto, eram improváveis de perceberem calçadas em boas condições de uso e áreas verdes ao longo das calçadas.

Os idosos da classe 4 - moderada caminhabilidade e moderadamente segura (28,8%) tinham alta probabilidade de perceber a presença de lojas, comércio de serviços, centro de saúde/convivência e faixas de pedestres. Além disso, apresentavam probabilidade moderada de perceber espaços públicos de lazer, ruas planas, dificuldade de transporte ativo devido ao trânsito, segurança durante o dia e criminalidade. Porém, a probabilidade de perceber calçadas em boas condições, espaços verdes ao longo das calçadas e segurança à noite foi baixa.

A classe 5 – alta caminhabilidade e segura durante o dia, representou 20,9% da amostra, e foi caracterizada por alta probabilidade de perceber a presença de lojas, comércio de serviços, centro de saúde/convivência, espaços públicos de lazer, calçadas em boas condições de uso, faixa de pedestre, e segurança durante o dia, embora percebessem a criminalidade. Apresentaram probabilidade moderada de perceber ruas planas, áreas verdes nas calçadas, dificuldade de transporte ativo devido ao trânsito e segurança durante a noite.

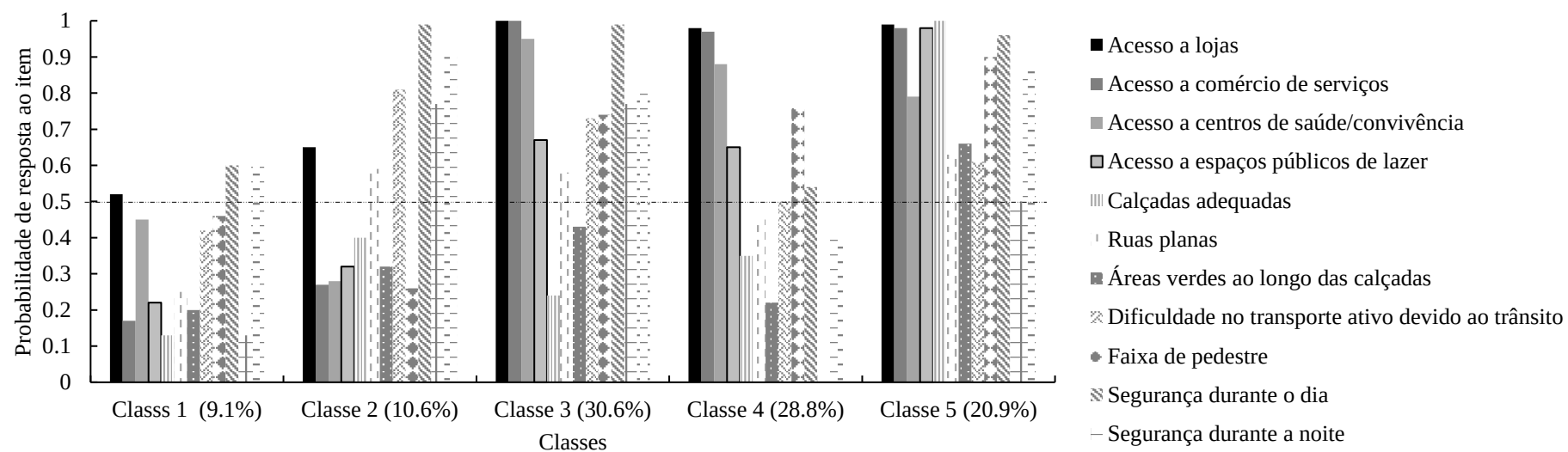


Figura 4 - - Probabilidades de resposta ao item para cada atributo percebido na vizinhança do bairro, segundo as classes latentes.

Classe 1: Baixa caminhabilidade e moderadamente segura; classe 2: Baixa caminhabilidade e segura; classe 3: Moderada caminhabilidade e pouco segura; classe 4: Moderada caminhabilidade e moderadamente segura; classe 5: Alta caminhabilidade e segura durante o dia.

Indicadores de uso misto do solo: acesso a lojas, comércios de serviços, centro de saúde/comunitário; espaços públicos de lazer;

Indicadores de infraestrutura: calçadas adequadas e ruas planas

Indicador de estética: áreas verdes nas calçadas

Indicadores de segurança no trânsito: dificuldade no transporte ativo devido ao trânsito e faixas de pedestres

Indicadores de segurança relacionada ao crime: segurança durante o dia e noite; e criminalidade.

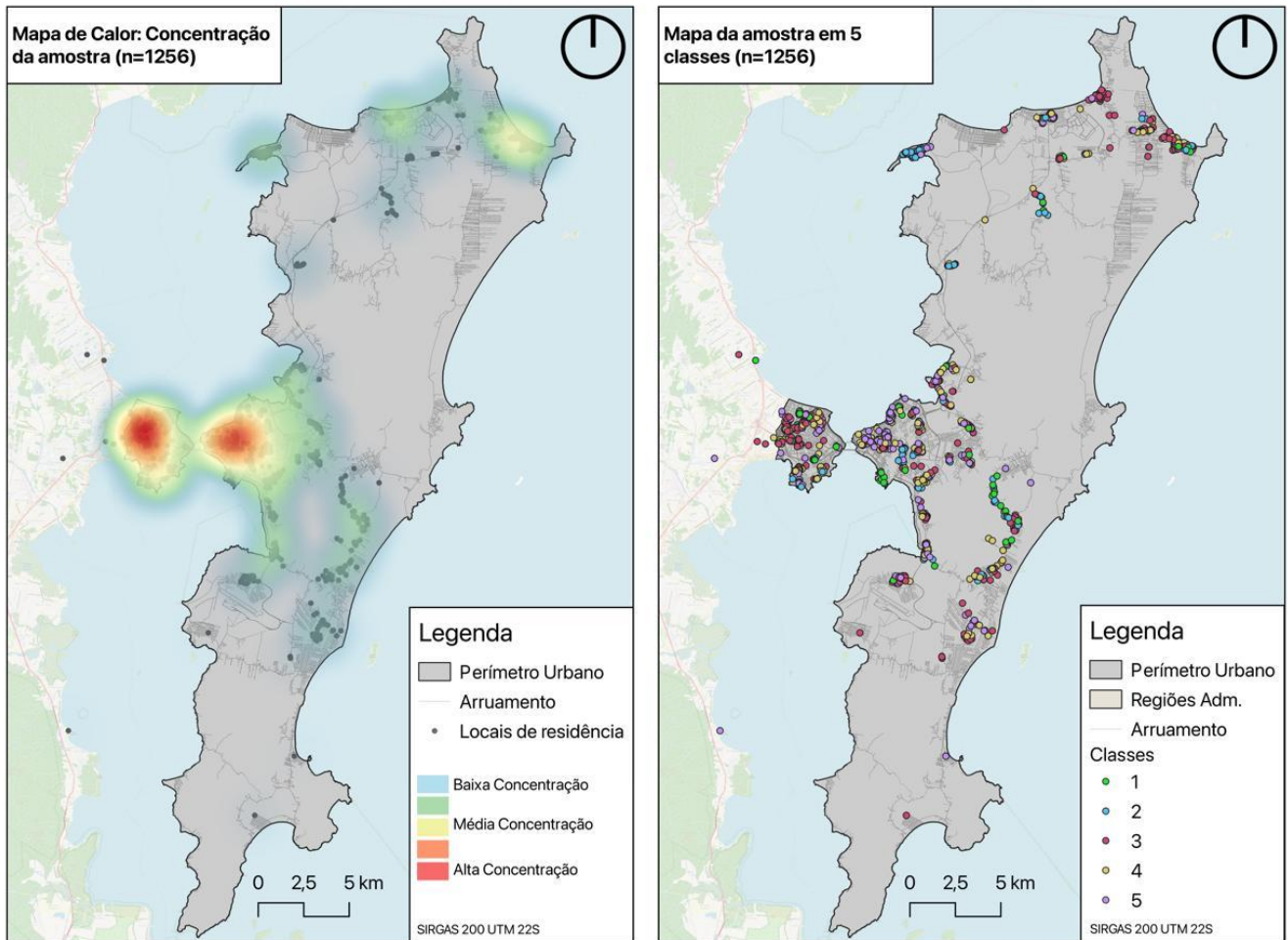


Figura 5 - Concentração de idosos, de acordo com as tipologias da vizinhança do bairro. EpiFloripa Idoso. Florianópolis, 2017-2019 (n=1256)

Classes: ¹Baixa caminhabilidade e moderadamente segura; ²Baixa caminhabilidade e segura; ³Moderada caminhabilidade e pouco segura; ⁴Moderada caminhabilidade e moderadamente segura; ⁵Alta caminhabilidade e segura durante o dia.

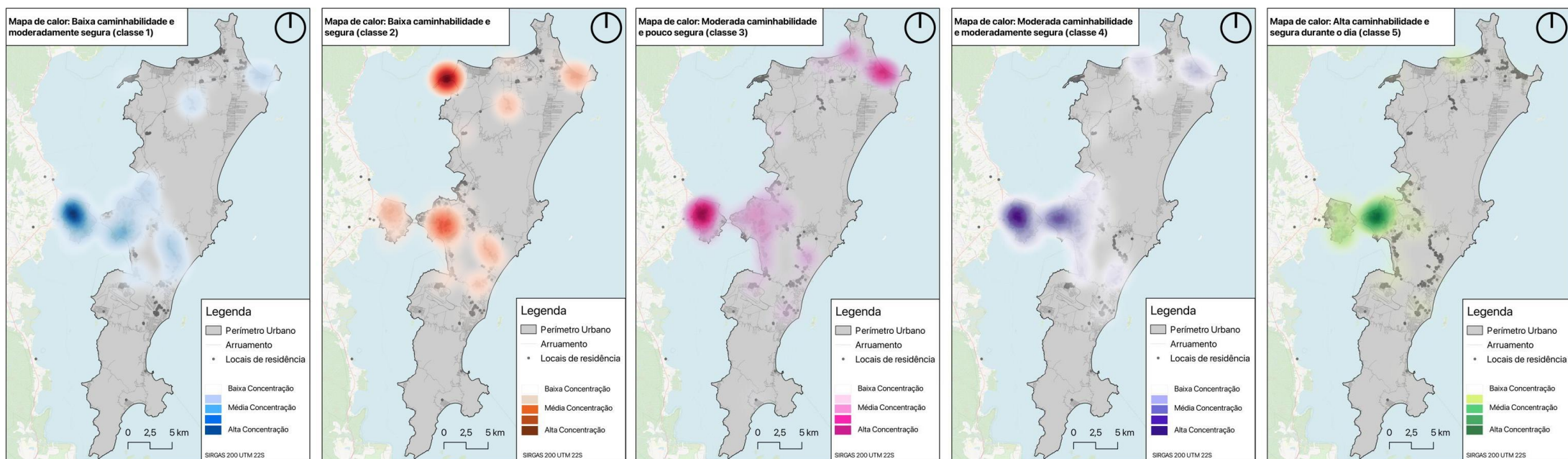


Figura 6 - Espacialização das tipologias de características da vizinhança do bairro em Florianópolis. EpiFloripa Idoso, 2017-2019 (n=1256).

A tabela 3 apresenta a distribuição das classes latentes de percepção da vizinhança segundo as características sociodemográficas da amostra. As classes 1 - Baixa caminhabilidade e moderadamente segura e 2 - Baixa caminhabilidade e segura, que consideramos menos propícias à caminhada, foram percebidas predominantemente por mulheres, idosos mais velhos e com menor escolaridade e renda ($p < 0,005$). Por outro lado, as classes 3 – moderada caminhabilidade e pouco segura; 4 - moderada caminhabilidade e moderadamente segura; e 5 - alta caminhabilidade e segura durante o dia, caracterizadas por maior variedade de atributos positivos para caminhada, foram frequentemente relatadas idosos mais jovens e com nível socioeconômico mais favorável.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com a classe latente. Estudo EpiFloripa Idosos. Florianópolis, Brasil, 2017-2019 (n = 1256).

Variáveis	Classe 1¹	Classe 2²	Classe 3³	Classe 4⁴	Classe 5⁵	p-valor*
Sexo						.041
Masculino	33 (28,9)	52 (38,8)	168 (43,8)	132 (36,5)	108 (41,2)	
Feminino	81 (71,1)	82 (61,2)	216 (56,2)	230 (63,5)	154 (58,8)	
Faixa etária						<.001
60 a 69 anos	29 (25,5)	32 (23,9)	151 (39,3)	133 (36,7)	91 (34,7)	
70 a 79 anos	44 (38,6)	59 (44,0)	163 (42,5)	155 (42,8)	101 (38,6)	
80 anos ou mais	41 (35,9)	43 (32,1)	70 (18,2)	74 (20,5)	74 (26,7)	
Anos de estudo						<.001
0-4 anos	50 (43,9)	64 (47,8)	155 (40,6)	119 (33,0)	58 (22,2)	
5- 8 anos	20 (17,5)	22 (16,4)	80 (20,9)	65 (18,0)	43 (16,5)	
9 anos ou mais	44 (38,6)	48 (35,8)	147 (38,5)	177 (49,0)	160 (61,3)	
Nível de renda (tercil)[£]						<.001
1º (alto)	20 (20,6)	28 (23,9)	92 (26,2)	99 (31,0)	97 (42,7)	
2º (intermediário)	39 (40,2)	36 (30,8)	124 (35,3)	118 (37,0)	83 (36,6)	
3º (baixo)	38 (39,2)	53 (45,3)	135 (38,5)	102 (32,0)	47 (20,7)	

¹ Baixa caminhabilidade e moderadamente segura; ² Baixa caminhabilidade e segura; ³ Moderada caminhabilidade e pouco segura; ⁴ Moderada caminhabilidade e moderadamente segura; ⁵ Alta caminhabilidade e segura durante o dia.

* χ^2 .

£ tercil alto (1º tercil: R\$ 4,100.00 até R\$ 30,000.00); intermediário (2º tercil de R\$ 1,700.00 até R\$ 4,000.00) e baixo (R\$ ≤ 1,619.00).

A análise da relação entre as classes latentes e o comportamento de caminhada (Figura 7), mostrou que os idosos pertencentes às classes 3 - moderada caminhabilidade e pouco segura (OR=2,20; IC95% 1,15-4,18), 4 - moderada caminhabilidade e moderadamente segura (OR=2,91; IC95 % 1,53-5,51) e 5 - alta caminhabilidade e segura durante o dia (OR=2,76; IC 95% 1,42-5,34), tiveram maiores probabilidade de serem ativos na caminhada para transporte em comparação com aqueles da classe 1 (Baixa caminhabilidade e moderadamente segurança). Por outro lado, apenas os idosos que percebem a vizinhança com baixa caminhabilidade e segura (classe 2), apresentaram maiores chances de realizar caminhadas de lazer (OR: 2,42; IC 95% 1,11-5,28)

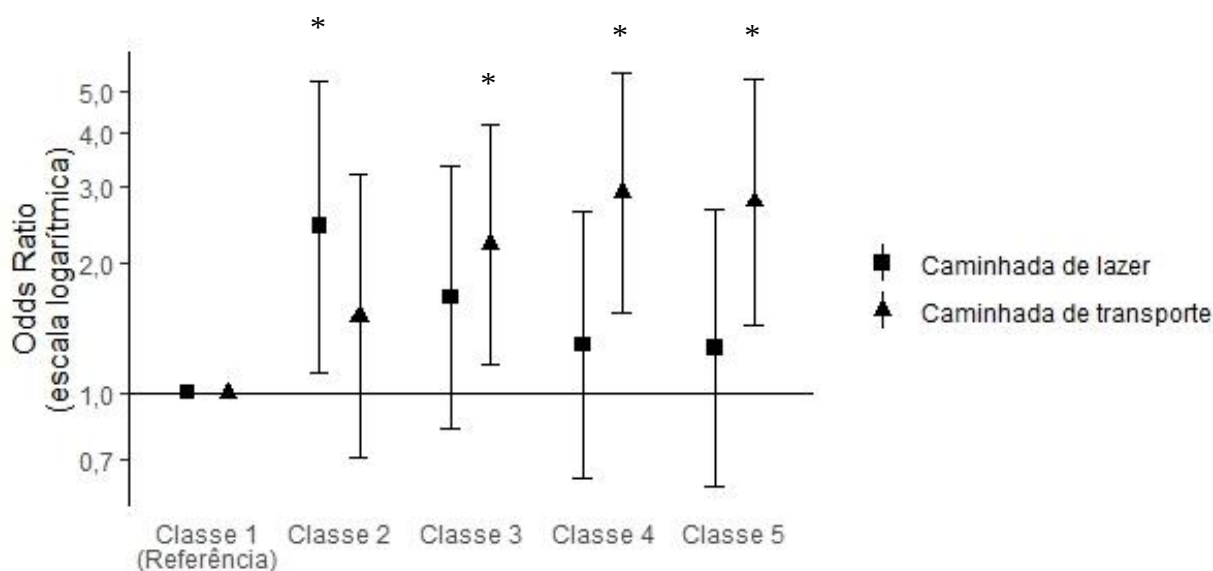


Figura 7 - Associação entre caminhada de lazer e para o transporte e (≥ 150 min/semana) e classes latentes de percepção de vizinhança em idosos. Modelo ajustado por sexo, idade, escolaridade e renda.

*** significancia estatística.**

Classe1: Baixa caminhabilidade e moderadamente segura

Classe 2: Baixa caminhabilidade e segura

Classe 3: Moderada caminhabilidade e pouco segura;

Classe 4: Moderada caminhabilidade e moderadamente segura

Classe 5: Alta caminhabilidade e segura durante o dia

4.2 EFEITOS DIRETOS, INDIRETOS E TOTAIS DAS TIPOLOGIAS DE VIZINHANÇA DO BAIRRO NOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E O COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS

A Tabela 4 apresenta as características dos participantes e a prevalência de rastreio de sintomas depressivos e CCL, de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamental e de saúde dos idosos. Dos 1,335 idosos (≥ 60 anos; 61,8% mulheres), 79 tiveram suas entrevistas excluídas devido a dados faltantes, resultando em uma amostra final de 1,256 indivíduos. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (60.7%), de idosos na faixa etária de 70 a 79 anos (41,6%), com mais de 9 anos de estudo (46,0%) e pertencentes ao segundo quartil de renda (26,8%). Cerca de 27,7% dos participantes relataram realizar ≥ 150 minutos/semana de atividade física de transporte, e apresentaram uma média de 2,8 ($\pm 1,8$) morbididades.

A presença de sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve (CCL) foi de 14,3% (IC95%: 12,3-16,4) e 19,7% (IC95%: 17,6-22,0), respectivamente. As mulheres apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos quando comparado aos homens ($p=,045$). Os idosos mais velhos (>80 anos), aqueles de menor escolaridade (0 a 4 anos), menor renda (quartil inferior), e inativos fisicamente no transporte, apresentaram maiores chances tanto de sintomas depressivos quanto de CCL ($p<,001$) (Tabela 4)

Tabela 4 - Características dos participantes e prevalência de sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve, segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019 (n = 1256).

Variáveis	Total	Sintomas depressivos	p-valor*	CCL	p-valor*
Sexo			,045		,124
Masculino	493 (39,3)	52 (11,7)		86 (17,6)	
Feminino	763 (60,7)	110 (15,9)		160 (21,1)	
Idade (anos)			,012		≤,001
60 a 69	436 (34,7)	52 (12,7)		44 (10,2)	
70 a 79	522 (41,6)	60 (12,7)		91 (17,5)	
80 anos ou mais	298 (23,7)	50 (20,2)		111 (37,8)	
Escolaridade			<,001		<,001
9 anos ou mais	576 (46,0)	43 (8,2)		27 (4,7)	
5 a 8 anos	230 (18,4)	33 (15,8)		39 (17,0)	
0 a 4 anos	446 (35,6)	86 (21,6)		180 (40,6)	
Nível de renda			<,001		<,001
4º quartil	259 (23,3)	15 (6,5)		15 (5,9)	
3º quartil	272 (24,5)	26 (10,7)		42 (15,6)	
2º quartil	298 (26,8)	49 (17,8)		64 (21,6)	
1º quartil (baixo)	282 (25,4)	53 (20,4)		90 (32,1)	
AF de transporte min/sem			<,001		<,001
0 a 9 min	382 (30,4)	65 (20,3)		115(30,5)	
10 a 149 min	509 (40,5)	70 (14,8)		73 (14,4)	
≥150 min	348 (27,7)	27 (8,1)		45 (13,0)	
Morbidade †	2,8 (±1,8)	3,85 (±1,7)		3,12 (±1,8)	
Sintomas depressivos					
Não	970 (85,7)				
Sim	162 (14,3)				
CCL					
Não	1000(80,2)				
Sim	246 (19,8)				

CCL: comprometimento cognitivo leve; †: Valor expresso como média e desvio padrão; * p-valor do teste χ^2

A Figura 8 mostra a distribuição de idosos com sintomas depressivos e CCL, de acordo com as tipologias de vizinhança do bairro “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” e “alta caminhabilidade e segura durante o dia”, e tempo semanal despendido em atividade física de transporte. A prevalência de sintomas depressivos (19,8%) e CCL (22,8%) é proporcionalmente maior entre os idosos que realizam ≤ 150 min/semana de atividade física no transporte e que residem em vizinhança com “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” quando comparado aqueles que atingem ≥ 150 min/semana e residem em bairros com “alta caminhabilidade e segura durante o dia” (10,5 e 18,0%, para sintomas depressivos e CCL, respectivamente).

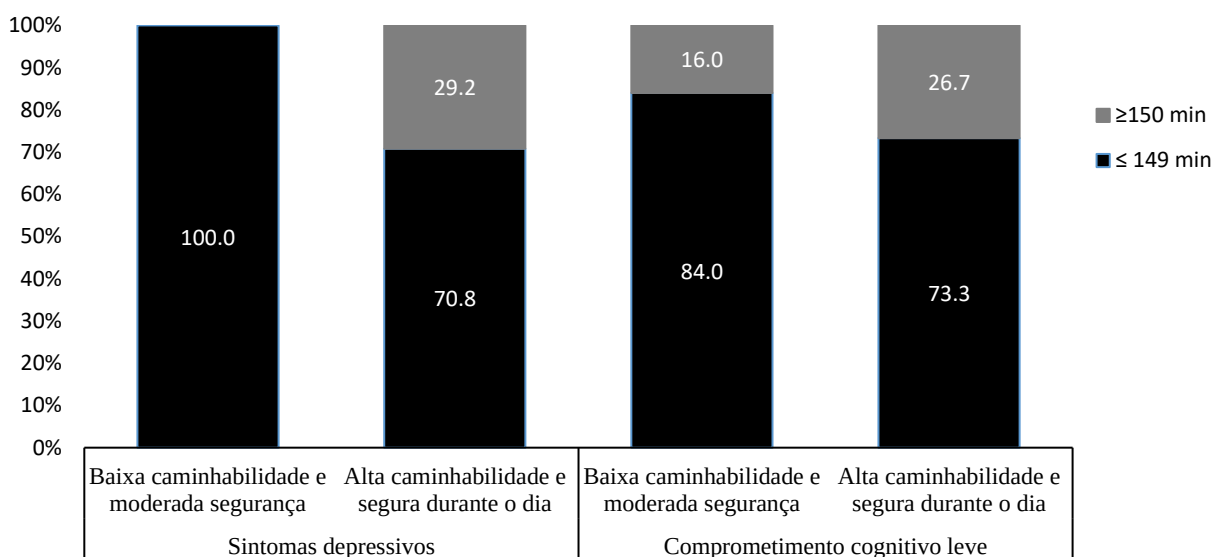
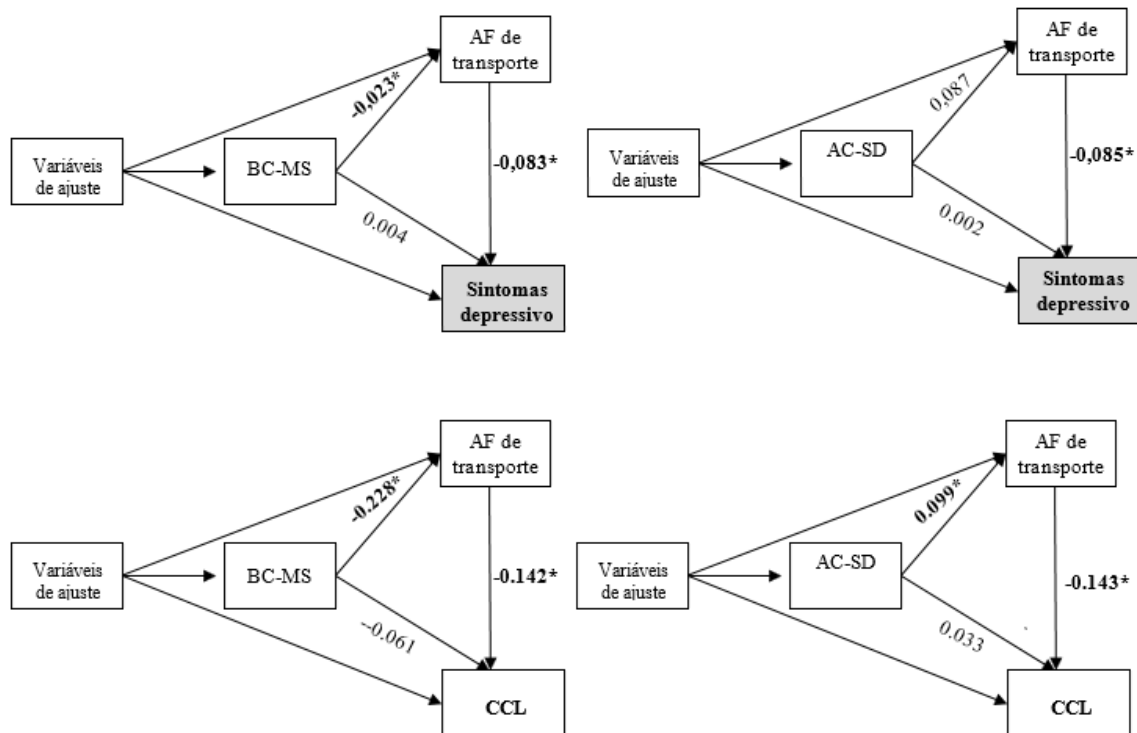


Figura 8 - Distribuição de idosos com sintomas depressivos e CCL, de acordo com as tipologias de vizinhança do bairro e tempo semanal despendido em atividade física para fins de transporte.

Os modelos de diagramas teóricos simplificados da MEE, são apresentados na Figura 9 (diagramas completos estão presentes nas figuras suplementares 1 a 4)



Legenda: BC-MS: baixa caminhabilidade e moderadamente segura; AC-SD: alta caminhabilidade e segura durante o dia. AF: atividade física

Figura 9 - Modelo teórico simplificado dos efeitos de tipologias de características da vizinhança do bairro nos sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve (CCL).

A análise de MEE foi aplicada e apresentada usando métodos de coeficientes (β padronizados). As principais variáveis estão representadas na caixa e as setas representam a direção do efeito. Com exceção para modelagem em MCI que não considerou a escolaridade, foram incluídos para ambos os desfechos os ajustes sexo, idade, atividade física de transporte, morbidades e renda.

Os coeficientes padronizados mostram os efeitos diretos, totais e indiretos totais das tipologias de características da vizinhança do bairro nos sintomas depressivos e CCL (Tabela 5 e os efeitos diretos entre as covariáveis estão nas tabelas suplementares 3 a 6). As tipologias de bairro “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” ($\beta=0,004$; $p=0,944$) e “alta caminhabilidade e segura durante o dia” ($\beta=0,002$; $p=0,978$) não tiveram associações diretas com os sintomas depressivos. No entanto, residir em bairros de “baixa caminhabilidade e

moderadamente segura” teve um efeito indireto e positivo ($\beta=0,019$ $p=0,049$) nos sintomas depressivos quando comparado as demais tipologias da vizinhança. Em relação aos efeitos diretos do “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” ($\beta= -0,061$; $p=0,227$) e “alta caminhabilidade e segura durante o dia” ($\beta=0,033$; $p=0,425$) no CCL também não foram encontradas associações significativas. No entanto, residir em bairros com “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” teve um efeito indireto e positivo no CCL ($\beta=0,032$; $p=0,003$), enquanto residir em áreas com “alta caminhabilidade e segura durante o dia” mostrou um efeito indireto e negativo $\beta= -0,014$; $p=0,034$) quando comparado as demais vizinhanças.

Tabela 5 - Efeitos diretos total e indiretos das tipologias de atributos da vizinhança do bairro nos sintomas depressivos e comprometimento cognitivo leve no estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	p-valor
Efeitos diretos nos sintomas depressivos (SD)			
Baixa caminhabilidade e moderada segurança → AF	-0.232	0.049	< 0.001
Baixa caminhabilidade e moderada segurança → SD	0.004	0.053	0.944
AF → SD	-0.083	0.039	0.032
Alta caminhabilidade e segura durante o dia → AF	0.087	0.044	0.050
Alta caminhabilidade e segura durante o dia → SD	0.002	0.056	0.978
AF → SD	-0.085	0.038	0.024
Efeitos diretos no comprometimento cognitivo leve (CCL)			
Baixa caminhabilidade e moderada segurança → AF	-0.228	0.047	< 0.001
Baixa caminhabilidade e moderada segurança → CCL	-0.061	0.050	0.227
AF → CCL	-0.142	0.032	< 0.001
Alta caminhabilidade e segura durante o dia → AF	0.099	0.041	0.017
Alta caminhabilidade e segura durante o dia → CCL	0.033	0.041	0.425
AF → CCL	-0.143	0.029	< 0.001
Efeitos totais nos sintomas depressivos (SD)			
Baixa caminhabilidade e moderada segurança	0,023	0,053	0,662
Alta caminhabilidade e segura durante o dia	-0,006	0,056	0,917
Efeitos totais no comprometimento cognitivo leve (CCL)			
Baixa caminhabilidade e moderada segurança	-0,028	0,046	0,541
Alta caminhabilidade e segura durante o dia	0,018	0,041	0,652
Efeitos indiretos totais			
Baixa caminhabilidade e moderada segurança → AF → SD	0,019	0,010	0,049
Alta caminhabilidade e segura durante o dia → AF → SD	-0,007	0,005	0,144
Baixa caminhabilidade e moderada segurança → AF → CCL	0,032	0,011	0,003
Alta caminhabilidade e segura durante o dia → AF → CCL	-0,014	0,007	0,034

Resultados da MEE dos efeitos diretos das tipologias de características do bairro e covariáveis nos sintomas depressivos e no comprometimento cognitivo leve (CCL). O modelo com sintomas depressivos foi ajustado por nível socioeconômico (NSE), sexo, idade, atividade física no transporte e morbididades. O modelo com CCL foi ajustado por sexo, idade, atividade física no transporte, renda e morbididades.

Parâmetros de ajuste que validaram o modelo “baixa caminhabilidade e moderada segurança” e SD: $\chi^2= 0.33$, graus de liberdade (GL) =194; RMSEA=.006, IC 90% superior =.014, probabilidade=1.00, CFI=0.91, TLI=0.90, e SRMR=0.06. Parâmetros de ajuste que validaram o modelo “alta caminhabilidade e segura durante o dia” e SD: $\chi^2= 0.31$, GL=194 RMSEA=.006, IC 90% superior =.014, probabilidade=1.00, CFI=0.91, TLI=0.90, e SRMR=0.07. Parâmetros de ajuste que

validaram o modelo “baixa caminhabilidade e moderada segurança” and CCL: $\chi^2 = .006$, GL = 3; RMSEA = .049, IC 90% superior = 0.80, probabilidade = 0.455, CFI = 0.95, TLI = 0.73, e SRMR = 0.03. Parâmetros de ajuste que validaram o modelo “alta caminhabilidade e segura durante o dia” e CCL: $\chi^2 = 0.30$, GL = 2 RMSEA = 0.044, IC 90% superior = .082, probabilidade = 0.52, CFI = 0.98, TLI = 0.80, e SRMR = 0.01.

5. DISCUSSÃO

Este capítulo foi organizado, alinhados com os objetivos específicos. Primeiramente, foram discutidos os resultados sobre as associações entre as tipologias das características da vizinhança e a prática de caminhada para fins de transporte e lazer entre os idosos. E em seguida, foram abordados os efeitos diretos, totais e indiretos entre as tipologias das características do ambiente da vizinhança e os sintomas depressivos e o comprometimento cognitivo leve em idosos.

5.1 TIPOLOGIAS DE ATRIBUTOS DA VIZINHANÇA DO BAIRRO E ASSOCIAÇÃO COM A CAMINHADA PARA O TRANSPORTE E LAZER EM IDOSOS

O primeiro objetivo da tese concentrou-se em investigar como os idosos percebem os ambientes de sua vizinhança e identificou-se distintas tipologias de bairro com base nessas percepções. Além disso, examinou-se as relações entre essas tipologias, de acordo com os correlatos sociodemográficos e a caminhada, tanto para fins de transporte quanto para o lazer. Tratar destas questões na América Latina é relevante devido ser uma região que experimenta uma rápida urbanização (ROUX et al., 2018) juntamente com desigualdades sociais significativas (CEDLAS AND THE WORLD BANK, 2024).

Foram observadas cinco diferentes tipologias de atributos percebidos na vizinhança do bairro que variaram quanto ao suporte para caminhada. A menor proporção de idosos foram mais prováveis de residir em regiões que não apoiavam a caminhada (classes 1 e 2), enquanto que os idosos provavelmente pertencentes às classes 3 a 5 (80,3% da amostra) percebiam suas vizinhanças como transitáveis e relativamente seguras. Essa distribuição provavelmente pode ser atribuída às características atrativas de ocupação do solo de Florianópolis, como comércios e serviços, que favorecem o deslocamento por caminhada (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2022). Além disso, a presença de equipamentos comunitários, incluindo centros educacionais, culturais, administrativos, de saúde e de lazer (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2022) com estruturas para atividade física (MANTA et al., 2018), reforça ainda mais esta dinâmica. Ademais, a cidade cuja predominância territorial encontra-se na área insular (97,2%), conta com uma infraestrutura urbana que inclui áreas

verdes, azuis, calçadas e pavimentações nas vias públicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022)

Neste estudo, as tipologias de atributos ambientais percebidos na vizinhança do bairro foram associadas aos resultados sociodemográficos. A percepção de vizinhanças menos propícias à caminhada (classes 1 e 2) foi mais relatada por mulheres, idosos mais velhos e com menor escolaridade e renda. As desigualdades de gênero nas oportunidades econômicas e no acesso à educação podem ter levado as mulheres a enfrentar desafios financeiros ao longo da vida (VLACHANTONI, 2012), resultando na residência em bairros economicamente mais acessíveis. Além disso, os desafios de mobilidade e, em menor grau, o sentimento de pertencimento comunitário podem ter favorecido a permanência no bairro (LAGER; VAN HOVEN; HUIGEN, 2015). A segregação espacial, associada às condições sociodemográficas, resulta em disparidades na distribuição de recursos alimentares, educação, infraestrutura urbana, cultura, saúde, estética, habitação e segurança (ROUX; MAIR, 2010). Viver em um contexto desigual pode impactar nas interações sociais, dificultando a busca de melhores condições de vida na comunidade onde reside (ROUX; MAIR, 2010).

Particularmente entre os idosos, incluindo os latino-americanos, observa-se que aqueles que vivem em bairros com desigualdade moderada ou elevada, devido a segregação espacial, enfrentam resultados de saúde menos favoráveis e taxas de mortalidade mais elevadas (SUDANO et al., 2013). Em contrapartida, a implementação de políticas públicas locais de regeneração urbana, que incluem aspectos como habitação, infraestrutura, serviços comunitários (RICHARDS, 2014), a criação ou revitalização de espaços públicos e parques (SANTOS; PACIÊNCIA; RIBEIRO, 2022), e a disponibilização de zonas pedonais, calçadas confortáveis, faixa de pedestre, ciclovias e mobiliário urbano (SANTOS et al., 2022), podem melhorar as condições de vida e quebrar o ciclo de desigualdade nas regiões desfavorecidas.

Nas vizinhanças com apoio moderado ao pedestre (classe 3), foram observadas proporções semelhantes de idosos mais jovens e de pessoas com maiores e menores níveis de escolaridade e renda. A hipótese é que bairros que apresentam equilíbrio entre qualidade de vida e custo de vida atraem diferentes grupos (CARMONA, 2019). Contudo, a relação entre as condições do bairro e as condições de vida individual ainda não é totalmente compreendida. Isto porque bairros com mais recursos podem mitigar os efeitos negativos das más condições socioeconômicas a nível individual (KIM, 2022; POLYAKOVA; HUA, 2019). No entanto, as pessoas de baixo nível socioeconômico que vivem em bairros de rendimento elevado podem estar sujeitas a riscos de saúde mais elevados, devido ao estigma social, exacerbado por

limitações materiais (KIM, 2022). Considerar a dimensão individual nas iniciativas de saúde e reduzir as desigualdades por meio de políticas intersetoriais pode ser benéfico para pessoas em situações economicamente desfavorecidas (KIDING; ISHAM, 2014).

As vizinhanças mais favoráveis à caminhada (classes 4 e 5) foram percebidos principalmente por indivíduos mais jovens e com níveis socioeconômicos mais elevados. A autonomia pessoal, a independência financeira, bem como a busca pela qualidade de vida (MCMAUGHAN; OLORUNTOBA; SMITH, 2020) podem estar relacionadas a esta escolha. Nesse contexto, bairros com maior poder aquisitivo tendem a atrair negócios e espaços culturais e recreativos de qualidade (HOFFIMANN; BARROS; RIBEIRO, 2017; MAGUIRE; BURGOINE; MONSIVAIS, 2015), contribuindo para a valorização do mercado imobiliário e reinvestimento na comunidade (CHONG et al., 2020). Além disso, esses bairros geralmente possuem maior cobertura vegetal e segurança (KIM; KIM, 2020), e estão menos expostos a poluentes atmosféricos (PADILLA et al., 2014). Na América Latina, os idosos de maior renda têm maior probabilidade de viver em paisagens urbanas mais agradáveis (PENA et al., 2024), e a combinação de locais com boa qualidade de vida e renda favorece a adoção de atividade física e está associada negativamente à presença de doenças não transmissíveis (LOPES; DORSI; RECH, 2024).

Em relação à caminhada para o transporte, observou-se que os idosos das classes 3 a 5 tinham maiores chances de serem ativos em comparação aos que moravam em vizinhanças com baixa caminhabilidade e moderada segurança (classe 1). Nas áreas urbanas e socioeconomicamente favorecidas, a caminhada para transporte, embora menos frequente, costuma a ser baseada na escolha autônoma e não na necessidade, realçando o potencial dos bairros com atributos mais positivos (SALVO et al., 2023). Tipologias de bairros que combinam estética agradável, acesso a parques, uso misto do solo, segurança contra crimes e no trânsito, e instalações recreativas para caminhadas e ciclismo favorecem o engajamento em atividades utilitárias entre os idosos (ADAMS et al., 2012). Além disso, é mais provável que idosos que residem em bairros com áreas verdes e porção do céu visível, experimentem declínios mais lentos na capacidade de caminhar ao longo do tempo (LIN et al., 2020). Considerar padrões específicos de vizinhança na elaboração de políticas públicas, pode representar uma estratégia eficaz para estimular deslocamentos ativos entre os idosos, resultando em benefícios à saúde e sustentabilidade a longo prazo.

Sobre a caminhada de lazer, esperava-se com base em estudo anterior (ADAMS et al., 2012), que em tipologias da vizinhança favoráveis à caminhada, caracterizadas por mais

atributos positivos da vizinhança, também apoiariam o engajamento da prática em nossa amostra. No entanto, constatamos que apenas os idosos que residem em vizinhanças com baixa caminhabilidade e seguros tiveram maiores chances de serem ativos no lazer. Hipotetizamos que os atributos ambientais do bairro que afetam a caminhada de lazer se diferem do deslocamento, e quando combinados com características individuais podem influenciar os padrões de atividade física (ADKINS et al., 2017; CHRISTIANSEN et al., 2023). Pessoas mais jovens, de alta renda e escolaridade tendem a caminhar no lazer motivados pela experiência e bem estar, enquanto que entre os idosos, a ênfase recai sobre o prazer e saúde física (CHRISTIANSEN et al., 2023; KUNZLER et al., 2014). Destaca-se também que a caminhada de lazer em idosos costuma acontecer próximo de suas residências (CHAUDHURY et al., 2016), em ambientes acolhedores e em condições mais descontraídas (MONDAL et al., 2021). Porém em bairros economicamente desfavorecidos, onde os recursos promotores de atividade de lazer são escassos, sentir-se seguro (TIMPERIO; VEITCH; CARVER, 2015), ter apoio social de amigos e familiares (HILLAND et al., 2020), bem como a presença de espaços que incentivam a interação e coesão social (CLELAND et al., 2010), podem estimular a caminhada, compensando as deficiências do entorno.

Para mitigar as desigualdades em certas áreas urbanas e facilitar as caminhadas diárias entre os idosos, a construção de ambientes urbanos acessíveis, estruturados e previsíveis parecem promissores (VAN HOVEN; MEIJERING, 2019). Portanto, iniciativas locais e intersetoriais, como a realização de estudos de caso nas áreas mais necessitadas e o envolvimento ativo da comunidade, dos investigadores em saúde pública e dos decisores no desenvolvimento de planos de ação, podem ser benéficas (WORLD HEALTH ORGANIZATION; PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2008). Além disso, uma maior participação comunitária em conferências e conselhos de saúde pode ser um recurso valioso para promover o diálogo entre a sociedade civil e os decisores políticos para responder às necessidades reais da população.

5.2 EFEITOS DIRETOS, TOTAIS E INDIRETOS DAS TIPOLOGIAS DAS CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DA VIZINHANÇA NOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E O COMPROMETIMENTO COGNITIVO EM IDOSOS

Utilizando dados transversais de uma coorte de idosos brasileiros, o segundo objetivo da tese, destaca o pioneirismo em investigar por meio da análise de modelagem de equações

estruturais, as relações entre as tipologias de características do ambiente da vizinhança e sintomas depressivos e CCL em idosos. Os resultados demonstraram que 14,3% dos idosos foram rastreados positivamente para sintomas depressivos e 19,8% CCL. Embora as prevalências de ambas as condições de saúde sejam inferiores à média nacional (21,0% e 29,2%, respectivamente) (BORELLI et al., 2022; MENEGUCI et al., 2020), possivelmente devido aos critérios de rastreio e características locais, observaram-se que suas ocorrências foram significativamente maiores entre os subgrupos socialmente desfavorecidos. De fato, os fatores de risco individual podem influenciar a saúde dos idosos, sendo este cenário comumente identificados em países de baixa e média renda da América Latina, os quais enfrentam intensa desigualdade social (SANTAMARIA-GARCIA et al., 2023). Considerar no desenvolvimento de programas públicos de saúde mental as interações complexas de múltiplos fatores, poderá além de otimizar a alocação de recursos, promover um envelhecimento mais saudável (SANTAMARIA-GARCIA et al., 2023).

Neste estudo, foram observadas cinco tipologias de atributos percebidos da vizinhança do bairro, que variaram em termos de infraestrutura para caminhar e segurança. Entretanto, ao considerarmos a saúde mental na vizinhança, observamos que algumas tipologias exercem uma influência mais significativa sobre os seus moradores, devido às características sociais e estruturais associadas (GRAIF; ARCAYA; ROUX, 2016). É o caso das tipologias que agregam vizinhanças economicamente vulneráveis, cuja exposição as circunstâncias residenciais são maiores (VALLÉE et al., 2011), os problemas de saúde mental são mais frequentes (VALLÉE et al., 2011), e os recursos alimentares, educacionais, infraestrutura urbana, cultura, saúde, estética, habitação e segurança são limitados (ROUX; MAIR, 2010). Já em tipologias de vizinhanças economicamente privilegiadas, além de atrair negócios e espaços culturais e recreativos de qualidade (HOFFIMANN; BARROS; RIBEIRO, 2017; MAGUIRE; BURGOINE; MONSIVAIS, 2015), são mais seguras, apresentam uma estética agradável, infraestrutura adequada para pedestres, disponibilidade de comodidades, tranquilidade e melhor qualidade do ar (ZANDIEH et al., 2016), impactando positivamente a saúde mental dos residentes (VALLÉE et al., 2011).

Em nossa amostra, as vizinhanças economicamente vulneráveis foram aquelas cujos atributos foram provavelmente menos perceptíveis para os idosos (Classe 1 – baixa caminhabilidade e moderadamente segura) e apresentaram maior proporção de sintomas depressivos e CCL e atividade física de transporte/semana ≤ 150 min/semana. Já a percepção de

vizinhanças economicamente privilegiadas, seguiu no sentido oposto (Classe 5 – alta caminhabilidade e segura durante o dia).

Contrariando as hipóteses iniciais, quando comparado as demais tipologias da vizinhança, não foram observados efeitos diretos e totais de bairros com “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” e “alta caminhabilidade e segura durante o dia” nos sintomas depressivos e CCL entre os idosos. A incomparabilidade com a literatura pode ser atribuída ao fato de que os estudos anteriores, examinaram individualmente os atributos da vizinhança (PUN; MANJOURIDES; SUH, 2019) ou quando em conjunto, incluíram apenas indicadores negativos (TAMURA et al., 2020) ou objetivamente medidos (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2022; ZHANG et al., 2019) em relação à sintomatologia depressiva (PUN; MANJOURIDES; SUH, 2019; TAMURA et al., 2020; ZHANG et al., 2019) e ao CCL (JUNIOR et al., 2022), sem considerar a interação complexa entre múltiplos fatores ambientais na saúde mental. Isso é particularmente relevante na saúde mental devido à complexidade que envolve o cuidado (REYNOLDS et al., 2022). Quando comparado a métodos que consideram atributos ambientais isoladamente, a análise de múltiplos atributos para identificar tipologias de vizinhança é conceitualmente mais robusta (ADAMS et al., 2013; HAGENAARS; HALMAN, 1989), permitindo reconhecer áreas desfavoráveis e orientar intervenções contextualmente relevantes (ADAMS et al., 2013; HAGENAARS; HALMAN, 1989).

Nós observamos uma relação indireta e positiva de vizinhanças com “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” nos sintomas depressivos, ao considerar o efeito supressor da atividade física de transporte (MACKINNON; KRULL; LOCKWOOD, 2000). Em outras palavras, a relação entre a vizinhança do bairro e os sintomas depressivos apresentou significância estatística apenas quando a atividade física transporte foi incluída no modelo. Especificamente, vizinhanças com “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” foram associadas a um menor engajamento em atividade física, o que, implicou no aumento dos sintomas depressivos. Entre os idosos que vivem em vizinhanças empobrecidas, a ausência de comércios locais (LEVASSEUR et al., 2015), a presença de lixo, vandalismo e deterioração (CERIN et al., 2017) e a insegurança (VAN CAUWENBERG et al., 2012) não encorajam a caminhada (CERIN et al., 2017; LEVASSEUR et al., 2015; VAN CAUWENBERG et al., 2012) ou ciclismo (VAN CAUWENBERG et al., 2012). Por outro lado, em bairros onde há maior capacidade de deslocamento, devido a menor percepção de criminalidade na vizinhança (SOKALE et al., 2022), redes de apoio e a proximidade das instalações comunitárias a pé (CHEN et al., 2016), estão associados a uma menor sintomatologia depressiva entre os idosos.

A construção de ambientes urbanos acessíveis, estruturados e previsíveis parece uma alternativa promissora para facilitar a mobilidade ativa entre os idosos (VAN HOVEN; MEIJERING, 2019). Além de reduzir o ciclo de desigualdades em áreas desfavorecidas via regeneração local (RICHARDS, 2014) também é possível melhorar as condições de saúde mental dos moradores (SUI; ETTEMA; HELBICH, 2023).

Em relação ao CCL, observamos que os idosos que residiam em vizinhanças com “baixa caminhabilidade e moderadamente segura” tinham um menor engajamento em atividade física, resultando no aumento do CCL. Esses resultados são consistentes com a literatura ao mostrar que viver em vizinhanças desfavorecidas socialmente está associado a oportunidades limitadas para interação social e restrição da atividade física no transporte, provavelmente devido à desordens na vizinhança (KERR; ROSENBERG; FRANK, 2012). Esse cenário, quando combinado com a experiência simultânea de desvantagem individual, parece gerar um efeito sinérgico e negativo na função cognitiva entre os idosos (YANG et al., 2024). Para reduzir as chances de prejuízos cognitivos nos idosos, a projeção de espaços na comunidade que facilitem a caminhada e o uso de bicicleta, como calçadas, trilhas e atrações não residenciais próximas às residências são relevantes, devido a associações positivas com a atividade física de transporte (KERR; ROSENBERG; FRANK, 2012). Essas intervenções, podem ainda aumentar o sentimento de conexão com a comunidade e promover interações casuais espontâneas (KERR; ROSENBERG; FRANK, 2012), consideradas importantes para desviar a sintomatologia depressiva, recorrente entre os idosos com CCL (SHIN; CHO, 2023).

Os achados deste estudo também destacaram que residir em vizinhanças com “alta caminhabilidade e segura durante o dia” teve um efeito indireto negativo sobre o CCL, a partir do efeito supressor da atividade física de transporte (MACKINNON; KRULL; LOCKWOOD, 2000). Em geral, vizinhanças economicamente privilegiadas oferecem mais oportunidades para o engajamento em atividade física no transporte, devido a uma combinação de boa infraestrutura, estética e segurança para pedestres (ADAMS et al., 2012). Embora neste contexto a prática de atividade física seja muito mais determinada pela escolha do que pela necessidade (SALVO et al., 2023), acredita-se que a presença de uso misto do solo, ambiente natural (WU et al., 2017), conectividade de ruas (KOOHSARI et al., 2019b), e recursos como bibliotecas, livrarias, centros comunitários que promovem a atividade física e facilita a estimulação mental (CLARKE et al., 2012), são capazes de afetar positivamente a função cognitiva dos idosos. Considerar esses elementos no desenho urbano, pode resultar não somente em benefícios estruturais, mas também na saúde mental de idosos (CLARKE et al., 2012).

Reconhecer que certos tipos de vizinhança podem impactar os sintomas depressivos e o CCL ao influenciar a atividade física de transporte, parece ser um passo importante para elaborar políticas públicas intersetoriais que atendam especialmente às necessidades dos mais vulneráveis. Especialmente no Brasil, programas de regeneração urbana têm sido financiados para tornar as comunidades mais acessíveis e ambientalmente qualificadas, oferecendo equipamentos públicos, mobiliário urbano, acesso a transporte público, iluminação, segurança e outros benefícios (BRASIL, 2023). Estratégias nesse sentido são potencialmente relevantes, considerando a relação positiva entre distâncias mais curtas entre residências e lojas ou serviços, presença de rede de caminhos pedonais bem conservados e seguros, com locais suficientes para descanso no trajeto e a prática de atividade física durante o transporte (CERIN et al., 2017). Ademais, facilitar a participação dos idosos da comunidade, pode auxiliar as instituições públicas a responder aos novos desafios e responsabilidade do planejamento urbano de uma forma mais democrática, repercutindo em benefícios, incluindo a saúde mental.

5.3 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES

Para uma correta interpretação dos resultados do estudo, é importante considerar algumas limitações. Devido as características únicas do Brasil, os resultados podem não abranger todo o panorama nacional, pois refletem as especificidades contextuais de uma cidade do sul do país com elevado IDH (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 2022). A predominância de idosos que se autodeclararam como brancos na amostra (88%), limitou a contribuição da variável raça/cor e, portanto, não foi considerada nas análises. A quantidade de variáveis indicadoras que compuseram as tipologias de bairros pode ter influenciado os resultados do estudo, mas ainda não há consenso sobre esse tópico (WURPTS; GEISER, 2014). A natureza transversal impediu o estabelecimento de inferências causais entre as tipologias de características da vizinhança e a caminhada para o transporte e lazer, mas o uso de técnicas de mistura longitudinal em estudos futuros, como a análise de transição latente, pode lançar luz sobre esta questão (COLLINS, LANZA, 2010).

O viés de sobrevivência pode ter reduzido a prevalência de sintomas depressivos e CCL em idosos, devido à sua associação com a mortalidade (WHITE et al., 2016; YAFFE et al., 2010). Embora os modelos na MEE tenham sido ajustados para todos os potenciais confundidores conhecidos na literatura e disponíveis no estudo, é possível que os resultados sejam afetados por confusão residual, caso existam covariáveis não medidas no nível individual

ou de vizinhança. Alguns índices de ajustes (χ^2 e TLI), não atingiram os valores ideais para o CCL, no entanto os resultados mostraram-se consistentes com o conhecimento prévio da área. Por fim, os dados transversais limitaram as inferências causais sobre as tipologias de características da vizinhança do bairro e saúde mental, mas a realização de estudos longitudinais em estudos futuros poderá esclarecer as transições tanto referentes a exposição quanto aos desfechos. Neste delineamento é importante considerar a existência de bidirecionalidade, uma vez que pessoas idosas com sintomas depressivos e CCL podem perceber suas vizinhanças de maneira mais negativa do que realmente é devido à sua condição mental. Essa percepção negativa não necessariamente reflete as características da vizinhança, mas é influenciada por sua saúde mental. Além disso, pessoas idosas com sintomas depressivos e CCL podem evitar sair de casa, limitando suas interações sociais e atividade física, o que pode levar a uma percepção mais negativa da vizinhança.

Dentre as contribuições significativas deste estudo, destacamos a abordagem metodológica, que utiliza dados oriundos de uma coorte de idosos de uma capital brasileira, bem como a organização no planejamento e coleta de dados, incluindo treinamento de entrevistadores e aplicação de questionários validados para a população idosa. Durante a coleta foram verificadas as consistências dos dados e realizado o controle de qualidade em 15% da amostra via telefone. Além disso, utilizamos um conjunto de métodos teóricos e estatísticos que incluíram: a análise de classe latente que reconheceu subgrupos com base na interseção de múltiplos atributos da vizinhança do bairro, permitindo explorar os segmentos que podem ser alvo de intervenções personalizadas de planejamento urbano (LANZA; RHOADES, 2013). Também utilizamos os DAGs via critérios da porta de trás que definiu o conjunto mínimo de ajustes de potenciais confundidores e mediador (SHRIER; PLATT, 2008; TEXTOR et al., 2016); e por fim, utilizamos a análise MEE que possibilitou uma compreensão mais profunda dos efeitos da vizinhança do bairro nos sintomas depressivos e CCL em idosos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese, proveniente da terceira onda do estudo de coorte EpiFloripa idoso, permitiu concluir que a combinação dos atributos ambientais percebidos da vizinhança do bairro, resultou na identificação de cinco tipologias que variaram quanto ao suporte à caminhada. Nas vizinhanças menos propícias à caminhada, predominavam os grupos menos privilegiados, mas a sensação de segurança incentivou a caminhada de lazer. Por outro lado, em tipologias de vizinhanças com maior número de atributos positivos, além de reunirem idosos socialmente mais jovens e com maior nível socioeconômico, também aumentaram as chances de caminhada para o transporte.

Adicionalmente, nesta tese, identificamos que a prevalência de sintomas depressivos e CCL entre os idosos foi inferior à média nacional, porém foi superior nos grupos mais desfavorecidos socialmente. Residir em vizinhanças com “baixa caminhabilidade de moderadamente segura”, influenciou no aumento dos sintomas depressivos e CCL, provavelmente devido à redução da prática de atividade física de transporte. Por outro lado, residir em vizinhanças com “alta caminhabilidade e segura durante o dia”, demonstrou ser benéfico, indicando provável redução de CCL, devido ao aumento da realização de atividade física no transporte.

Os achados desta tese chamam a atenção para a necessidade da articulação intersetorial, principalmente entre os setores da saúde e de planejamento urbano da cidade de Florianópolis, uma vez que parece existir uma dependência entre as características da vizinhança do bairro e o perfil de adoecimento mental da população idosa. A participação da sociedade civil e da comunidade local nos processos decisórios, poderá garantir que as políticas públicas reflitam as reais demandas dos moradores, e que para além de transformar as infraestruturas locais em ambientes acessíveis e seguros, seja possível também, promover estilos de vida saudáveis, especialmente entre os grupos mais vulneráveis.

Para aprofundar esta temática que envolve a relação entre os sintomas depressivos, CCL e tipologias de características da vizinhança do bairro, sugere-se que estudos futuros considerem adicionar o suporte social como possível mediador. A realização de estudos longitudinais também se torna importante, em razão da percepção das características do ambiente da vizinhança poder ser alterada ao longo do tempo, e a sintomatologia depressiva e o CCL serem reversíveis. E por fim, considerar a realização de estudos semelhantes a este, em cidades de baixo e médio porte, poderá ampliar a compreensão sobre a sintomatologia

depressiva e CCL em idosos no cenário nacional, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para promover um envelhecimento saudável nesta década, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABDOLI, N. et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 132, p. 1067–1073, 2022.
- ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL DE FLORIANÓPOLIS (ACIF). **Regional Continental**. 2024. Disponível em: <https://antigo.acif.org.br/regionais/regional-continental/>. Acesso em 04 de jun 2024.
- ADAMS, M. A. et al. Neighborhood Environment Profiles for Physical Activity Among Older Adults. **American Journal of Health Behavior**, v. 36, n. 6, p. 757–769, 2012.
- ADAMS, M. A. et al. Patterns of neighborhood environment attributes related to physical activity across 11 countries: a latent class analysis. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 10, p. 34, 2013.
- ADKINS, A. et al. Contextualizing Walkability. Do Relationships Between Built Environments and Walking Vary by Socioeconomic Context? **Journal of the American Planning Association**. **American Planning Association**, v. 83, n. 3, p. 296–314, 2017.
- ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 56, p. 605–612, 1998.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, p. 421–426, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-5. —5th ed. 2013
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **APA Task Force for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change**. Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change, 2021.
- ANDERSON, E.; DURSTINE, J. L. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. **Sports Medicine and Health Science**, v. 1, n. 1, p. 3–10, 2019.
- ARAÚJO, CAH., et al. Ambiente construído, renda contextual e obesidade em idosos: evidências de um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 10 maio 2018.
- AS, BALV., et al. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. **International Psychogeriatrics**, v. 34, n. 7, p. 657–669, 2022.
- BARNETT, A. et al. Associations between the neighbourhood environment characteristics and physical activity in older adults with specific types of chronic conditions: the ALECS cross-

sectional study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 13, n. 1, p. 53, 2016.

BARNETT, A. et al. Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 30, n. 8, p. 1153–1176, 2018.

BAUMAN, A. et al. Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote “Active Aging”. **The Gerontologist**, v. 56, n. Suppl_2, p. S268–S280, 2016.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. DE. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades física de mulheres idosas: Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004.

BESSER, L. M. et al. Neighborhood Environment and Cognition in Older Adults: A Systematic Review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 53, n. 2, p. 241–251, ago. 2017.

BIAZUS-SEHN, LF. et al. Effects of physical exercise on cognitive function of older adults with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 89, p. 104048, 2020.

BIRCH, K. et al. Cognitive Function as a Mediator in the Relationship Between Physical Activity and Depression Status in Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 24, n. 4, p. 540–546, 2016.

BLONDELL, S. J.; HAMMERSLEY-MATHER, R.; VEERMAN, J. L. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **BMC Public Health**, v. 14, p. 510, 27, 2014.

BOLSONI, L. M.; ZUARDI, A. W. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, p. 63–69, 2015.

BORELLI, W. V. et al. Subjective cognitive decline in Brazil: Prevalence and association with dementia modifiable risk factors in a population-based study. **Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring**, v. 14, n. 1, p. e12368, 14, 2022.

BORGES, LJ., et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo *EpiFloripa*. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 701–710, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012. **Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 4 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12587.htm. Acesso em: 9 jul. 2024.

BRASIL. **Doença de Alzheimer. Ministério da Saúde debate Primeiro Relatório Nacional sobre a Demência nesta quarta (21)**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/ministerio-da-saude-debate-primeiro-relatorio-nacional-sobre-a-demencia-nesta-quarta->

21#:~:text=No%20Brasil%2C%20cerca%20de%202,devido%20ao%20envelhecimento%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o. Acesso em 09 de jul 2024

BRASIL. **Obter financiamento para reabilitação de áreas urbanas e modernização tecnológica urbana no Programa de Desenvolvimento Urbano (Pró-Cidades)**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-financiamento-para-modernizacao-tecnologica-urbana-no-pro-cidades> . Acesso em 09 de jul 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em 09 de jul 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde e ambiente. Departamento de análise epidemiológica e vigilância; de doenças não transmissíveis; brasil. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico> Acesso em 09 de jul 2024

BRUCE, ML.; SIREY, JA. Integrated Care for Depression in Older Primary Care Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*. **Revue Canadienne de Psychiatrie**, v. 63, n. 7, p. 439–446, 2018.

CAI, H. et al. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 80, p. 103417, 2023.

CÂNDIDO, LM. et al. Perceived Characteristics of the Built Neighborhood Environment and Negative Self-Rated Health in Brazilian Community-Dwelling Older Adults. **Experimental Aging Research**, p. 1–12, 14, 2022.

CANEVER, JB. et al. Is the self-perception of the built neighborhood associated with fear of falling in community-dwelling older adults? **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 95, p. 104395, 2021.

CAO, Q. et al. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Alzheimer's disease**, v. 73, n. 3, p. 1157–1166, 2020.

CARDONA, M.; ANDRÉS, P. Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 15, p. 1075563, 2023.

CARMONA, M. Place value: place quality and its impact on health, social, economic and environmental outcomes. **Journal of Urban Design**, v. 24, n. 1, p. 1–48, 2019.

CASTRO, DN.; AQUINO, R.; AMORIM, LDAF. Perceived neighborhood characteristics and practice of physical activity among adolescents and young adults: a model with distal outcomes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00062622, 2022.

CERIN, E. et al. The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a systematic review and meta-analysis. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 15, 2017.

CHAUDHURY, H. et al. Neighbourhood environment and physical activity in older adults. **Social Science & Medicine**, v. 149, p. 104–113, 2016.

CHEN, S.-T. et al. Accelerometer-measured daily steps and subjective cognitive ability in older adults: A two-year follow-up study. **Experimental Gerontology**, v. 133, p. 110874, 2020.

CHEN, Y.-Y. et al. Neighborhood support network, perceived proximity to community facilities and depressive symptoms among low socioeconomic status Chinese elders. **Aging & Mental Health**, v. 20, n. 4, p. 423–431, 2016.

CHONG, S. K. et al. Economic outcomes predicted by diversity in cities. **EPJ Data Science**, v. 9, n. 1, p. 1–19, 2020.

CHRISTIANSEN, L. B. et al. Recreational walking and perceived environmental qualities: a national map-based survey in Denmark. **International Journal of Health Geographics**, v. 22, n. 1, p. 21, 3 set. 2023.

CLARKE, P. J. et al. Cognitive function in the community setting: the neighbourhood as a source of “cognitive reserve”? **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 66, n. 8, p. 730–736, 2012.

CLELAND, V. et al. Individual, social and environmental correlates of physical activity among women living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 70, n. 12, p. 2011–2018, 2010.

COELHO, F. G. DE M. et al. Physical exercise modulates peripheral levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF): A systematic review of experimental studies in the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 56, n. 1, p. 10–15, 2013.

COLLINS LM, LANZA ST. **Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences**. John Wiley and Sons, 2010.

GIEHL, MWC. et al. Exploring Associations Between Perceived Measures of the Environment and Walking Among Brazilian Older Adults. **Journal of Aging and Health**, v. 29, n. 1, p. 45–67, 2017.

GIEHL, MWC. et al. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive Medicine**, v. 53, n. 4–5, p. 289–292, 2011.

KIDING D.; ISHAM G. Population health improvement: a community health business model that engages partners in all sectors. **Frontiers of health services management**, v. 30, n. 4, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Índice de Gini da renda domiciliar per capita - Santa Catarina**, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginisc.def>. Acesso em 09 de jul 2024

FREITAS, A. M. S. et al. Physical Activity Levels in Leisure Time, Sociodemographic Characteristics, and Chronic Non-Communicable Diseases in Brazilian Older Adults: National Health Survey, 2019. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 19, p. 6887, 2023.

SOUTO BARRETO, P. et al. Physical activity domains and cognitive function over three years in older adults with subjective memory complaints: Secondary analysis from the MAPT trial. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 21, n. 1, p. 52–57, 2018.

ROUX, AVD. et al. A Novel International Partnership for Actionable Evidence on Urban Health in Latin America: LAC-Urban Health and SALURBAL. **Global Challenges**, v. 3, n. 4, p. 1800013, 2018.

ROUX, AVD; MAIR, C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1186, n. 1, p. 125–145, 2010.

DORSI E; RECH, CR.; PAIVA, KM. Estudo de coorte EpiFloripa Idoso [recurso eletrônico: 3ª onda (2017- 2019): relatório técnico-científico, 2020.

DRANOVSKY, A.; HEN, R. Hippocampal Neurogenesis: Regulation by Stress and Antidepressants. **Biological psychiatry**, v. 59, n. 12, p. 1136–1143, 15 jun. 2006.

ENGEROFF, T.; INGMANN, T.; BANZER, W. Physical Activity Throughout the Adult Life Span and Domain-Specific Cognitive Function in Old Age: A Systematic Review of Cross-Sectional and Longitudinal Data. **Sports Medicine (Auckland, N.Z.)**, v. 48, n. 6, p. 1405–1436, 2018.

ESHKOOR, S. A. et al. Mild cognitive impairment and its management in older people. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 687–693, 2015.

EVANS, G. W. The built environment and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 80, n. 4, p. 536–555, 2003.

FALCK, R. S. et al. Cross-Sectional Relationships of Physical Activity and Sedentary Behavior With Cognitive Function in Older Adults With Probable Mild Cognitive Impairment. **Physical Therapy**, v. 97, n. 10, p. 975–984, 2017.

FETER, N. et al. Physical activity attenuates the risk for dementia associated with aging in older adults with mild cognitive impairment. Findings from a population-based cohort study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 141, p. 1–8, 2021.

FLORINDO, A. A. et al. Validação de uma escala de percepção do ambiente para a prática de atividade física em adultos de uma região de baixo nível socioeconômico. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 14, p. 647–659, 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, n. 3, p. 189–198, 1975.

GIEHL, M. W. C. et al. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 516–525, 2012.

GILES-CORTI, B. People or places: what should be the target? **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 9, n. 5, p. 357–366, 2006.

GILL, S. J. et al. Association between Lifetime Physical Activity and Cognitive Functioning in Middle-Aged and Older Community Dwelling Adults: Results from the Brain in Motion Study. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 21, n. 10, p. 816–830, 2015.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 137–150, 2022.

GRAIF, C.; ARCAYA, M. C.; ROUX, AVD. Moving to Opportunity and Mental Health: Exploring the Spatial Context of Neighborhood Effects. **Social science & medicine (1982)**, v. 162, p. 50–58, 2016.

GRAND, J. H.; CASPAR, S.; MACDONALD, S. W. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 4, p. 125–147, 2011.

GRUPO DE CONDUÇÃO ESTADUAL DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Plano de ação regional da rede de atenção as urgências**, 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/images/CIB/PLANO%20DE%20A%C3%87%C3%83O%20REGIONAL%20-%20GRANDE%20FLORIAN%C3%93POLIS%202023.pdf> Acesso em 09 de jul 2024

GUO, Y. et al. Association of neighbourhood social and physical attributes with depression in older adults in Hong Kong: a multilevel analysis. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 74, n. 2, p. 120–129, 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. **GHDx. Global Health Data Exchange Results Tool**. Seattle: University of Washington, 2019.

HAGENAARS, J. A.; HALMAN, L. C. Searching for ideal types: the potentialities of latent class analysis. **European Sociological Review**, v. 5, n. 1, p. 81–96, 1989.

HAN, A.; KIM, J.; KIM, J. A Study of Leisure Walking Intensity Levels on Mental Health and Health Perception of Older Adults. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 7, p. 2333721421999316, 2021.

HAN, F.F. et al. Depressive symptoms and cognitive impairment: A 10-year follow-up study from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. **European Psychiatry**, v. 64, n. 1, p. e55, 2021.

HEESCH, K. C.; BURTON, N. W.; BROWN, W. J. Concurrent and prospective associations between physical activity, walking and mental health in older women. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 65, n. 9, p. 807–813, 2011.

HERNANDEZ, R. et al. The cross-sectional and longitudinal association between perceived neighborhood walkability characteristics and depressive symptoms in older Latinos: the “¡Caminemos!” study. **Journal of Aging and Health**, v. 27, n. 3, p. 551–568, 2015.

HILLAND, T. A. et al. Correlates of walking among disadvantaged groups: A systematic review. **Health & Place**, v. 63, p. 102337, 2020.

HOFFMANN, E.; BARROS, H.; RIBEIRO, A. I. Socioeconomic Inequalities in Green Space Quality and Accessibility-Evidence from a Southern European City. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 8, p. 916, 2017.

HOU, F. et al. Cross-Sectional Associations between Living and Built Environments and Depression Symptoms among Chinese Older Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 10, p. 5819, 2022.

HSIAO, C. et al. Association between Accelerometer-Measured Light-Intensity Physical Activity and Cognitive Function in Older Adults. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 26, n. 3, p. 230–235, 2022.

HSU, HC. et al. Joint trajectories of multiple health-related behaviors among the elderly. **International Journal of Public Health**, v. 58, n. 1, p. 109–120, 2013.

HUANG, N.-C.; KUNG, S.-F.; HU, SC. Exploring the role of built environments and depressive symptoms in community-dwelling older adults: A case of Taiwan. **Aging & Mental Health**, v. 25, n. 6, p. 1049–1059, 2021.

INOSTROZA, L. Informal urban development in Latin American urban peripheries. Spatial assessment in Bogotá, Lima and Santiago de Chile. **Landscape and Urban Planning**, v. 165, p. 267–279, 1 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama de Florianópolis**, 2022. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>>. Acesso em 09 de jul 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf> Acesso em 09 de jul 2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico, 2000a**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsc.def>>> Acesso em 09 de jul 2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para o TCU. Estimativas da população para 1º de julho de 2009, segundo os municípios**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/PO_P2009_DOU.pdf>> Acesso em 09 de jul 2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Residente - Santa Catarina - Florianópolis, 2010.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>>

IVEY, S. L. et al. Neighborhood characteristics and depressive symptoms in an older population. **Aging & Mental Health**, v. 19, n. 8, p. 713–722, 2015.

JENSEN, C. S. et al. Biochemical Markers of Physical Exercise on Mild Cognitive Impairment and Dementia: Systematic Review and Perspectives. **Frontiers in Neurology**, v. 6, 2015.

JOSEFSSON, M. et al. Genetic and Lifestyle Predictors of 15-Year Longitudinal Change in Episodic Memory. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 12, p. 2308–2312, 2012.

JULIEN, D. et al. Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 8, p. 1207–1225, ago. 2012.

JULIEN, D. et al. Associations between walking and depressive symptoms among older adults: Do purposes and amounts of walking matter? Results from the VoisiNuAge Study. **Mental Health and Physical Activity**, v. 8, p. 37–43, 2015.

KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 107, p. 525–539, 2019.

KERR, J.; ROSENBERG, D.; FRANK, L. The Role of the Built Environment in Healthy Aging: Community Design, Physical Activity, and Health among Older Adults. **Journal of Planning Literature**, v. 27, n. 1, p. 43–60, 2012.

KIM, E.J. et al. Assessing the Impact of Aging on Burden of Disease. **Iranian Journal of Public Health**, v. 47, n. Suppl 1, p. 33–38, 2018.

KIM, T. Relationship of neighborhood and individual socioeconomic status on mortality among older adults: Evidence from cross-level interaction analyses. **PLoS ONE**, v. 17, n. 5, p. e0267542, 2022.

KIM, Y.J.; KIM, E.J. Neighborhood Greenery as a Predictor of Outdoor Crimes between Low and High Income Neighborhoods. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1470, 2020.

KLINE RB. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. Fourth Edition. Guilford Publications, 2015.

KOOHSARI, M. J. et al. Street connectivity and walking for transport: role of neighborhood destinations. **Preventive Medicine**, v. 66, p. 118–122, 2014.

KOOHSARI, M. J. et al. Urban design and Japanese older adults' depressive symptoms. **Cities**, v. 87, p. 166–173, 2019a.

KOOHSARI, M. J. et al. Cognitive Function of Elderly Persons in Japanese Neighborhoods: The Role of Street Layout. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias**, v. 34, n. 6, p. 381–389, 2019b.

KU, P.W. et al. Prospective relationship between objectively measured light physical activity and depressive symptoms in later life. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 58–65, 2018.

KUMAR, M.; SRIVASTAVA, S.; MUHAMMAD, T. Relationship between physical activity and cognitive functioning among older Indian adults. **Scientific Reports**, v. 12, p. 2725, 2022.

KUNZLER, M. R. et al. Saúde no parque: características de praticantes de caminhada em espaços públicos de lazer. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 646–653, 2014.

KODNER DL, SPREEUWENBERG C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. **The International Journal of Integrated Care**, 2: e12. 2002.

LAGER, D.; VAN HOVEN, B.; HUIGEN, P. P. P. Understanding older adults' social capital in place: Obstacles to and opportunities for social contacts in the neighbourhood. **Geoforum**, v. 59, p. 87–97, 2015.

LANZA, S. T.; RHOADES, B. L. Latent Class Analysis: An Alternative Perspective on Subgroup Analysis in Prevention and Treatment. **Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research**, v. 14, n. 2, p. 157–168, 2013.

LEE, H. et al. Physical activity and depressive symptoms in older adults. **Geriatric Nursing (New York, N.Y.)**, v. 35, n. 1, p. 37–41, 2014.

LEE, S. et al. Research Relationship Between Light-Intensity Physical Activity and Cognitive Function in a Community-Dwelling Elderly Population—An 8-Year Longitudinal Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 61, n. 3, p. 452–453, 2013.

LEVASSEUR, M. et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. **BMC Public Health**, v. 15, p. 503, 23 maio 2015.

LIMA, W. P. DE et al. Utilitarian walking and walking as exercise among community-dwelling older adults: what factors influence it? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 14 set. 2020.

LIN, J.S. et al. Longitudinal Association of Built Environment Pattern with Physical Activity in a Community-Based Cohort of Elderly Hong Kong Chinese: A Latent Profile Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 12, p. 4275, 2020.

LINDWALL, M.; LARSMAN, P.; HAGGER, M. S. The reciprocal relationship between physical activity and depression in older European adults: a prospective cross-lagged panel design using SHARE data. **Health Psychology**, v. 30, n. 4, p. 453–462, 2011.

LIU, H. et al. The relationships between urban parks, residents' physical activity, and mental health benefits: A case study from Beijing, China. **Journal of Environmental Management**, v. 190, p. 223–230, 2017.

LIU, Y. et al. Longitudinal associations between neighbourhood physical environments and depressive symptoms of older adults in Hong Kong: The moderating effects of terrain slope and declining functional abilities. **Health & Place**, v. 70, p. 102585, 2021.

LOGIT ENGENHARIA CONSULTIVA; STRATEGY&; MACHADO MEYER SENDACZ E OPICE; ADVOGADOS. **Plano de Mobilidade Urbana Sustentável da Grande Florianópolis - PLAMUS /Florianópolis**, 2015. Disponível em: https://observatoriodamobilidadeurbana.ufsc.br/wp-content/uploads/2019/03/PLAMUS_Produto-19-Relatorio-Final_Volume-Principal.pdf
Acesso em 09 de jul 2024

LOPES, A. A. D. S.; DORSI, E; RECH, C. R. Why are some places better than others for healthy ageing in urban living? **Cities & Health**, 1–13. 2024.

LOPRINZI, P. D. Objectively measured light and moderate-to-vigorous physical activity is associated with lower depression levels among older US adults. **Aging & Mental Health**, v. 17, n. 7, p. 801–805, 2013.

LUPPA, M. et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 212–221, 2012.

MAASS, A. et al. Vascular hippocampal plasticity after aerobic exercise in older adults. **Molecular Psychiatry**, v. 20, n. 5, p. 585–593, 2015.

MACKINNON, D. P.; KRULL, J. L.; LOCKWOOD, C. M. Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect. **Prevention science**, v. 1, n. 4, p. 173, 2000.

MAGUIRE, E. R.; BURGOINE, T.; MONSIVAIS, P. Area deprivation and the food environment over time: A repeated cross-sectional study on takeaway outlet density and supermarket presence in Norfolk, UK, 1990-2008. **Health & Place**, v. 33, p. 142–147, 2015.

MALAVASI, L. DE M. et al. Neighborhood walkability scale (News - Brazil): Back translation and Reliability. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 9, n. 4, p. 339–350, 2007.

MANTA, S. W. et al. Open public spaces and physical activity facilities: study of systematic observation of the environment. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 20, p. 445–455, 2018.

MARÔCO J. **Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações**, 2010.

MCMAUGHAN, D. J.; OLORUNTOBA, O.; SMITH, M. L. Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. **Frontiers in Public Health**, v. 8, p. 231, 2020.

MENEGUCI, J. et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 221–230, 2020.

MITÁŠ, J. et al. Do associations of sex, age and education with transport and leisure-time physical activity differ across 17 cities in 12 countries? **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 16, p. 121, 2019.

MONDAL, A. et al. How do people feel while walking? A multivariate analysis of emotional well-being for utilitarian and recreational walking episodes. **International Journal of Sustainable Transportation**, v. 15, n. 6, p. 419–434, 2021.

MORENO, X.; GAJARDO, J.; MONSALVES, M. J. Gender differences in positive screen for depression and diagnosis among older adults in Chile. **BMC Geriatrics**, v. 22, p. 54, 2022.

MURAWSKA-CIAŁOWICZ, E. et al. BDNF Impact on Biological Markers of Depression—Role of Physical Exercise and Training. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, p. 7553, 2021.

NAÇÕES UNIDAS. **Depressão e ansiedade custam US\$1 tri por ano à economia global, diz OMS., 2016.** Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/72745-depress%C3%A3o-e-ansiedade-custam-us1-tri-por-ano-%C3%A0-economia-global-diz-oms#:~:text=Depress%C3%A3o%20e%20ansiedade%20custam%201,Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas%20para%20a%20sa%C3%BAde.>>>. Acesso em: 09 jul. 2024.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Sustainable Development Goal 3: Saúde e Bem-Estar.** Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>>. Acesso em: 09 jul. 2024.

NG, T. P. et al. Multi-Domains Lifestyle Interventions Reduces Depressive Symptoms among Frail and Pre-Frail Older Persons: Randomized Controlled Trial. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 21, n. 8, p. 918–926, 2017.

NICHOLS, E. et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Public Health**, v. 7, n. 2, p. e105–e125, 2022.

NIEMANN, C.; GODDE, B.; VOELCKER-REHAGE, C. Not only cardiovascular, but also coordinative exercise increases hippocampal volume in older adults. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 6, 2014.

NISHIGAKI, M. et al. What Types of Greenspaces Are Associated with Depression in Urban and Rural Older Adults? A Multilevel Cross-Sectional Study from JAGES. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 9276, 2020.

OLIVEIRA, D. V. DE et al. The level of physical activity as an intervening factor in the cognitive state of primary care older adults. *Ciência &* **Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4163–4170, 2019.

PADILLA, C. M. et al. Air quality and social deprivation in four French metropolitan areas – A localized spatiotemporal environmental inequality analysis. **Environmental research**, v. 134, p. 315–324, 2014.

PAIS, R. et al. Global Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in Community Dwelling Older Adults—A Systematic Review. **Geriatrics**, v. 5, n. 4, p. 84, 27, 2020.

PATEL, V. et al. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. **PLoS medicine**, v. 10, n. 5, p. e1001448, 2013.

PENA, J. C. et al. The street tree distribution across a streetscape reflects the social inequality of Latin American cities. **Urban Forestry & Urban Greening**, v. 91, p. 128156, 2024.

PETERSEN, R. C. Mild Cognitive Impairment. *Continuum* (Minneapolis, Minn.), v. 22, n. 2 **Dementia**, p. 404–418, abr. 2016.

PIGGIN, J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**, v. 2, 2020.

POLYAKOVA, M.; HUA, L. M. Local area variation in morbidity among low-income older adults in the United States. **Annals of internal medicine**, v. 171, n. 7, p. 464–473, 2019.

PUN, V. C.; MANJOURIDES, J.; SUH, H. H. Close proximity to roadway and urbanicity associated with mental ill-health in older adults. **The Science of the total environment**, v. 658, p. 854–860, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Decreto n. 20.281, de 10 de maio de 2019. Institui o comitê gestor municipal da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa.** 2019. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/14_05_2019_19.07.25.1c942f875ed1df861e7b79bb3f075e20.pdf Acesso em: 09 jul. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Revisão Plano Diretor de Florianópolis. Caderno 02.9: sede insular**, 2022. Disponível em: <https://ipuf.pmf.sc.gov.br/pd2022/public/pdfnovo/2.9%20Sede%20Insular%20-%20Diagn%C3%B3stico%20Preliminar.pdf> . Acesso em: 09 jul. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Lei Complementar 482/2014.** Disponível em: <<https://ipuf.pmf.sc.gov.br/plano-diretor/>>. Acesso em: 09 jul. 2024.

PRINCE, M. et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, v. 9, n. 1, p. 63- 75.e2, 2013.

RAMIREZ VA; HALLAL PC. Does every move really count towards better health? **Lancet Glob Health**. Jun 25: S2214-109X (24)00173-6, 2024.

REYNOLDS, C. F. et al. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. **World Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 336–363, 2022.

RICHARDS, R. Urban Renewal. In: Michalos, A.C. (eds) **Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research**. Springer, Dordrecht: 2014.

ROE, J. et al. The Urban Built Environment, Walking and Mental Health Outcomes Among Older Adults: A Pilot Study. **Frontiers in Public Health**, v. 8, p. 575946, 23 set. 2020.

SALLIS JF, OWEN N. **Ecological models of health behavior** In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 5th. San Francisco: Jossey-Bass, 2015.

SALVADOR, C. C. et al. Processos de geocodificação em estudos de coorte: métodos aplicados no EpiFloripa Idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023.

SALVO, D. et al. When Moving Is the Only Option: The Role of Necessity Versus Choice for Understanding and Promoting Physical Activity in Low- and Middle-Income Countries? **Annual Review of Public Health**, v. 44, n. Volume 44, 2023, p. 151–169, 2023.

SANTAMARIA-GARCIA, H. et al. Factors associated with healthy aging in Latin American populations. **Nature Medicine**, v. 29, n. 9, p. 2248–2258, 2023.

SANTOS, C. J.; PACIÊNCIA, I.; RIBEIRO, A. I. Neighbourhood Socioeconomic Processes and Dynamics and Healthy Ageing: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 11, p. 6745, 2022.

SANTOS, D. A. T. et al. Combined Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Depressive Symptoms in Older Adults. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 38, n. 3, p. 272–276, 2017.

SANTOS, T. et al. Sustainable living neighbourhoods: Measuring public space quality and walking environment in Lisbon. **Geography and Sustainability**, v. 3, n. 4, p. 289–298, 2022.

SAVVA, G. M.; ARTHUR, A. Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study. **Age and Ageing**, v. 44, n. 4, p. 642–647, 2015.

SOKALE, I.O. et al. Built Environment and Its Association with Depression among Older Adults: A Systematic Review. **The Open Public Health Journal**, 2022.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. EpiFloripa Aging cohort study: methods, operational aspects, and follow-up strategies. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 17 nov. 2017.

SEXTON, C. E. et al. A systematic review of MRI studies examining the relationship between physical fitness and activity and the white matter of the ageing brain. **NeuroImage**, v. 131, p. 81–90, 2016.

SHIMADA, H. et al. Conversion and Reversion Rates in Japanese Older People With Mild Cognitive Impairment. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 9, p. 808.e1-808.e6, 2017.

SHIN, J.; CHO, E. Patterns and risk factors of cognitive decline among community-dwelling older adults in South Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 104, p. 104809, 2023.

SHRIER, I.; PLATT, R. W. Reducing bias through directed acyclic graphs. **BMC Medical Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 70, 2008.

SILVA, P. S. C. DA; BOING, A. F. Factors associated with leisure-time physical activity: analysis of Brazilians with chronic diseases. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5727–5738, 2021.

SMITH, R. J. et al. Residential Segregation, Social Cohesion, and Aging in Place: Health and Mental Health Inequities. **The Gerontologist**, v. 62, n. 9, p. 1289–1298, 2022.

SMITH, T. L. et al. Effect of walking distance on 8-year incident depressive symptoms in elderly men with and without chronic disease: the Honolulu-Asia Aging Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 8, p. 1447–1452, 2010.

SEDLAC (CEDLAS and The World Bank) – with major processing by Our World in Data. **“Income inequality: Gini coefficient in Latin America”** [dataset]. SEDLAC (CEDLAS and The World Bank), “Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (SEDLAC)”, 2024. Disponível em: <https://ourworldindata.org/grapher/income-inequality-in-latin-america> . Acesso em 9 de julho, 2024

SIQUEIRA JUNIOR, JA., et al. Neighbourhood walkability and mental health in older adults: A cross-sectional analysis from EpiFloripa Aging Study. **Frontiers in Aging**, v. 3, 2022.

SONG, Y. et al. Effects of neighborhood built environment on cognitive function in older adults: a systematic review. **BMC geriatrics**, v. 24, n. 1, p. 194, 27 fev. 2024.

STUBBS, B. et al. Accelerometer-assessed light physical activity is protective of future cognitive ability: A longitudinal study among community dwelling older adults. **Experimental Gerontology**, v. 91, p. 104–109, 2017.

SUDANO, J. J. et al. Neighborhood racial residential segregation and changes in health or death among older adults. **Health & Place**, v. 19, p. 80–88, 2013.

SUI, Y.; ETTEMA, D.; HELBICH, M. Changes in neighborhood physical and social environments matter for change in mental health: Longitudinal evidence from Dutch panel data. *Environmental Pollution (Barking, Essex: 1987)*, v. 337, p. 122540, 2023.

TAMURA, K. et al. Physical activity-mediated associations between perceived neighborhood social environment and depressive symptoms among Jackson Heart Study participants. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, p. 91, 2020.

TEXTOR, J. et al. Robust causal inference using directed acyclic graphs: the R package “dagitty”. **International Journal of Epidemiology**, v. 45, n. 6, p. 1887–1894, 2016.

TIMPERIO, A.; VEITCH, J.; CARVER, A. Safety in numbers: does perceived safety mediate associations between the neighborhood social environment and physical activity among women living in disadvantaged neighborhoods? **Preventive Medicine**, v. 74, p. 49–54, 2015.

TUDOR-LOCKE, C. et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n. 1, p. 80, 2011.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development**. Nova York: UN, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Acesso em: 09 jul. 2024.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. **Atlas of human development in Brazil. Profile: Florianópolis, Brazil.** Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>>. Acesso em: 09 jul. 2024.

VALLÉE, J. et al. The role of daily mobility in mental health inequalities: the interactive influence of activity space and neighbourhood of residence on depression. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 73, n. 8, p. 1133–1144, 2011.

VAN CAUWENBERG, J. et al. Physical environmental factors related to walking and cycling in older adults: the Belgian aging studies. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 142, 2012.

VAN HOVEN, B.; MEIJERING, L. Mundane mobilities in later life - Exploring experiences of everyday trip-making by older adults in a Dutch urban neighbourhood. **Research in Transportation Business & Management, Special Issue on Ageing and Mobility**. v. 30, p. 100375, 2019.

VIA ESTAÇÃO CONHECIMENTO. **Como anda a mobilidade urbana de Florianópolis?** 2021. Disponível em: <<https://via.ufsc.br/como-anda-a-mobilidade-urbana-de-florianopolis/>>

VLACHANTONI, A. Financial inequality and gender in older people. **Maturitas**, v. 72, n. 2, p. 104–107, 2012.

VOELCKER-REHAGE, C.; GODDE, B.; STAUDINGER, U. M. Physical and motor fitness are both related to cognition in old age. **European Journal of Neuroscience**, v. 31, n. 1, p. 167–176, 2010.

WANG J, WANG X. **Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus**. John Wiley & Sons, 2019.

WEI, J. et al. Sleep, sedentary activity, physical activity, and cognitive function among older adults: The National Health and Nutrition Examination Survey, 2011–2014. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 24, n. 2, p. 189–194, 2021.

WHITE, J. et al. Duration of depressive symptoms and mortality risk: the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 208, n. 4, p. 337–342, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of Healthy Ageing 2020–2030**. Genebra: WHO, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: facing the challenges, building solutions**. Genebra: WHO, 2005. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/326566>. Acesso em: 9 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**, 1946. 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012**. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/70853>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on people-centred and integrated health services**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/155002>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework on integrated people-centred health services**. Genebra: WHO, 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating health services**. Genebra: WHO, 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: massive scale-up of resources needed if global targets are to be met**. Genebra: WHO, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/06-06-2018-mental-health-massive-scale-up-of-resources-needed-if-global-targets-are-to-be-met>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression**. Genebra: WHO, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030**. Genebra: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 09 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dementia**. Genebra: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 09 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf

WORRALL, C.; JONGENELIS, M.; PETTIGREW, S. Modifiable Protective and Risk Factors for Depressive Symptoms among Older Community-dwelling Adults: A Systematic Review. **Journal of Affective Disorders**, v. 272, p. 305–317, 2020.

WU, Y.-T. et al. The Built Environment and Cognitive Disorders: Results from the Cognitive Function and Ageing Study II. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 53, n. 1, p. 25–32, 2017.

WURPTS, I. C.; GEISER, C. Is adding more indicators to a latent class analysis beneficial or detrimental? Results of a Monte-Carlo study. **Frontiers in Psychology**, v. 5, p. 920, 2014.

YAFFE, K. et al. The Effect of Maintaining Cognition on Risk of Disability and Death. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 5, p. 889–894, 2010.

YAGISHITA, S. Transient and sustained effects of dopamine and serotonin signaling in motivation-related behavior. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 74, n. 2, p. 91–98, 2020.

YANG, T.-C. et al. Neighborhood Features and Cognitive Function: Moderating Roles of Individual Socioeconomic Status. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 66, n. 3, p. 454–462, 2024.

YANG, Y. et al. Examining the possible impact of daily transport on depression among older adults using an agent-based model. **Aging & Mental Health**, v. 23, n. 6, p. 743–751, 2019.

YOSHIDA, Y. et al. Longitudinal association between habitual physical activity and depressive symptoms in older people. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 69, n. 11, p. 686–692, 2015.

ZANDIEH, R. et al. Older Adults' Outdoor Walking: Inequalities in Neighbourhood Safety, Pedestrian Infrastructure and Aesthetics. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 12, p. 1179, 2016.

ZHANG, C. J. P. et al. To what extent does physical activity explain the associations between neighborhood environment and depressive symptoms in older adults living in an Asian metropolis? **Mental Health and Physical Activity**, v. 16, p. 96–104, 2019.

ZHANG, W.; WANG, T.; WANG, A. Impact of physical activity intensity on longitudinal trajectories of cognitive function and depressive symptoms in middle-aged and older Chinese adults: Eight-year prospective study. **Journal of Affective Disorders**, v. 315, p. 64–69, 2022.

ZHENG, J. et al. Multiplexing of Theta and Alpha Rhythms in the Amygdala-Hippocampal Circuit Supports Pattern Separation of Emotional Information. **Neuron**, v. 102, n. 4, p. 887–898.e5, 2019.

ZHU, W. et al. Objectively Measured Physical Activity and Cognitive Function in Older Adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 49, n. 1, p. 47–53, 2017.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Informações de apoio

Tabela S6: Análise fatorial confirmatória das variáveis latentes. Estudo EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Tabela S7: Características das classes e probabilidades de resposta aos itens para cada atributo de percepção do bairro em idosos.

Tabela S8: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe baixa caminhabilidade e moderadamente segura nos sintomas depressivos. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Tabela S9: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe alta caminhabilidade e segura durante o dia nos sintomas depressivos. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Tabela S10: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe baixa caminhabilidade e moderadamente segura no comprometimento cognitivo leve. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Tabela S11: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe alta caminhabilidade e segura durante o dia no comprometimento cognitivo leve. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Figura S1: O diagrama do efeito direto da baixa caminhabilidade e moderadamente segura (Env) nos sintomas depressivos em idosos, identificados pela GDS com 15 itens

Figura S2: O diagrama do efeito direto da alta caminhabilidade e segura durante o dia (Env) nos sintomas depressivos em idosos, identificados pela GDS com 15 itens.

Figura S3: O diagrama do efeito direto da baixa caminhabilidade e moderadamente segura no comprometimento cognitivo leve em idosos

Figura S4: O diagrama do efeito direto da alta caminhabilidade e segura durante o dia no comprometimento cognitivo leve em idosos.

Tabela S1: Análise fatorial confirmatória das variáveis latentes. Estudo EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Variáveis latentes	Carga fatorial	Erro padrão	Valor de p
Status socioeconômico			
Escolaridade	0,890	0,045	<,0001
Renda individual	0,684	0,051	<,0001
GDS			
Questão 1	0,435	0,116	<,0001
Questão 2	0,574	0,140	<,0001
Questão 3	0,260	0,073	<,0001
Questão 4	0,436	0,078	<,0001
Questão 5	0,188	1,304	0,886
Questão 6	0,593	0,097	<,0001
Questão 7	0,311	0,047	<,0001
Questão 8	0,478	0,133	<,0001
Questão 9	0,577	0,068	<,0001
Questão 10	0,464	0,161	0,004
Questão 11	0,541	0,211	0,010
Questão 12	0,424	0,109	<,0001
Questão 13	0,258	0,283	0,363
Questão 14	0,388	0,053	<,0001
Questão 15	0,504	0,063	<,0001

Geriatric Depression Scale (GDS): Escala de Depressão Geriátrica

Tabela S2. Características das classes e probabilidades de resposta aos itens para cada atributo de percepção do bairro em idosos.

Atributos	Resposta*	Classe 1 9,1%	Classe 2 10,6%	Classe 3 30,6%	Classe 4 28,8%	Classe 5 20,9%
Acesso a lojas	1	0,52	0,65	1,00	0,98	0,99
Acesso a comércio de serviços	1	0,17	0,27	1,00	0,97	0,98
Acesso a centros de saúde/convivência	1	0,45	0,28	0,95	0,88	0,79
Acesso a espaços públicos de lazer	1	0,22	0,32	0,67	0,65	0,98
Calçadas adequadas	1	0,13	0,40	0,24	0,35	1,00
Ruas planas	1	0,25	0,59	0,58	0,45	0,63
Áreas verdes ao longo das calçadas	1	0,2	0,32	0,43	0,22	0,66
Dificuldade no transporte ativo devido ao trânsito	1	0,42	0,81	0,73	0,50	0,61
Faixa de pedestre	1	0,46	0,26	0,74	0,76	0,90
Segurança durante o dia	1	0,60	0,99	0,99	0,54	0,96
Segurança durante a noite	1	0,13	0,77	0,77	0,02	0,50
Criminalidade	1	0,61	0,90	0,80	0,40	0,87

* Percebe os atributos da vizinhança do bairro. Baixa caminhabilidade e moderadamente segura; ² Baixa caminhabilidade e segura; ³ moderada caminhabilidade e baixa segurança; ⁴ Moderada caminhabilidade and moderada segurança; ⁵ Alta caminhabilidade e segura durante o dia

Tabela S3. Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe baixa caminhabilidade e moderadamente segura e sintomas depressivos. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	p-valor
<i>Efeitos diretos nos sintomas depressivos (SD)</i>			
Sexo → DS	-0,018	0,034	0,597
Idade → DS	-0,004	0,037	0,914
Status socioeconômico → DS	-0,212	0,043	<,001
Morbidade → DS	0,233	0,036	<,001
Atividade física → DS	-0,083	0,039	0,032
Status socioeconômico			
Sexo	-0,173	0,033	<,001
Idade	-0,194	0,033	<.001
Baixa caminhabilidade e moderada segurança			
Status socioeconômico	-0,086	0,064	0,180
Sexo	0,098	0,052	0,059
Idade	0,131	0,049	0,007
Atividade física			
Status socioeconômico	-0,015	0,034	<,001
Sexo	-0,036	0,030	0,229
Idade	-0,118	0,029	<,001
Morbidade	-0,141	0,028	<,001

Tabela S4: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe alta caminhabilidade e segura durante o dia e sintomas depressivos. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	p-valor
<i>Efeitos diretos nos sintomas depressivos (SD)</i>			
Sexo → DS	-0.018	0.034	0.600
Idade → DS	-0.004	0.037	0.912
Status socioeconômico → DS	-0.214	0.052	<.001
Morbidade → DS	0.230	0.037	<.001
Atividade física → DS	-0.085	0.038	0.024
Status socioeconômico			
Sexo	-0.175	0.033	<.001
Idade	-0.194	0.034	<.001
Alta caminhabilidade e segura durante o dia			
Status socioeconômico	0.361	0.049	<.001
Sexo	0.031	0.041	0.442
Idade	0.101	0.040	0.012
Atividade física			
Status socioeconômico	-0.029	0.042	0.488
Sexo	-0.061	0.028	0.030
Idade	-0.157	0.029	<.001
Morbidade	-0.141	0.029	<.001

Tabela S5: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe baixa caminhabilidade e moderadamente segura e comprometimento cognitivo leve. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019. .

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	p-valor
<i>Efeitos diretos no CCL</i>			
Sexo → CCL	-0,018	0,029	0,535
Idade → CCL	0,262	0,028	<,001
Renda → CCL	-0,205	0,032	<,001
Atividade física → CCL	-0,142	0,032	<,001
Renda individual			
Sexo	-0,173	0,029	<,001
Idade	-0,046	0,031	0,132
Baixa caminhabilidade e moderadamente segura			
Renda	-0,075	0,054	0,167
Sexo	0,099	0,053	0,062
Idade	0,144	0,047	0,002
Atividade física			
Renda	-0,062	0,029	0,034
Sexo	-0,043	0,029	0,143
Idade	-0,163	0,030	<,001
Morbidade	-0,135	0,028	<,001

CCL: Comprometimento Cognitive Leve

Tabela S6: Os efeitos diretos das covariáveis na relação entre a classe alta caminhabilidade e segura durante o dia e comprometimento cognitivo leve. Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2017-2019.

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	p-valor
<i>Efeitos diretos no CCL</i>			
Sexo → CCL	-0.028	0.028	0.310
Idade → CCL	0.210	0.029	<.001
Renda → CCL	-0.236	0.036	<.001
Atividade física → CCL	-0.143	0.029	<.001
Renda individual			
Sexo	-0.183	0.028	<.001
Idade	-0.064	0.029	0.030
Alta caminhabilidade e Segura durante o dia			
Renda	0.252	0.042	<.001
Sexo	0.014	0.040	0.723
Idade	0.047	0.039	0.231
Atividade física			
Renda	-0.068	0.032	0.033
Sexo	-0.068	0.028	0.016
Idade	-0.156	0.028	<.001
Morbidade	-0.147	0.028	<.001

CCL: Comprometimento Cognitive Leve

As demais variáveis são de ajustes. As linhas representam o efeito direto e as em vermelho são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com o coeficiente padrão.

Legenda: SES: status socioeconômico; Morb: morbidade; Educat: Escolaridade; Income: renda; Age: idade; Sex: sexo

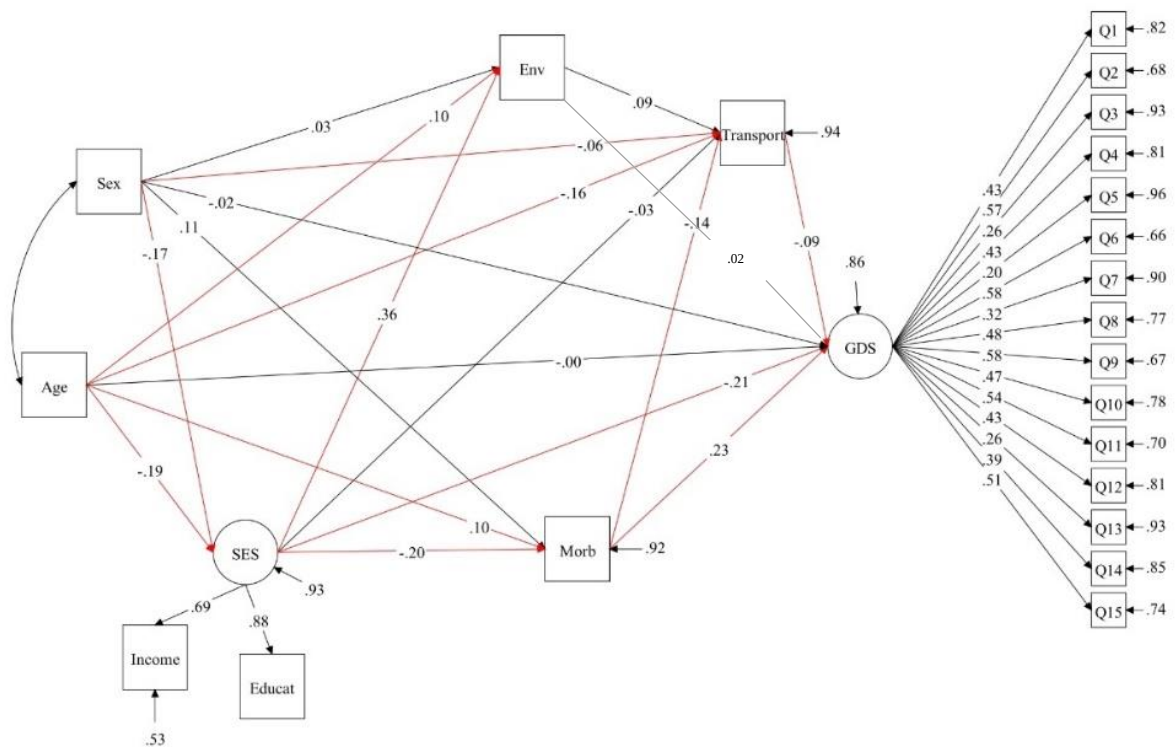


Figura S2: O diagrama do efeito direto da alta caminhabilidade e segura durante o dia (Env) nos sintomas depressivos em idosos, identificados pela GDS com 15 itens.

As demais variáveis são de ajustes. As linhas representam o efeito direto e as em vermelho são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com o coeficiente padrão.

Legenda: SES: status socioeconômico; Morb: morbidade; Educat: Escolaridade; income: renda; Age: idade; Sex: sexo

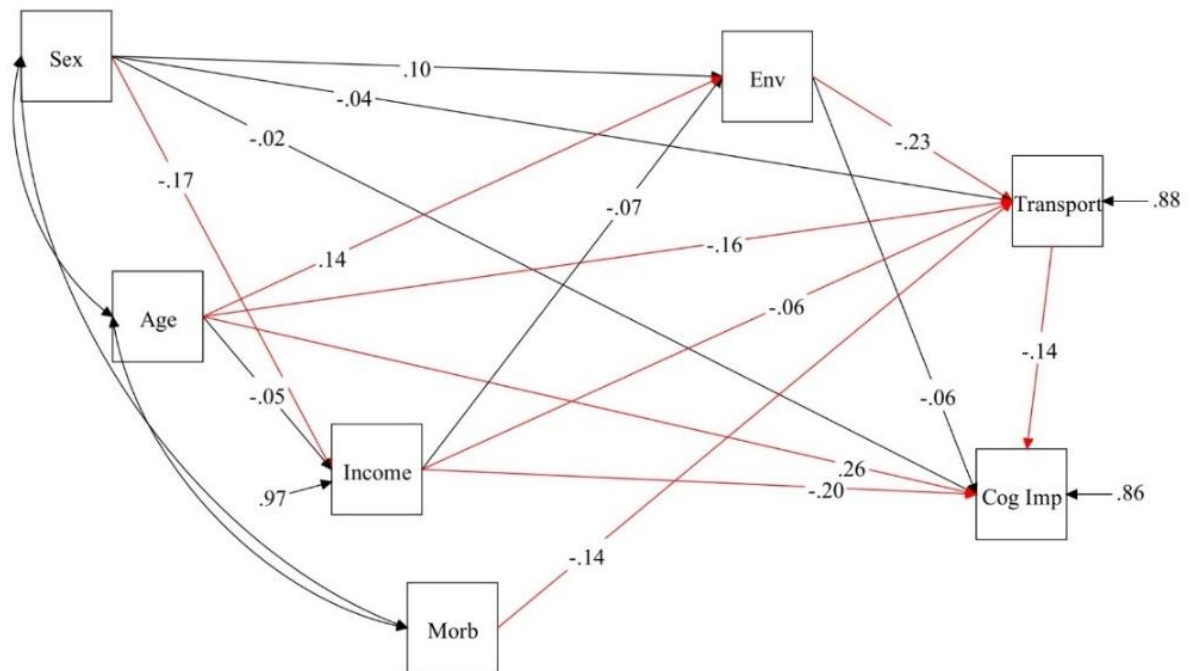


Figura S3: O diagrama do efeito direto da baixa caminhabilidade e moderadamente segura no comprometimento cognitivo leve em idosos.

As demais variáveis são de ajustes. As linhas representam o efeito direto e as em vermelho são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com o coeficiente padrão.

Legenda: Morb: morbidade; Income: renda; Age: idade; Sex: sexo

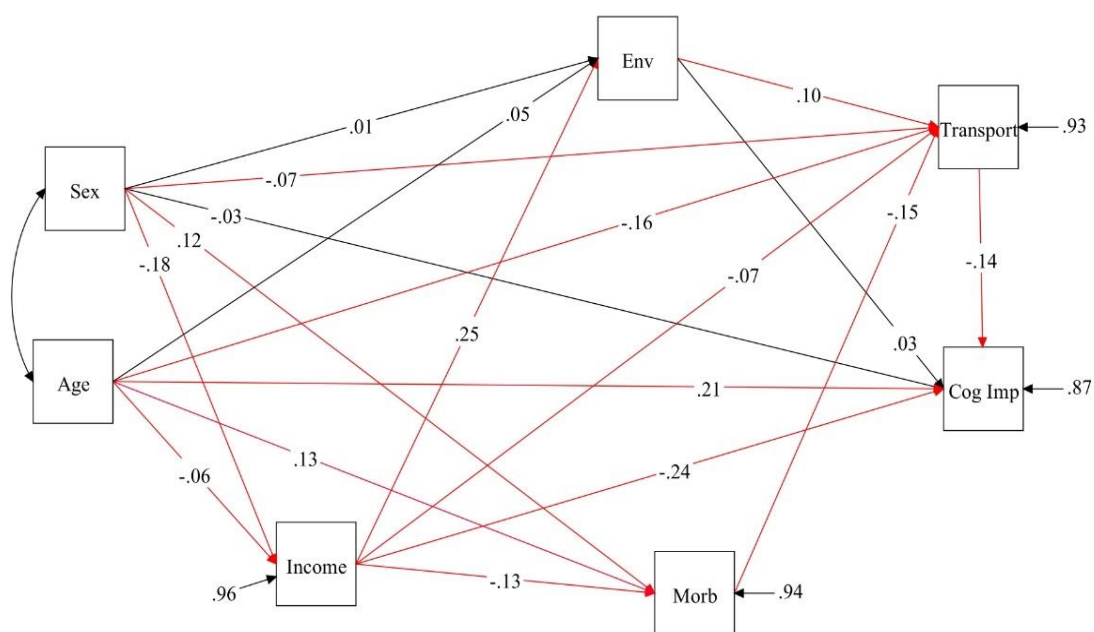


Figura S4: O diagrama do efeito direto da alta caminhabilidade e segura durante o dia no comprometimento cognitivo leve em idosos.

As demais variáveis são de ajustes. As linhas representam o efeito direto e as em vermelho são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com o coeficiente padrão.

Legenda: Morb: morbidade; Income: renda; Age: idade; Sex: sexo

APÊNDICES

APÊNDICE - 1: QUESTIONÁRIO EPIFLORIPA IDOSO 2017-2019

Meu nome é <...>. Sou entrevistador(a) da UFSC

ACOMPANHAMENTO: conforme combinamos com o(a) Sr.(a) estou aqui para realizarmos a entrevista da mesma pesquisa que o(a) Sr.(a) participou em 2009/2010 e 2013/2014, sobre a saúde dos idosos de Florianópolis. Sua participação tem sido essencial, pois com ela estamos conseguindo acompanhar a saúde das pessoas com 60 anos ou mais da cidade de Florianópolis.

NOVO: Estamos desde 2009 acompanhando a saúde dos idosos de Florianópolis e sua colaboração é imprescindível para continuarmos o estudo. Podemos conversar? (Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar – Entregar o consentimento pré-informado. Agradecer se sim ou não.)

Se o(a) entrevistado(a) tiver que marcar para outro dia, anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada. Caso você tenha chegado na casa no horário combinado e não encontrar ninguém, deixe um bilhete informando que esteve no local e que entrará em contato para remarcar. Caso o(a) entrevistado(a) tenha concordado ou tenha ficado na dúvida continue:

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações e respostas dadas pelo(a) Sr.(a) não serão divulgadas. Peço que durante esta entrevista o(a) Sr.(a) não tome café, chimarrão, chá ou qualquer outro alimento que possa influenciar na sua pressão arterial, pois iremos verificá-la. Desde já agradeço a sua disponibilidade. Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual o(a) Sr(a) concorda em participar da pesquisa, fique a vontade para fazer a leitura e, se assim desejar, assinar. Uma cópia ficará com o(a) Sr.(a).

Lembrete:

Para aferir a pressão arterial, o avaliado deve estar com a bexiga esvaziada, não tendo realizado exercícios físicos 60 a 90 minutos antes, nem fumado ou ingerido alimentos, café ou bebidas alcoólicas pelo menos 30 minutos antes.

ID:	ID_3
Nome:	Nome_3
Episeter:	EpiSetor
STATUS DA ENTREVISTA: Data: __/__/____ Hora: __: __	
Qual o status da entrevista com o idoso? (1) Entrevista realizada (2) Recusa – Motivo: _____ (3) Perda - Motivo: _____ (4) Óbito – Abrir colunas para informações abaixo	Status01_3
Se o status for óbito, informar: Data: __/__/____ Local (cidade/estado): _____ Causa: _____	DataObito_3 LocalObito_3 CausaObito_3
Condição física do entrevistado: (1) Acamado – Gerar pulso na avaliação do peso, altura, testes físicos, atividade física e questionário sobre barreiras para realizar AF (2) Cadeirante – Gerar pulso na avaliação do peso, altura e testes físicos (3) Deambulante	CondFisica_3
Deficiência:	
Física	(0) Não (1) Sim Def_fisica_3
Visual (não se refere ao uso de óculos)	(0) Não (1) Sim Def_visual_3
Auditiva	(0) Não (1) Sim Def_auditiva_3

BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTE BLOCO DEVERÁ ESTAR PREENCHIDO ANTES DA ENTREVISTA

Número do questionário: _____ NOME DO ENTREVISTADO _____ NOME DA MÃE _____ Data de nascimento: dia ____ mês ____ ano ____ Local de nascimento: Cidade: _____ Estado: _____ País: _____ Endereço completo: Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Ponto de referência do domicílio _____ Cidade _____ Estado _____ País _____ Telefone residencial (fixo): _____ Celular do entrevistado: _____ É WhatsApp? () Sim () Não Telefone trabalho _____ Telefone/Celular de um parente/amigo próximo _____ (nome: _____) É WhatsApp? () Sim () Não	ID NOME NOMEMAE DATANASC DIANASC MESNASC ANONASC CIDNASC ESTNASC PAISNASC LOGRADOURO NUMERO COMPLEMENTO BAIRRO CEP REFDOMICILIO CIDADE
--	--

Celular de outro parente/amigo: _____ (nome: _____)	ESTADO PAIS TELRES CEL WHATS TELTRAB CELAMIGO1 NOMEPARAMIGO1 WHATSAMIGO CELPARAMIGO2 NOMEPARAMIGO 2
1. Qual o seu e-mail ou de alguém próximo ao(a) Sr(a)? (0) Não tem – <i>Pule para a questão 3 e marque 8888 na questão 2</i> (1) Sim - _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 3 e marque 8888 na questão 2</i>	Web27_3
2. Esse e-mail é do(a) Sr(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Web27a_3
BLOCO GERAL	
AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO PARA O(A) ENTREVISTADOR(A) SOMENTE ANOTAR AS RESPOSTAS, SEM PERGUNTAR AO ENTREVISTADO	
3. Quem responde: (1) Idoso (2) Informante	RESP_ RESPNOME
4. Sexo do(a) idoso(a): (1) Masculino (2) Feminino	SEXO
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SENHOR(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA. [A QUESTÃO 8 PODERÁ SER RESPONDIDA SOMENTE PELO(A) IDOSO(A). AS DEMAIS PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
5. Neste momento o(a) Sr(a) está? (1) Casado(a)/com companheiro(a) – <i>Pule para a questão 7 e marque 8888 nas questões 6</i> (2) Solteiro(a) (3) Divorciado(a)/separado(a) (4) Viúvo(a) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - – <i>Pule para a questão 7 e marque 8888 nas questões 6</i>	EstadoCivil01_3
6. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) teve marido/esposa, noivo(a), namorado(a) ou qualquer tipo de relacionamento amoroso? (0) Não – <i>Marque 8888 nas questões 399 a 434 sobre violência entre parceiros</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Marque 8888 nas questões 399 a 434 sobre violência entre parceiros</i>	EstadoCivil02_3
7. O(a) Sr(a) considera que sua cor de pele, raça ou etnia é: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Raca_3
8. O(a) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Alfabetizado_3
9. O(a) Sr(a) estudou na escola? (0) Não – <i>Pule para a questão 11 e marque 8888 na questão 10</i> (1) Sim	Estudo_3

(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 11 e marque 8888 na questão 10</i>						
10. Quantos anos o(a) Sr(a) estudou? (marcar anos completos) Anos _ _ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						Anos_estudo_final_3
11. Seu pai estudou na escola? (0) Não – <i>Pule para a questão 13 e marque 8888 na questão 12</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 13 e marque 8888 na questão 12</i>						Estudo_pai_3
12. Quantos anos ele estudou? (marcar anos completos) Anos _ _ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						Anos_estudo_pai_3
13. Sua mãe estudou na escola? (0) Não – <i>Pule para a questão 15 e marque 8888 na questão 14</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 15 e marque 8888 na questão 14</i>						Estudo_mae_3
14. Quantos anos ela estudou? (marcar anos completos) Anos _ _ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						Anos_estudo_mae_3
15. O(a) Sr(a) tem cuidador? É uma pessoa que lhe ajuda nas suas atividades diárias como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. (0) Não – <i>Pule para a questão 17 e marque 8888 na questão 16</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 17 e marque 8888 na questão 16</i>						Cuidador_3
16. Quem é seu principal cuidador? (1) Esposo(a)/companheiro(a) (2) Filho(a)/Neto(a) (3) Cuidador formal (pessoa contratada para cuidar do idoso) (4) Outros (5) Sem cuidador fixo (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						PrincipalCuidador_3
Com quem o(a) Sr(a) mora?						
17. Só	(0) Não	(1) Sim- <i>Pule para a questão 24 e marque 8888 nas questões 18 a 23; Marque 8888 na questão 31; Marque 8888 na questão 55</i>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mora01_3	
18. Com cuidador profissional	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mora02_3	
19. Com o(a) cônjuge/companheiro(a)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mora03_3	
20. Com outros de sua geração [irmã(o), cunhada(o), amigo(a)]	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mora04_3	
21. Com filhos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mora05_3	
22. Com netos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mora06_3	
23. Quantas pessoas moram com o(a) Sr(a)? (exceto o(a) entrevistado(a)) _ _ pessoas (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						Pessoas_3
24. Em relação à sua vida financeira, o(a) Sr(a) tem algum tipo de renda? (0) Não – <i>Pule para a questão 31 e marque 8888 nas questões 25 a 30</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 31 e marque 8888 nas questões 25 a 30</i>						Renda01_3
25. O(a) Sr.(a) tem algum trabalho remunerado atualmente? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica						Trabalha_3

(9999) Não sabe ou não quer informar	
26. Recebe aposentadoria? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Aposentadoria_3
27. Recebe pensão? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Pensao_3
28. Recebe ALGUMA outra renda? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Renda02_3
29. Considerando todas as SUAS fontes de renda, quanto o(a) Sr(a) recebeu no último mês? R\$ _____,00 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Renda03_3
30. Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o(a) Sr(a)? (1) Só eu (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Renda04_3
31. No último mês, quanto receberam em Reais as OUTRAS pessoas que moram na casa? (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bolsas, etc).	
31a – RendaA [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaA_3
31b – RendaB [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaB_3
31c – RendaC [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaC_3
31d – RendaD [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaD_3
31e – RendaE [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaE_3
31f – RendaF [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaF_3
31g – RendaG [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaG_3
31h – RendaH [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaH_3
31i – RendaI [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaI_3
31j – RendaJ [] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RendaJ_3
BLOCO AMBIENTE	
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SE REFEREM A INFORMAÇÕES SOBRE A MANEIRA QUE O(A) SR.(A) PERCEBE OU PENSA SOBRE O SEU BAIRRO. NAS PERGUNTAS, SEMPRE QUE EU DISSER “PERTO DE SUA CASA”, ME REFIRO A SUA VIZINHANÇA, LUGARES PARA OS QUAIS O(A) SR.(A) CONSEGUE IR CAMINHANDO EM 15 MINUTOS OU MENOS.	
32. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora nesse bairro? __ _ anos __ _ meses (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	TempoBairroAno_3 TempoBairroMes_3
Vamos falar sobre comércio, lojas, estabelecimentos, espaços públicos e outros locais perto de sua casa, isto é, a menos de 15 minutos a pé de onde o(a) Sr(a) mora. [AS QUESTÕES 33 A 61 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
33. Existem locais como supermercados, lojas de conveniência/mercadinho/armazém, feira livre, perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_locais1_3
34. Existem locais como lojas, livrarias, bancos, farmácia, salão de beleza, barbeiro, perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_locais2_3
35. Existem locais como restaurantes, padarias, lanchonete, cafeteria, perto de sua casa?	Amb_locais3_3

(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
36. Existem locais como postos/centros de saúde e centros comunitários perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_locais4_3
37. Existem pontos de ônibus perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_locais5_3
38. Existem espaços públicos como parques, praças, pistas de caminhada, ciclovias e/ou quadras de esportes, perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_locais6_3
39. Existem locais como academias de ginástica/musculação e/ou clubes, perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_locais7_3
AGORA VAMOS FALAR SOBRE AS RUAS E CALÇADAS PERTO DE SUA CASA	
40. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não – Pule para a questão 42 e marque 8888 na questão 41 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estrut1_3
41. As calçadas próximas a sua casa são bem cuidadas (pavimentadas e sem buracos)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estrut2_3
42. Existem áreas verdes (como, por exemplo, árvores ou canteiros) ao longo das calçadas e ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estrut3_3
43. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas que dificultam caminhar ou andar de bicicleta)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estrut4_3
44. Há muitos morros no seu bairro limitando o número de caminhos para ir de um lugar a outro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estrut6_3
45. Existem locais com acúmulo de lixo e/ou locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estrut5_3
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O TRÂNSITO DE CARROS, ÔNIBUS, CAMINHÕES E MOTOS PERTO DE SUA CASA	
46. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificulta a prática de caminhada ou o uso de bicicleta perto da sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegTransito1_3
47. Existem faixas de pedestres, ou sinais ou passarelas que auxiliam os pedestres a atravessar as ruas	Amb_SegTransito2_3

perto de sua casa? (0) Não – <i>Pule para a questão 49 e marque 8888 na questão 48</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 49 e marque 8888 na questão 48</i>	3
48. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de pedestres? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegTransito3_3
49. Existe muito barulho/poluição sonora perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegTransito4_3
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SEGURANÇA NO SEU BAIRRO	
50. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro1_3
51. Durante o dia, o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro2_3
52. Durante a noite, o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro3_3
53. Existe um alto nível de criminalidade no seu bairro, como por exemplo, depredação de locais públicos e privados, furtos, assaltos, arrombamentos, agressões, etc? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro4_3
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA FAMÍLIA, AMIGOS, VIZINHOS E OPORTUNIDADES NO SEU BAIRRO. POR FAVOR, CONSIDERE DA FAMÍLIA INDIVÍDUOS QUE MORAM COM O(A) SR.(A).	
54. Algum(a) amigo(a) ou vizinho(a) convidou o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_1_3
55. Alguém de sua família convidou o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_2_3
56. Existem ciclovias ou vias/trilhas para pedestres no seu bairro que são de fácil acesso? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_7_3
57. Existem parques, praças, pista pra caminhada ou quadras de esportes no seu bairro que são de fácil acesso? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_8_3
58. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas e/ou ginástica em grupo e/ou passeio de bicicleta no seu bairro?	SuporteSoc_3_3

(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							
59. Existem programas de atividade física nas unidades de saúde ou centros comunitários perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							SuporteSoc_4_3
60. O(a) Sr.(a) tem cachorro? (0) Não – Pule para a questão 62 e marque 8888 na questão 61 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 62 e marque 8888 na questão 61							SuporteSoc_5_3
61. O(a) Sr.(a) costuma passear/caminhar com o seu cachorro nas ruas do seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							SuporteSoc_6_3
MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 1 AGORA GOSTARIA DE APROVEITAR O INÍCIO DA ENTREVISTA PARA VERIFICARMOS A SUA PRESSÃO ARTERIAL							
62. Pressão arterial sistólica membro superior direito: PASD 1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							PASD1_3
63. Pressão arterial diastólica membro superior direito: PADD 1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							PADD1_3
64. Pressão arterial sistólica membro superior esquerdo: PASE 1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							PASE1_3
65. Pressão arterial diastólica membro superior esquerdo: PADE 1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							PADE1_3
BLOCO CONSTRUCTO SOCIAL [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]							
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE RELAÇÕES SOCIAIS							
66. Com que frequência o(a) Sr(a) sente que não tem companhia?	(1) Raramente	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SOLIDAO1_3	
67. Com que frequência o(a) Sr(a) se sente deixado(a) de lado?	(1) Raramente	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SOLIDAO2_3	
68. Com que frequência o(a) Sr(a) se sente isolado(a) das outras pessoas?	(1) Raramente	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SOLIDAO3_3	
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE OS SEUS CONTATOS COM FAMILIARES E AMIGOS QUE NÃO MORAM COM O(A) SR(A). Lembrar o entrevistado(a) que considere como ver ou falar, tanto o contato pessoalmente quanto por telefone, skype ou chamada de vídeo ou whatsapp.							
69. Com que frequência o(a) Sr(a) vê ou fala com familiares que não moram na sua casa?	(0) Nunca	(1) Pelo menos uma vez por ano	(2) Pelo menos uma vez por mês	(3) Pelo menos uma vez por semana	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ISOLA_SOCIAL1_3
70. Com que frequência o(a) Sr.(a) se relaciona com familiares utilizando	(0) Nunca	(1) Pelo menos uma vez por mês	(2) Pelo menos uma vez por mês	(3) Pelo menos uma vez por	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ISOLA_SOCIAL2_3

outras formas de contato como carta, e-mail ou mensagens de texto/whatsapp.		vez por ano		semana				
71. Com que frequência o(a) Sr.(a) vê ou fala com amigos?	(0) Nunca	(1) Pelo menos uma vez por ano	(2) Pelo menos uma vez por mês	(3) Pelo menos uma vez por semana	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ISOLA_SOCIAL3_3	
72. Com que frequência o(a) Sr.(a) se relaciona com amigos utilizando outras formas de contato como carta, e-mail ou mensagens de texto?	(0) Nunca	(1) Pelo menos uma vez por ano	(2) Pelo menos uma vez por mês	(3) Pelo menos uma vez por semana	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ISOLA_SOCIAL4_3	
BLOCO DE APOIO SOCIAL [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]								
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES EM QUE O(A) SR(A) BUSCA COMPANHIA, APOIO E AJUDA E COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM:								
73. Alguém que o ajude se ficar de cama	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL01_3
74. Alguém para lhe ouvir, quando o(a) Sr(a) precisa falar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL02_3
75. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL03_3
76. Alguém para levá-lo(a) ao médico	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL04_3
77. Alguém que demonstre amor e afeto pelo(a) Sr(a)	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL05_3
78. Alguém para se divertir junto	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL06_3
79. Alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL07_3
80. Alguém em quem confiar ou para falar do(a) Sr(a) ou sobre seus problemas	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL08_3
81. Alguém que lhe dê um abraço	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL09_3
82. Alguém com quem relaxar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL10_3
83. Alguém para preparar suas	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não	APOIOSOCIAL11_3

refeições se o(a) Sr(a) não puder prepará-las							quer informar	
84. Alguém de quem o(a) Sr(a) realmente quer conselhos	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL12_3
85. Alguém com quem se distrair	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL13_3
86. Alguém para ajudá-lo(a) nas tarefas diárias se o(a) Sr(a) ficar doente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL14_3
87. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL15_3
88. Alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL16_3
89. Alguém com quem fazer coisas agradáveis	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL17_3
90. Alguém que compreenda seus problemas	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL18_3
91. Alguém que o(a) Sr(a) ame e faça o(a) Sr(a) se sentir querido	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	APOIOSOCIAL19_3
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ATIVIDADES SOCIAIS. O(A) SR.(A) FREQUENTA: [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]								
92. Grupos de convivência ou religioso?	(0) Não – <i>Pule para a questão 94 e marque 8888 na 93</i>		(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 94 e marque 8888 na 93</i>		CONVIVE01 _	
93. Com que frequência o(a) Sr.(a) participa dos grupos de convivência ou religioso? (1) Uma vez por semana (2) Duas ou mais vezes por semana (3) Uma ou duas vezes por mês (4) Menos de uma vez por mês (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							CONVIVE02_	
BLOCO DE USO DE INTERNET E E-MAIL [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]								
AGORA EU VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE INTERNET E E-MAIL								
94. O(a) Sr(a) usa internet ou e-mail? (0) Não – <i>Pule para a questão 100 e marque 8888 nas questões 95 a 99</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe não quer informar – <i>Pule para a questão 100 e marque 8888 nas questões 95 a 99</i>							Web01_3	
95. Em média, quantas vezes o(a) Sr(a) usa a internet ou o e-mail? (1) Todos os dias, ou quase todos os dias (2) Pelo menos uma vez por semana (mas não todos os dias) (3) Pelo menos uma vez por mês (mas não todos as semanas) (4) Pelo menos uma vez a cada 3 meses (5) Menos que a cada 3 meses (8888) Não se aplica							Web02_3	

(9999) Não sabe ou não quer informar					
Em quais dos seguintes tipos de computadores/aparelhos eletrônicos o Sr.(a) acessa a internet? (Leia as opções de resposta e assinale todas as alternativas que se aplicam)					
96. Computador de mesa	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Web08a_3
97. Computador de portátil (laptop, notebook ou netbook)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Web08b_3
98. Tablet	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Web08c_3
99. Celular	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Web09_3
BLOCO DE SAÚDE MENTAL [DEVERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSOS(A), PORÉM, AS PERGUNTAS 133 A 168 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A), MESMO QUE O INFORMANTE ESTEJA RESPONDENDO].					
AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA.					
100. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua memória é: (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					Mem01_3
101. Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) realizou alguma atividade para estimular sua memória? (0) Não – Pule para a questão 120 e marque 8888 nas questões 102 a 119 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 120 e marque 8888 nas questões 102 a 119					Mem02_3
Quais foram essas atividades? (Não ler as questões, enquadrar a resposta do idoso)					
102. Palavras cruzadas	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem03_3
103. Leitura	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem04_3
104. Cursos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem05_3
105. Jogos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem06_3
106. Computadores	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem07_3
107. Meditação	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem08_3
108. Exercício físico/caminhada/academia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem09_3
109. Jardinagem	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem11_3
110. Dança	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem12_3
111. Controlar o peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem13_3
112. Comer mais frutas e vegetais	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem14_3
113. Comer massas e cereais integrais	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem15_3
114. Comer mais peixe	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem16_3
115. Frequentar grupos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem17_3
116. Trabalho voluntário	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem18_3
117. Viagens em grupo	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem19_3
118. Visitar a família e amigos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem20_3
119. Outra	(1)	(0) Não	(8888) Não	(9999) Não sabe ou não	Mem21_3

	Sim. Qual?		se aplica	quer informar	
120. O(a) Sr(a) gostaria de participar de um programa de atividades para estimular a sua memória? (0) Não – Pule para a questão 128 e marque 8888 nas questões 121 a 127 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 128 e marque 8888 nas questões 121 a 127					Mem22_3
Por favor, informe qual(is) dos programas lhe interessam (Ler as opções):					
121. Atividade física	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem23_3
122. Atividade social (participação em grupos de convivência)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem24_3
123. Atividade cultural (cinema, teatro, museus)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem25_3
124. Exercícios para memória (jogos, uso de computadores)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem26_3
125. Alimentação	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem27_3
126. Meditação	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem28_3
127. Outra	(1) Sim. Qual?	(0) Não	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem29_3
128. O(a) Sr(a) gostaria de receber orientações para prevenir perda de memória? (0) Não – Pule para a questão 133 e marque 8888 nas questões 129 a 132 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 133 e marque 8888 nas questões 129 a 132					Mem30_3
Como o(a) Sr(a) gostaria de receber estas orientações?					
129. Reuniões/palestras	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem31_3
130. Correspondência	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem32_3
131. Via e-mail/internet	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem33_3
132. Visita domiciliar	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Mem34_3
[DEVERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSOS(A), MESMO QUE O INFORMANTE ESTEJA RESPONDENDO].					
133. Que dia do mês é hoje?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE01_3
134. Em que mês estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE02_3
135. Em que ano estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE03_3
136. Em que dia da semana estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE04_3
137. Qual é a hora aproximada? (Considere a variação de +- 1h)	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE05_3
138. Em que local nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE06_3
139. Em que rua nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE07_3
140. Em que bairro nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE08_3
141. Em qual cidade nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE09_3
142. Em qual estado nós estamos?	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE10_3
Eu vou dizer 3 palavras e o(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir: ROSTO, IGREJA, VERMELHO (Se ele não entender as três palavras, repita pausadamente 3 vezes, no máximo)					
143. ROSTO	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta			MMSE11_3

144. IGREJA	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE12_3
145. VERMELHO	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE13_3
146. O(a) Sr(a) faz cálculos/ contas? (0) Não – Peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para diante (1) Sim – Peça para fazer a subtração seriada (8888) Não se aplica (9999) Não quer informar			MMSE14_3
Se a resposta for <u>SIM</u> , pergunte: Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? (total de 5 subtrações, continuar a subtração seguinte a partir do resultado correto)			
147. _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE15_3
Se de 93 reais forem tirados 7, quanto resta?			
148. _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE16_3
Se de 86 forem tirados 7, quanto resta?			
149. _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE17_3
Se de 79 forem tirados 7, quanto resta?			
150. _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE18_3
Se de 72 forem tirados 7, quanto resta?			
151. _____	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE19_3
Se a resposta for <u>NÃO</u> , peça-lhe para soletrar a palavra “MUNDO” de trás para diante.			
152. O	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE20_3
153. D	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE21_3
154. N	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE22_3
155. U	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE23_3
156. M	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE24_3
O(a) Sr.(a) poderia repetir as três palavras que disse há pouco? (Registre as palavras que foram repetidas corretamente. Considere correto se o entrevistado espontaneamente se autocorrige).			
157. ROSTO	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE25_3
158. IGREJA	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE26_3
159. VERMELHO	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE27_3
Mostre um <u>relógio de pulso</u> e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com a <u>caneta</u> . Registre as respostas.			
160. Relógio	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE28_3
161. Caneta	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE29_3
Diga: Preste atenção, vou lhe dizer uma frase e quero que o(a) Sr.(a) a repita depois de mim. (Considere acerto somente se a repetição for perfeita)			
162. “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE30_3
Diga: Por favor, pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Considere acerto a realização de cada etapa pedida. Não mostre como se faz. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas).			
163. Com a mão direita	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE31_3
164. Dobre-o ao meio	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE32_3
165. Coloque-o no chão	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE33_3
Por favor, faça o que está escrito aqui: (mostre o cartão). (Não auxilie se pedir ajuda ou só ler a frase sem realizar o comando. Pergunte antes se a pessoa está enxergando bem ou se ela precisa colocar os óculos).			
166. “FECHE OS OLHOS”	(0) Resposta errada	(1) Resposta correta	MMSE34_3

167. Peça-lhe para escrever uma frase. Se não compreender o significado ajude com: “Alguma frase que tenha começo, meio e fim; ou alguma coisa que queira dizer ou alguma coisa que aconteceu hoje”.					MMSE35_3
(0) Resposta errada (1) Resposta correta					
168. Copie este desenho (mostre o cartão). Peça-lhe que copie o desenho no espaço abaixo, da melhor forma possível. Considere certo se ambas as figuras tiverem 5 lados e uma intersecção entre elas.					MMSE36_3
(0) Resposta errada (1) Resposta correta					
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU HUMOR [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]					
169. O(a) Sr.(a), de um modo geral, está satisfeito(a) com a sua vida ?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS01_3
170. O(a) Sr.(a) tem a sensação de que a sua vida anda meio vazia?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS02_3
171. O(a) Sr.(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer ?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS03_3
172. Na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) se sente feliz?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS04_3
173. Nos últimos tempos o(a) Sr.(a) deixou de fazer muitas atividades, ou coisas que tinha interesse em fazer?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS05_3
174. O(a) Sr.(a) se sente impotente ou incapaz diante das coisas?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS06_3
175. O(a) Sr.(a) acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS07_3
176. O(a) Sr.(a) se sente cheio(a) de energia?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS08_3
177. O(a) Sr.(a) anda sem esperança em relação às coisas da sua vida?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS09_3
178. O(a) Sr.(a) acha a que maioria das pessoas está melhor que Sr.(a)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS10_3
179. Acontece com frequência de o(a) Sr.(a) sentir que as coisas estão chatas, sem graça?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS11_3
180. Na maior parte do tempo o(a) Sr.(a) anda de bom humor?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS12_3
181. Nos últimos tempos o(a) Sr.(a) prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS13_3
182. O(a) Sr.(a) acha que estar vivo agora é maravilhoso?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS14_3
183. O(a) Sr.(a) se sente inútil, sem valor?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS15_3
BLOCO ALIMENTAÇÃO [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]					
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO					
184. Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? Considerar que refeição é qualquer alimento consumido em horários que caracterizam um hábito para o entrevistado, devendo, portanto, considerar os lanches consumidos entre refeições principais. ____refeições (7777) Alimentação por sonda - Pule para a questão 199 e marque 8888 na questão 185 a 198 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					VIGNUT199_3
185. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer legumes e verduras cruas ou cozidas como saladas junto com a comida ou na sopa, sem contar batata aipim ou inhame? ____ dias – Se a resposta for 0 (zero), pule para a questão 187 e marque 8888 na questão 186 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					VIGNUT300_3
186. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) costuma comer legumes e verduras cruas ou cozidas como saladas junto com a comida ou na sopa, sem contar batata, aipim ou inhame? _ _ vezes (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					VIGNUT301_3

187. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT205_3
188. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT207_3
189. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas? ____ dias - <i>Se a resposta for 0 (zero), pule para a questão 191 e marque 8888 na questão 190</i> (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Se a resposta for zero, pule para a questão 191 e marque 8888 na questão 190</i>	VIGNUT211_3
190. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas? _ _ vezes (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT212_3
191. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? Sem contar leite de soja. ____ dias - <i>Se a resposta for 0 (zero), pule para a questão 193 e marque 8888 na 192.</i> (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Se a resposta for zero, pule para a questão 193 e marque 8888 na 192</i>	VIGNUT213_3
192. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (0) Integral (1) Desnatado ou semidesnatado (2) Os dois tipos (integral + desnatado ou semidesnatado) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT214_3
193. Quantos dias da semana o(a) Sr.(a) come alimentos fritos, como batata frita, ovo frito, pastel, aipim frito, bolinho frito, banana frita? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT215_3
194. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer peixes? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	CPEIXE3_3
195. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	CFEIJAO_3
196. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos integrais (pão, arroz, macarrão integral e ou preparações com farinhas integrais, aveia, linhaça, granola e etc.)? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	AL_INTEGRAL_3
197. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar bebidas açucaradas (refrigerantes, suco artificial, suco de caixinha, suco de pacote, suco em pó)? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	BEB_ACUC_3
198. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? ____ dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	DOCES_3
BLOCO DE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, TABAGISMO E ÁLCOOL [AS QUESTÕES 199 A 217, 219 E 221 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A). AS QUESTÕES 218, 220 E 222 A 230 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) E INFORMANTE]	
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E ALGUNS HÁBITOS DE VIDA	
199. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é: (1) Muito boa (2) Boa	SAUDE01_3

(3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar				
200. O(a) Sr(a) costuma fazer algo com o objetivo de prevenir ou cuidar das doenças cardiovasculares (doenças do coração ou dos vasos sanguíneos, como, por exemplo, infarto, isquemia e derrame)? (0) Não – Pule para a questão 217 e marque 8888 nas questões 201 a 216 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 217 e marque 8888 nas questões 201 a 216				PREVCARDIO01_3
O que? (Não ler as questões, enquadrar as respostas do idoso lembrando que podem ser assinaladas mais de uma opção). Após o idoso terminar de responder, perguntar mais uma vez: “O(a) Sr(a) lembra de mais alguma coisa que costuma fazer para prevenir ou cuidar das doenças cardiovasculares?”				
201. Atividade física, exercício físico	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO02_3
202. Cuidados com alimentação	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO03_3
203. Restrição do consumo de sal (usa pouco sal)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO04_3
204. Evita excesso de bebidas alcoólicas	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO05_3
205. Não fuma ou parou de fumar	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO06_3
206. Controla o peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO07_3
207. Controla o estresse	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO08_3
208. Controla o colesterol	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO09_3
209. Controla a glicemia ou o açúcar no sangue	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO10_3
210. Controla a pressão arterial	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO11_3
211. Verifica a pressão arterial	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO12_3
212. Busca ter qualidade de sono	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO13_3
213. Realiza consultas médicas, vai ao médico	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO14_3
214. Possui adesão ao tratamento e as medicações / faz o que o médico sugere ou segue orientações do médico	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO15_3
215. Busca informação sobre o assunto	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO16_3
216. Outro	(1) Sim Qual? _(_	(0) Não	(8888) Não se aplica	PREVCARDIO17_3
217. O(a) Sr.(a) sente que tem dificuldade para ouvir? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe não quer informar				AUDICAO01_3
218. O(a) Sr.(a) usa aparelho auditivo? (0) Não (1) Sim, em uma orelha (2) Sim, nas duas orelhas (8888) Não se aplica (9999) Não sabe não quer informar				AUDICAO02_3
219. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua audição é: (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar				AUDICAO03_3
220. O(a) Sr.(a) usa óculos ou lentes? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar				VISAO01_3
221. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão é (considerar o uso do óculos): (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar				VISAO02_3

222. O(a) Sr(a) fuma ou fumou cigarros? (0) Não – <i>Pule para a questão 228 e marque 8888 nas questões 223 a 227</i> (1) Fumou e parou – <i>Marque 8888 nas questões 226 a 227</i> (2) Fuma atualmente – <i>Pule para a questão 226 e marque 8888 nas questões 223 a 225</i> (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 228 e marque 8888 nas questões 223 a 227</i>	FUMO01_3
223. Por quantos anos o(a) Sr(a) fumou? __ __ anos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FUMO02_3
224. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fumava por dia? __ __ cigarros (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FUMO03_3
225. Há quantos anos o(a) Sr(a) parou de fumar? __ __ anos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FUMO04_3
226. Há quantos anos o(a) Sr(a) fuma? __ __ anos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FUMO05_3
227. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia? __ __ cigarros (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FUMO06_3
228. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca – <i>Pule para a questão 231 e marque 8888 nas questões 229 e 230</i> (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 231 e marque 8888 nas questões 229 e 230</i>	AUDIT01_3
229. Quantas doses de álcool o(a) Sr(a) toma normalmente ao beber? (Ver quadro de equivalência de dose padrão) (0) 1 ou menos (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	AUDIT02_3
230. Com que frequência o (a) Senhor (a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (Ver quadro de equivalência de dose padrão) (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	AUDIT03_3

BLOCO DE ATIVIDADE FÍSICA E TEMPO SEDENTÁRIO

[AS QUESTÕES 231 A 244 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE].

[AS QUESTÕES 245 A 265 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E TEMPO SEDENTÁRIO

Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física o (a) Senhor (a) faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que o (a) Senhor (a) gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual. Atividade física é todo e qualquer movimento corporal. Por favor, considere apenas as atividades físicas que o (a) Sr (a) realiza por dez minutos seguidos ou mais.

ATIVIDADE FÍSICA COMO DESLOCAMENTO/MEIO DE TRANSPORTE

As próximas questões se referem à forma como o (a) Sr (a) se deslocou (caminhou ou pedalou) para ir de um lugar a outro na última semana, incluindo ir ao supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, cinema, lojas, trabalho e outros. Pense somente nas caminhadas ou pedaladas que o (a) Sr (a) faz por pelo menos 10 minutos contínuos na última semana

habitual.	
231. Em quantos dias durante a última semana o (a) Senhor (a) andou de bicicleta para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício) (0) Nenhum – <i>Pule para a questão 233 e marque 8888 nas 232</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 233 e marque 8888 nas 232</i>	Ipaqd_biked_3
232. Nos dias que o (a) Sr(a) pedalou para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total o(a) Sr(a) pedalou POR DIA? _____ horas _____ minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	IPAQD_biketMin_3 IPAQD_biketH_3 IPAQD_bikeMinTot_3
233. Quantos dias durante a última semana o(a) Sr.(a) caminhou para ir de um lugar para outro, como: ir ao trabalho, supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício) (0) Nenhum - <i>Pule para a questão 235 e marque 8888 na 234</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 235 e marque 8888 na 234</i>	IPAQD_caminhad_3
234. Nos dias que o(a) Sr.(a) caminhou para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício) _____ horas _____ minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	IPAQD_caminhatMi n_3 IPAQD_caminhatH_3 IPAQD_caminhaMin Total_3
ATIVIDADES FÍSICAS DE LAZER, RECREAÇÃO, EXERCÍCIO E ESPORTE	
Esta próxima parte se refere às atividades físicas que o(a) Sr(a) fez na última semana unicamente por lazer, recreação, exercício ou esporte. Novamente pense somente nas atividades físicas que o(a) Sr(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor não inclua atividades que o(a) Sr(a) já tenha citado.	
235. Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr.(a) tenha citado anteriormente, em quantos dias durante a última semana, o(a) Sr.(a) CAMINHOU (lazer ou exercício físico) no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos? (0) Nenhum - <i>Pule para a questão 237 e marque 8888 na 236</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 236 e marque 8888 na 236</i>	IPAQL_caminhad_3
236. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou no seu tempo livre/lazer, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? _____ horas _____ minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	IPAQL_caminhatMin_3 IPAQL_caminhatH_3 IPAQL_caminhaMin Tot_3
237. Em quantos dias na última semana, o(a) Sr.(a) fez atividades MODERADAS no seu tempo livre, como por exemplo: ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos? Lembrando que atividades MODERADA são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte do que o normal. (0) Nenhum - <i>Pule para a questão 239 e marque 8888 na 238</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 239 e marque 8888 na 238</i>	IPAQL_moderadasd_3
238. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades moderadas no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? _____ horas _____ minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	IPAQL_moderadatM in_3 IPAQL_moderadatH_3 IPAQL_moderadaMi nTot_3
239. Em quantos dias na última semana, o(a) Sr.(a) fez atividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, enfim, esportes em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos? Lembrando que atividades vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte do que o normal. (0) Nenhum - <i>Pule para a questão 241 e marque 8888 na 240</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 241 e marque 8888 na 240</i>	IPAQL_vigorasad_3
240. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades vigorosas no seu tempo livre, quanto tempo no total	IPAQL_vigorasatMi

o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? _____horas_____minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							n_3 IPAQL_vigorosaH_3 IPAQL_vigorosaMinTot_3	
TEMPO SEDENTÁRIO								
Agora gostaríamos de saber que tipo de atividade o(a) Sr(a) realizou na posição sentado ou reclinado.								
241. Quantos dias na última semana o(a) Sr(a) assistiu televisão ou vídeo/DVD? (0) Nenhum - <i>Pule para a questão 243 e marque 8888 na 242</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 243 e marque 8888 na 242</i>							TempoSedentario01_3	
242. Nesses dias, em média quanto tempo o(a) Sr(a) passou assistindo televisão ou vídeo/DVD? _____horas_____minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							TempoSedentario02_3	
243. Quantos dias na última semana o(a) Sr(a) usou o computador/internet? (0) Nenhum - <i>Pule para a questão 245 e marque 8888 na 244</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 245 e marque 8888 na 244</i>							TempoSedentario03_3	
244. Nesses dias, em média quanto tempo o(a) Sr(a) passou usando o computador/internet? _____horas_____minutos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							TempoSedentario04_3	
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE MOTIVOS QUE PODEM DIFICULTAR O(A) SR(A) A REALIZAR UMA ATIVIDADE FÍSICA NO SEU TEMPO DE LAZER. COM QUE FREQUÊNCIA OS FATORES QUE IREI LISTAR REPRESENTAM PARA O(A) SR(A), MOTIVOS/BARREIRAS PARA NÃO PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS.								
245. Falta de tempo disponível	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF01_3
246. Falta de locais adequados	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF02_3
247. Falta de estruturas e equipamentos adequados	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF03_3
248. Falta de segurança nos locais	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF04_3
249. Falta de recursos financeiros	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF05_3
250. Falta de companhia (amigos, familiares)	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF06_3
251. Falta de habilidades físicas/ condições físicas	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF07_3
252. Falta de orientação adequada para prática	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF08_3
253. Falta de conhecimento sobre atividade física	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF09_3
254. Falta de motivação/vontade	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF10_3
255. Falta de interesse/gosto	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF11_3
256. Preguiça	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF12_3
257. Medo de lesionar/machucar-se	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	Barreiras_AF13_3

[illegible]

275. Perímetro da cintura 1: Cint1_____cm (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Cintura01_3
276. Perímetro da cintura 2: Cint2_____cm (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Cintura02_3
Agora vamos conversar sobre algumas atividades habituais.	
277. Com que frequência, na última semana, o (a) Sr (a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço? (0) Nunca ou raramente (1) Às vezes (2) Frequentemente (3) Sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FRAGILIDADE01_3
278. Com que frequência, na última semana, o (a) Sr (a) sentiu que não conseguia levar adiante as suas coisas? (0) Nunca ou raramente (1) Às vezes (2) Frequentemente (3) Sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FRAGILIDADE02_3
279. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) perdeu mais do que 4,5 Kg sem intenção, isto é, sem fazer nenhuma dieta ou exercício? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	FRAGILIDADE03_3
AGORA VAMOS REALIZAR ALGUNS TESTES FUNCIONAIS	
FORÇA DE PREENSÃO MANUAL	
Agora vou usar um instrumento que se chama DINAMÔMETRO para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o(a) Sr(a) NÃO sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses. Use o braço dominante. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho? Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o(a) Sr.(a) está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo.	
280. Anote a mão utilizada no teste: (1) Esquerda (2) Direita (8888) Não se aplica	FPM_DOM_3
281. Primeira tentativa: (0) Completou o teste _ _ _ kg (1) Tentou, mas não conseguiu (2) Não tentou por achar arriscado (3) Recusou-se a tentar (4) Entrevistado incapacitado (8888) Não se aplica	FPM_01_3 FPM_01a_3
282. Segunda tentativa: (0) Completou o teste _ _ _ kg (1) Tentou, mas não conseguiu (2) Não tentou por achar arriscado (3) Recusou-se a tentar (4) Entrevistado incapacitado (8888) Não se aplica	FPM_02_3 FPM_02a_3
TESTES DE EQUILÍBRIO.	
O participante deve conseguir ficar em pé sem ajuda da bengala ou do andador. Você pode ajudar o participante a se levantar. Agora vamos começar a avaliação. Eu gostaria que o(a) Sr(a) tentasse realizar diferentes movimentos. Primeiro eu irei descrever e mostrar cada movimento a o(a) Sr(a). Então eu gostaria que o(a) Sr(a) tentasse fazê-los. Se o(a) Sr(a) não puder fazer um determinado movimento, ou sentir-se inseguro para realizá-lo, diga-me e nós iremos para o próximo movimento. Gostaria de deixar bem claro que eu não quero que o(a) Sr(a) tente fazer qualquer exercício se não se sentir seguro. O(a) Sr(a) tem alguma pergunta antes de começarmos?	

283. Quero que o(a) Sr(a) fique em pé, com os pés juntos, um encostado no outro por 10 segundos, mantendo os olhos abertos. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer com o corpo para se equilibrar, mas procure não mexer os pés. Tente ficar nessa posição até eu avisar quando parar. __ segundos (0) Manteve por 10 segundos (1) Não manteve por 10 segundos (2) Se recusou a tentar (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não consegue manter-se na posição sem ajuda (5) O participante não conseguiu entender as instruções (8888) Não se aplica	Equilibrio01_3 Equilibrio01a_3
284. Agora, quero que o(a) Sr(a) tente ficar em pé, com o calcanhar de um dos pés totalmente na frente do outro pé, por uns dez segundos. O(a) Sr(a) pode usar qualquer pé na frente, o que for mais confortável. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer o corpo para se equilibrar, mas procure não mexer os pés. Tente ficar nessa posição até eu avisar quando parar. __ segundos (0) Manteve por 10 segundos (1) Não manteve por 10 segundos (2) Se recusou a tentar (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não consegue manter-se na posição sem ajuda (5) O participante não conseguiu entender as instruções (8888) Não se aplica	Equilibrio02_3 Equilibrio02a_3
Ficando de pé, gostaria que o(a) Sr(a) tentasse se equilibrar em um pé só, sem se apoiar em nada. Tente primeiro com qualquer um dos pés, depois tentaremos com o outro. Eu contarei o tempo e vou lhe dizer quando começar e terminar (dez segundos). Podemos parar a qualquer momento que o(a) Sr(a) sinta que está perdendo o equilíbrio.	
285. Pé de apoio direito __ segundos (0) Manteve por 10 segundos (1) Não manteve por 10 segundos (2) Se recusou a tentar (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não consegue manter-se na posição sem ajuda (5) O participante não conseguiu entender as instruções (8888) Não se aplica	Equilibrio03_3 Equilibrio03a_3
286. Pé de apoio esquerdo __ segundos (0) Manteve por 10 segundos (1) Não manteve por 10 segundos (2) Se recusou a tentar (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não consegue manter-se na posição sem ajuda (5) O participante não conseguiu entender as instruções (8888) Não se aplica	Equilibrio04_3 Equilibrio04a_3
TESTE DE SENTAR E LEVANTAR. Vamos fazer outro teste. Ele mede a força das suas pernas.	
287. Pré-teste: Levantar-se da cadeira uma vez, com segurança, sem o auxílio dos braços. (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica	SentarLevantar01_3
288. Agora, mantendo os braços cruzados sobre o peito, quero que o(a) Sr(a) se levante da cadeira, o mais rápido possível, cinco vezes seguidas, sem fazer nenhuma pausa. Cada vez que se levantar, sente-se e levante-se novamente, mantendo os braços cruzados sobre o peito. __ segundos (0) Completou (1) Tentou, mas não conseguiu (2) Não tentou por achar arriscado (3) O participante não conseguiu entender as instruções (4) Se recusou a tentar (8888) Não se aplica	SentarLevantar02_3 SentarLevantar02a_3
TESTE DE FLEXIBILIDADE. Este é um movimento que vai fazer somente se NÃO sofreu uma cirurgia de catarata nas últimas seis semanas.	
289. Para este próximo teste, o(a) Sr(a) terá que se agachar e apanhar um lápis do chão. Começando, fique em pé, agache-se, apanhe este lápis, e fique novamente em pé. (Coloque o lápis no chão, na frente do entrevistado e avise-o quando começar. Se o entrevistado não conseguir em menos de 30 segundos, não o deixe continuar). __ segundos	Flexibilidade01_3 Flexibilidade01a_3

(0) Completou (1) Tentou, mas não conseguiu (2) O participante não consegue permanecer em pé e abaixar-se sem ajuda (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não conseguiu entender as instruções (5) Se recusou a tentar (8888) Não se aplica						
TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA. Agora eu irei observar como o(a) Sr(a) normalmente anda. Se o(a) Sr(a) usa bengala ou outro meio auxiliar de marcha, pode utilizá-lo caso sinta necessidade para caminhar esta pequena distância. Gostaria que o(a) Sr(a) andasse por este trajeto de 2,44 metros, de um ponto a outro, em sua velocidade normal, como estivesse caminhando na rua.						
290. Primeira tentativa _ _ segundos (0) Completou (1) Tentou, mas não conseguiu (2) O participante não consegue caminhar sem a ajuda de outra pessoa (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não conseguiu entender as instruções (5) Se recusou a tentar (8888) Não se aplica						VelMarcha01_3 VelMarcha01a_3
291. Uso de algum auxílio para a primeira tentativa (ex: bengala, muleta ou andador)? (0) Não (1) Sim. Especifique: _____ (8888) Não se aplica						VelMarchaAux01_3
292. Segunda tentativa _ _ segundos (0) Completou (1) Tentou, mas não conseguiu (2) O participante não consegue caminhar sem a ajuda de outra pessoa (3) Não tentou por achar arriscado (4) O participante não conseguiu entender as instruções (5) Se recusou a tentar (8888) Não se aplica						VelMarcha02_3 VelMarcha02a_3
293. Uso de algum auxílio para a segunda tentativa (ex: bengala, muleta ou andador)? (0) Não (1) Sim. Especifique: _____ (8888) Não se aplica						VelMarchaAux02_3
BLOCO DE FUNCIONALIDADE GLOBAL E QUALIDADE DE VIDA [AS QUESTÕES 294 A 312 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]						
AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA-A-DIA. POR FAVOR, DIGA SINCERAMENTE SE CONSEGUE FAZER CADA COISA SEM NENHUMA DIFICULDADE, COM POUCA DIFICULDADE, COM MUITA DIFICULDADE OU NÃO CONSEGUE FAZER.						
294. Deitar/ levantar da cama	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD01_3
295. Comer	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD02_3
296. Cuidar da aparência	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD03_3
297. Andar no plano	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD04_3
298. Tomar banho	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD05_3
299. Vestir-se	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD06_3
300. Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD07_3

301. Subir um lance de escadas	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD08_3	
302. Tomar seus remédios na hora	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD09_3	
303. Andar perto de casa (aproximadamente 100m)	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD10_3	
304. Fazer compras	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD11_3	
305. Preparar refeições	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD12_3	
306. Cortar as unhas dos pés	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD13_3	
307. Sair de ônibus ou táxi	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD14_3	
308. Fazer a limpeza da casa	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD15_3	
309. Andar 400m (aproximadamente 4 quadras)	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD16_3	
310. Andar 1km (aproximadamente 10 quadras)	(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não consegue realizar	(9999) Não sabe ou não quer informar	AVD17_3	
Eu gostaria de esclarecer para o(a) Sr.(a) que uma queda é qualquer tombo que o(a) Sr.(a) tenha sofrido, mesmo que isso NÃO tenha causado nenhum tipo de ferimento ou outro problema qualquer.							
311. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? (0) Não – Pule para a questão 313 e marque 8888 na questão 312 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe não quer informar - Pule para a questão 313 e marque 8888 na questão 312						QD1_3	
312. Quantas vezes o(a) Sr.(a) caiu no último ano? (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						QD2_3	
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA. [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]							
Entregue o instrumento impresso para que o idoso acompanhe e explique: Este questionário apresenta declarações que utilizamos para falar a respeito dos nossos sentimentos e pensamentos. Responda cada declaração conforme melhor se aplica ao(a) Sr(a), tendo uma resposta para cada frase. Caso o(a) Sr(a) esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.							
313. Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP01_3
314. Eu sinto que o que acontece comigo, está fora do meu controle	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP02_3
315. Eu me sinto livre para planejar o futuro	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP03_3
316. Eu me sinto excluído de tudo	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP04_3
317. Eu posso fazer as coisas que eu quero	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP05_3
318. As responsabilidades familiares me impedem de fazer o	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP06_3

que quero							
319. Eu me sinto livre para fazer as coisas	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP07_3
320. Minha saúde me impede de fazer as coisas que eu quero	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP08_3
321. A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que eu quero	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP09_3
322. Eu fico animado a cada dia	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP10_3
323. Eu sinto que minha vida tem sentido	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP11_3
324. Eu gosto das coisas que faço	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP12_3
325. Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP13_3
326. De modo geral, eu olho para o meu passado com uma sensação de felicidade	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP14_3
327. Eu me sinto cheio de energia hoje em dia	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP15_3
328. Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP16_3
329. Eu me sinto satisfeito com o rumo que a minha vida tomou	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP17_3
330. Eu sinto que a vida está cheia de oportunidades	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP18_3
331. Eu sinto que o meu futuro parece bom	(3) Frequentemente	(2) Às vezes	(1) Raramente	(0) Nunca	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	CASP19_3
BLOCO DE SERVIÇOS DE SAÚDE [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) E INFORMANTE, COM EXCEÇÃO DA QUESTÃO 337, QUE DEVERÁ SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]							
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS							
332. O(a) Sr(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							USOSER01_3
333. Nos últimos três meses o (a) Sr(a) consultou com um médico? (0) Não – Pule para a questão 339 e marque 8888 nas questões 334 a 338 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 339 e marque 8888 nas questões 334 a 338							USOSER02_3
334. Qual o principal motivo pelo qual o (a) Sr(a) procurou esse atendimento? (1) Acidente ou lesão (2) Doença (3) Atestado de saúde (4) Para fazer consulta de rotina (ou Check-up) (5) Outros atendimentos preventivos (6) Sintomas inespecíficos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							USOSER03_3

335. Onde procurou esse atendimento? (1) Posto ou Centro de saúde (2) Consultório médico (3) Ambulatório (4) Pronto-socorro ou emergência (5) Atendimento domiciliar (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOSER04_3
336. Que atendimento recebeu neste local? (1) Consulta médica de clínico geral (2) Consulta de médico especialista (3) Encaminhamento à emergência ou à Internação hospitalar (4) Somente marcação de consulta (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOSER05_3
337. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento? (0) Muito bom (1) Bom (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOSER14_3
338. Esse serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido era: (0) Público (SUS) (1) Particular (pago) (2) Por convênio (plano de saúde) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOSER06_3
339. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) recebeu a visita do agente comunitário de do centro de saúde/posto, sem contar o agente que faz a vistoria da dengue? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOSER13_3
BLOCO DE MORBIDADES [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE	
Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr(a) tem/teve:	
340. Doença de coluna ou costas?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Costas_3
341. Artrite ou reumatismo?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Artrite_3
342. Câncer?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Cancer_3
343. Diabetes?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Diabets_3
344. Bronquite ou asma?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Bronquite_3
345. Doença do coração ou cardiovascular?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Cardiovascular_3
346. Insuficiência renal crônica?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Renar_3
347. Tuberculose?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Tuberculose_3
348. Cirrose?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Cirrose_3
349. AVC, derrame ou isquemia cerebral?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar AVC_3
350. Osteoporose?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Osteoporose_3
351. Depressão?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Depres01_3
352. Hipertensão (pressão alta)?	(0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar Hipertensao_3
353. Algum homem da sua família “de sangue” como pai, irmão ou filho teve infarto/ataque do coração ou derrame/isquemia cerebral antes dos <u>55 anos de idade</u>? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Ataquecor01_3
354. Alguma mulher da sua família “de sangue” como mãe, irmã ou filha teve infarto/ataque do coração ou derrame/isquemia cerebral antes dos <u>65 anos de idade</u>? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Ataquecor02_3

BLOCO DE MEDICAMENTOS/REMÉDIOS [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
Agora vamos conversar sobre os remédios que o(a) Sr(a) usou nos últimos 30 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, pomadas, colírios, injeções, xampus e sabonetes medicinais, produtos naturais ou qualquer outro, inclusive aqueles utilizados para tratar machucados, que use sempre ou só de vez em quando.	
355. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio? (0) Não – <i>Pule para a questão 358 e marque 8888 nas questões 356 e 357</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 358 e marque 8888 nas questões 356 e 357</i>	USOMED_3
O(a) Sr(a) poderia me mostrar todas as embalagens e receitas que tem dos remédios utilizados nos últimos 30 dias?	
356. Qual o nome do remédio? MED1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	MED1_3
357. De que forma o(a) Sr.(a) está usando este remédio? (1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo (2) Usa regularmente sem data para parar (3) Outro (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	TIPO1_3
BLOCO DE SAÚDE BUCAL [PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE AS QUESTÕES 358, 359 E 365. DEVERÁ SER RESPONDIDA SOMENTE PELO(A) IDOSO(A) AS QUESTÕES 360 A 364.] AGORA VOU FALAR SOBRE SUA SAÚDE BUCAL	
358. Pensando nos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) já perdeu ou teve algum dente extraído? (Excluir extração do dente siso e extração de dente para colocação de aparelho dental) (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	DENCIMA_3
359. Pensando nos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) já perdeu ou teve algum dente extraído? (Excluir extração do dente siso e extração de dente para colocação de aparelho dental) (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	DENBAIXO_3
360. Como o(a) Sr.(a) considera a saúde dos seus dentes e de sua boca? (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SAUDEDENTAL_3
361. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	TRATDENT_3
362. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOCHAPA_3
363. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)? (Se a resposta for <u>sim</u> , pergunte imediatamente se em cima e/ou embaixo) (1) Sim, embaixo (2) Sim, em cima	NECHAPA_3

(3) Sim, em cima e embaixo (4) Não (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					
364. Com que frequência o(a) Sr(a) sente sua boca seca? (0) Nunca (1) De vez em quando (2) Frequentemente (3) Sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					BOCASECA_3
365. Com que frequência o(a) Sr(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura? (0) Nunca (1) Raramente (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIFICOME_3
BLOCO SOBRE VIOLÊNCIA [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]					
Agora vamos conversar sobre o controle das suas finanças e do seu dinheiro.					
366. Alguém controla exatamente quanto dinheiro o(a) Sr(a) gasta e com que? (0) Não - Pule para a questão 371 e marque 8888 nas questões 367a 370 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 371 e marque 8888 nas questões 367a 370					ABUSO01_3
Se a resposta for SIM, perguntar “Quem?” (não ler opções de resposta, enquadrar a resposta do(a) idoso(a))					
367. Parceiro(a)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO01a_3
368. Filho(s)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO01b_3
369. Cuidador(es)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO01c_3
370. Familiar(es) ou conhecido(s)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO01d_3
371. Alguém faz o(a) Sr(a) se sentir financeiramente dependente? (0) Não - Pule para a questão 376 e marque 8888 nas questões 372 a 375 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 376 e marque 8888 nas questões 372 a 375					ABUSO02_3
Se a resposta for SIM, perguntar “Quem?” (não ler opções de resposta, enquadrar a resposta do(a) idoso(a))					
372. Parceiro(a)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO02a_3
373. Filho(s)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO02b_3
374. Cuidador(es)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO02c_3
375. Familiar(es) ou conhecido(s)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO02d_3
376. Alguém não lhe deixa tomar qualquer decisão sobre seu dinheiro ou sobre as coisas que o(a) Sr(a) quer comprar? (0) Não - Pule para a questão 381 e marque 8888 nas questões 377 a 380 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 381 e marque 8888 nas questões 377 a 380					ABUSO03_3
Se a resposta for SIM, perguntar “Quem?” (não ler opções de resposta, enquadrar a resposta do(a) idoso(a))					
377. Parciario(a)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO03a_3

378. Filho(s)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO03b_3
379. Cuidador(es)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO03c_3
380. Familiar(es) ou conhecido(s)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	ABUSO03d_3
Vamos conversar sobre algumas situações que podem ter ocorrido na sua infância.					
381. O(a) Sr(a) presenciou violência entre os seus pais quando era criança? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	EXPOVIOL01_3				
382. O(a) Sr(a) apanhou de algum familiar quando era criança? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	EXPOVIOL02_3				
383. O(a) Sr(a) sofreu abuso sexual de algum familiar quando era criança? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	EXPOVIOL03_3				
Agora vou fazer algumas perguntas sobre algumas situações do seu dia a dia e seu relacionamento com as pessoas que você convive.					
384. O(a) Sr.(a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL01_3				
385. O(a) Sr.(a) está ajudando a sustentar alguém? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL02_3				
386. O(a) Sr.(a) muitas vezes se sente triste ou só? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL03_3				
387. Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) Sr.(a) deve viver ou onde deve morar? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL04_3				
388. O(a) Sr.(a) se sente desconfortável com alguém da sua família? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL05_3				
389. O(a) Sr.(a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL06_3				
390. O(a) Sr.(a) sente que ninguém quer o(a) Sr.(a) por perto? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL07_3				
391. Alguém da sua família bebe muito? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL08_3				

392. Alguém da sua família obriga o(a) Sr.(a) a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando o(a) Sr.(a) sabe que não está? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL09_3
393. Alguém já obrigou o(a) Sr.(a) a fazer coisas que não queria fazer? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL10_3
394. Alguém já pegou coisas que pertencem ao(a) Sr.(a) sem o seu consentimento? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL11_3
395. O(a) Sr.(a) confia na maioria das pessoas da sua família? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL12_3
396. Alguém lhe diz que o(a) Sr.(a) causa muitos problemas? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL13_3
397. Em casa, o(a) Sr.(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL14_3
398. Alguém próximo ao(a) Sr.(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RVIOL15_3
Gostaria de conversar um pouco sobre como o(a) Sr(a) e o seu/sua companheiro(a) resolvem os desentendimentos do dia-a-dia. Algumas das próximas perguntas podem ser pessoais e, pode parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante para nossa pesquisa que o(a) Sr.(a) faça um esforço para lembrar e relatar os acontecimentos do último ano. Reforço que as informações coletadas a seguir são confidenciais e anônimas. Vou ler uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças e desavenças no relacionamento. Para cada um dos itens que vou dizer a seguir, eu gostaria que o(a) Sr(a) me respondesse se aconteceu (sim ou não) com o Sr(a) e seu/ sua parceiro(a) no último ano.	
399. Nos últimos 12 meses, nos momentos de discussão e brigas entre vocês, como o(a) Sr.(a) reagiu: o(a) Sr.(a) discutiu o problema calmamente? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL01_3
400. E ele(a), discutiu o problema calmamente? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL02_3
401. O(a) Sr.(a) procurou conhecer melhor o modo dele(a) pensar? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL03_3
402. E ele(a), procurou conhecer melhor o seu modo de pensar? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL04_3
403. O(a) Sr.(a) trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas? (0) Não	VIOL05_3

(1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
404. E ele(a) trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL06_3
405. O(a) Sr.(a) xingou ou insultou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL07_3
406. E ele(a) xingou ou insultou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL08_3
407. O(a) Sr.(a) ficou emburrada(o) ou não falou mais no assunto? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL09_3
408. E ele(a) ficou emburrado(a) ou não falou mais no assunto? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL10_3
409. O(a) Sr.(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL11_3
410. E ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL12_3
411. O(a) Sr.(a) fez ou disse coisas só para irritar ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL13_3
412. E ele(a) fez ou disse coisas só para irritar o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL14_3
413. O(a) Sr.(a) ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL15_3
414. E ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL16_3
415. O(a) Sr.(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL17_3
416. E ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? (0) Não (1) Sim	VIOL18_3

(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
417. O(a) Sr.(a) jogou coisas sobre ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL19_3
418. E ele(a) jogou coisas sobre o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL20_3
419. O(a) Sr.(a) empurrou ou agarrou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL21_3
420. E ele(a) empurrou ou agarrou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL22_3
421. O(a) Sr.(a) deu um tapa ou bofetada nele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL23_3
422. E ele(a) deu um tapa ou bofetada no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL24_3
423. O(a) Sr.(a) chutou, mordeu ou deu um murro nele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL25_3
424. E ele(a) chutou, mordeu ou deu um murro no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL26_3
425. O(a) Sr.(a) bateu ou tentou bater nele(a) com objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL27_3
426. E ele(a) bateu ou tentou bater no(a) Sr.(a) com objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL28_3
427. O(a) Sr.(a) espancou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL29_3
428. E ele(a) espancou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL30_3
429. O(a) Sr.(a) estrangulou ou sufocou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica	VIOL31_3

(9999) Não sabe ou não quer informar	
430. E ele(a) estrangulou ou sufocou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL32_3
431. O(a) Sr.(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL33_3
432. E ele(a) ameaçou o(a) Sr.(a) com faca ou arma? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL34_3
433. O(a) Sr.(a) usou faca ou arma contra ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL35_3
434. E ele(a) usou faca ou arma contra o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL36_3
<u>CASO O IDOSO TENHA RELATADO SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA:</u> Para finalizar nossa entrevista eu gostaria de informar o senhor que em Florianópolis existe o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI). O CIAPREVI realiza atendimento psicológico e social ao idoso e sua família em situação de vulnerabilidade ou de violência, visando a proteção e defesa de seus direitos, o fortalecimento da estrutura e dos vínculos familiares. Para entrar em contato com o programa, utilize o serviço de atendimento telefônico gratuito, 0800-6440011 (Disque Denúncia), ou o telefone convencional (48) 3251-6211. Também é feito o atendimento presencialmente, através da equipe técnica do programa. O CIAPREVI está localizado na Avenida Mauro Ramos, nº 1.277, 2º andar.	
<u>SE O IDOSO NÃO RELATOU SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA:</u> TERMINEI A ENTREVISTA. AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UFSC, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O(A) SR.(A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. MUITO OBRIGADO(A)!	

Lembrete de segurança: salvar o questionário também no pendrive e guardá-lo num local diferente do netbook.

Término da entrevista: __h __min

APÊNDICE - 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES ACOMPANHADOS EM ONDAS ANTERIORES.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa **“Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, *EpiFloripa 2017*”**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa foi realizada em 2009/2010 e 2013/2014, e agora uma nova fase do estudo será realizada. A pesquisa tem como objetivo acompanhar a situação de saúde dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos da cidade de Florianópolis-SC e estabelecer sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura, cintura, circunferência da panturrilha, força de preensão manual e outros testes funcionais (força das pernas, velocidade da caminhada, equilíbrio, flexibilidade) que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d’Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Professora Eleonora d’Orsi,
Doc. de Identificação: 6271033 SSP/SC
Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Departamento de Saúde Pública - Trindade / Florianópolis/SC - 88040-900
Fone: (+55 48) 3721-9388 ou (48) 3721-5860
Endereço de e-mail: eleonora@ccs.ufsc.br

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:Nome completo _____Doc. de Identificação _____**IDENTIFICAÇÃO E ASSENTIMENTO/ANUÊNCIA DE PARTICIPANTE****VULNERÁVEL:** (Quando se tratar de população vulnerável)Nome completo _____Doc. de Identificação _____**IDENTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:**

(Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo _____Doc. de Identificação _____Tipo de representação: _____**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “**Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2017**”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

_____, de _____, de _____
(Local e data)

(Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado)

APÊNDICE - 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES NOVOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa **“Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, *EpiFloripa 2017*”**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa foi realizada em 2009/2010 e 2013/2014, e agora uma nova fase do estudo será realizada. A pesquisa tem como objetivo acompanhar a situação de saúde dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos da cidade de Florianópolis-SC e estabelecer sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura e cintura que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d’Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Professora Eleonora d’Orsi,
Doc. de Identificação: 6271033 SSP/SC
Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Departamento de Saúde Pública - Trindade / Florianópolis/SC - 88040-900
Fone: (+55 48) 3721-9388 ou (48) 3721-5860

Endereço de email: eleonora@ccs.ufsc.br

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:

Nome completo

Doc. de Identificação

IDENTIFICAÇÃO E ASSENTIMENTO/ANUÊNCIA DE PARTICIPANTE VULNERÁVEL: (Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo

Doc. de Identificação

IDENTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

(Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo

Doc. de Identificação

Tipo de representação:

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “**Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2017**”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

_____, de _____, de _____ (Local e data)

(Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado)

ANEXO**ANEXO – 1: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Perfil lipídico, marcadores inflamatório, composição corporal, condições de saúde e hábitos de vida em Idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013

Pesquisador: Eleonora d'Orsi

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 16731313.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: CNPQ
Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.957.977

Apresentação do Projeto:

Justificativa da Emenda:

Produção de conhecimento científico inovador para a área de Saúde do Idoso, incluindo a publicação em periódicos científicos de alcance Internacional, os artigos originários dos objetivos específicos do estudo. Pretende-se ainda que com estes dados possam ser utilizados por pelo menos 10 estudantes de mestrado, 10 de doutorado e 5 alunos de graduação para a elaboração das suas respectivas dissertações, teses ou trabalhos de conclusão de curso. Os resultados deste projeto serão divulgados amplamente para pesquisadores, profissionais da saúde, gestores políticos na área de saúde pública e saúde do Idoso, bem como para o público alvo da pesquisa. Além disso a divulgação ocorrerá por meio de apresentações em congressos nacionais/internacionais e através de publicações revisadas por pares. Com os dados disponíveis, iremos nos concentrar em publicações de qualidade e de alto impacto em periódicos científicos nacionais e internacionais que tenham sua qualidade avaliada e reconhecida.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.567.977

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as condições de saúde, hábitos de vida, a participação na realização de exames de rastreamento para câncer e de diversos exames clínicos (laboratoriais, avaliação da composição corporal, densitometria óssea e o ultrassom de carótida) em idosos com idade superior a 60 anos e acompanhar as mudanças ocorridas em algumas dessas condições entre 2009-2010 e 2014-2015.

Objetivo Secundário:

- Estimar a incidência de declínio cognitivo e funcional;
- Estimar a associação da prática de atividade física e condições socioeconômicas, condições de saúde, hábitos de vida e ambiente;
- Avaliar a associação entre o ambiente físico e social e declínio funcional;
- Estimar a associação entre as condições socioeconômicas e a incidência de declínio cognitivo e funcional;
- Estimar a associação entre condições de vida e saúde e declínio cognitivo e funcional
- Estimar a associação entre hábitos de vida e declínio cognitivo e funcional
- Estimar a associação entre violência e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida;
- Estimar a associação entre as quedas e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida;
- Estimar a associação entre medo de cair e a incidência de declínio cognitivo e funcional e hábitos de vida;
- Estimar a associação entre a inclusão digital e a incidência de declínio cognitivo e funcional, condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida;
- Estimar a associação entre as condições de saúde bucal e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida;
- Estimar a associação entre qualidade de vida e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida;
- Estimar a associação entre sintomas depressivos e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida, incluindo atividade física;
- Avaliar a associação entre declínio cognitivo e funcional e auto-avaliação de saúde geral controlando o efeito dos agravos e doenças gerais;
- Verificar se variáveis antropométricas e/ou o equilíbrio estão associadas a uma baixa densidade

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.967.977

mineral óssea e podem prever fraturas em idosos;

-Avaliar a associação entre as mudanças de consumo alimentar, as mudanças de peso e da circunferência da cintura sobre exames laboratoriais (hemoglobina glicada, perfil lipídico e níveis de proteína C reativa) e exames de imagem (percentual de gordura corporal e espessura da íntima média carotídea);

-Determinar os melhores pontos de corte do IMC e da circunferência da cintura para estabelecer o risco de alterações laboratoriais e de imagem;

-Quantificar o tempo destinado a atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa realizada em uma semana habitual em idosos participantes do projeto EpiFloripa;

-Quantificar o tempo destinado a atividades sedentárias em uma semana habitual em idosos participantes do projeto EpiFloripa;

-Relacionar o tempo destinado a atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa realizada em uma semana habitual em idosos participantes do projeto EpiFloripa com indicadores de saúde;

-Relacionar o tempo destinado a atividades sedentárias em uma semana habitual em idosos participantes do projeto EpiFloripa com indicadores de saúde;

-Estimar a associação entre qualidade de vida e condições socioeconômicas, condições de saúde e sarcopenia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos diretos para os participantes, uma vez que as entrevistas serão realizadas mediante consentimento e com data e hora marcadas de acordo com a disponibilidade do participante.

Em relação aos exames, nenhum prejudica a saúde do participante.

Benefícios:

Conhecimento sobre as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos residentes em Florianópolis e sua evolução em 3 anos, e relação da saúde com marcadores objetivos, de imagem, laboratoriais e atividade física.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda apresenta clareza e objetividade satisfazendo aos objetivos da pesquisa proposta

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8294 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.957.977

Inicialmente,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda de acordo com a Resolução 466/2012

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH tomou ciência da emenda nos Informando que o presente estudo, através dos dados coletados, poderá ser utilizado como fonte de consulta para elaboração de dissertações, teses de mestrado e trabalhos de conclusão de curso enriquecendo o meio acadêmico no tema proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_427376_E2.pdf	19/12/2016 18:04:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EpiFloripa_2017.docx	06/12/2016 10:25:42	DEBORA IOP	Aceito
Outros	TCLE2017paraquemjaparticipou.doc	21/11/2016 14:35:47	DEBORA IOP	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2017paranovosparticipantes.docx	21/11/2016 14:32:35	DEBORA IOP	Aceito
Outros	QuestionarioEpiFloripa2017.docx	21/11/2016 14:29:49	DEBORA IOP	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_242121_E1.pdf	18/11/2013 22:17:08		Aceito
Outros	Termo ciência Eleonora.pdf	18/11/2013 22:12:13		Aceito
Outros	carta Laboratorio HU.pdf	18/11/2013 22:11:17		Aceito
Outros	carta direcao HU.pdf	18/11/2013 22:10:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	20131106_TCLE_2013_entrevista_examens.pdf	18/11/2013 22:10:24		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 1.667.977

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	20131118_Projeto_Universal_CEP.pdf	18/11/2013 22:10:02		Acelto
Folha de Rosto	folha de rosto exames.pdf	18/11/2013 17:42:45		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_167313.pdf	19/06/2013 15:12:25		Acelto
Outros	Instrumento de pesquisa EpiFloripa_2013_CEP.pdf	19/06/2013 15:08:30		Acelto
Outros	TCLE 2013 2.pdf	19/06/2013 15:07:45		Acelto
Outros	resposta parecer CEP.pdf	19/06/2013 15:07:15		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_167313.pdf	07/05/2013 15:38:34		Acelto
Outros	Declaração Comitê de Ética.pdf	07/05/2013 15:36:38		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 2013.pdf	07/05/2013 15:35:59		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EpiFloripa_2013_CEP_reduzido .docx	06/05/2013 00:21:19		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 09 de Março de 2017

Assinado por:

Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br