

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA**

BRUNO HOLANDA FERREIRA

**Atividade física entre idosos residentes no município de São
Paulo: prevalência e fatores associados**

São Paulo

2023

BRUNO HOLANDA FERREIRA

Atividade física entre idosos residentes no município de São Paulo: prevalência e fatores associados

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Moisés Goldbaum
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Nascimento Monteiro

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ferreira, Bruno Holanda
Atividade física entre idosos residentes no
município de São Paulo : prevalência e fatores
associados / Bruno Holanda Ferreira. -- São Paulo,
2023.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: Moisés Goldbaum.
Coorientadora: Camila Nascimento Monteiro.

Descritores: 1.Saúde do idoso 2.Serviços de saúde
3.Envelhecimento 4.Inquéritos epidemiológicos
5.Doença crônica 6.Medicina preventiva

USP/FM/DBD-431/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: Formato adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver) do gerenciador de referência Mendeley, estilo “Vancouver (superscript, brackets)”.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte IV (Vancouver); Elaborado por Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro; Maria Cláudia Pestana; Maria Cristina Cavarette Dziabas; Eliana Maria Garcia; Maria Fátima dos Santos; Maria Marta Nascimento; Suely Campos Cardoso. 3ª Edição revisada, ampliada e modificada. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas; 2016.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

À minha família

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e tranquilidade diariamente, permitindo que eu prossiga com meus objetivos.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, Manoel Borges e Flavia Holanda, que têm sido meus maiores incentivadores ao longo desta jornada acadêmica. O apoio e o amor constante foram a força motriz por trás de cada conquista.

Também dedico aos meus queridos irmãos, Manoel Holanda e Gabriela Holanda, cujo apoio e amor incondicional foram uma constante fonte de inspiração.

À minha companheira de vida e parceira Alessandra Biazin, agradeço por seu amor, apoio e dedicação incansáveis ao longo deste percurso. Você tem sido a minha âncora e meu farol.

Em especial, dedico ao meu sobrinho, Gustavo Eiji, um verdadeiro guerreiro que me inspira e motiva todos os dias. Sua presença é uma fonte de força e alegria para mim.

Meus sinceros agradecimentos aos orientadores, o Professor Dr. Moisés Goldbaum e a Professora Dra. Camila Monteiro, pelo seu valioso interesse em compartilhar o conhecimento científico, seus ensinamentos e a disponibilidade para as inúmeras leituras e discussões que enriqueceram este estudo.

Agradeço a todo o corpo docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pois nesse período eu tive a honra de aprender com os mais ilustres professores, que me proporcionaram uma experiência inestimável. Levo comigo o máximo possível dos seus ensinamentos, que foram fundamentais para meu crescimento acadêmico e pessoal. Em particular, gostaria de destacar a gratidão ao Professor Dr. José Eluf Neto (*in memoriam*) e à Professora Dra. Olinda do Carmo Luiz, que deixaram um impacto profundo em minha formação.

Agradeço sinceramente a dedicação dos pesquisadores do Inquérito de Saúde. O compartilhamento de seus conhecimentos, recursos, esforços e profissionalismo foram fundamentais para o desenvolvimento de pesquisas de qualidade e avanços do conhecimento na área da saúde. Gostaria de estender

um reconhecimento especial ao Edigê Felipe de Sousa Santos, à Elaine Cristina Tôrres Oliveira e ao Ricardo Goes de Aguiar nessa jornada.

Agradecimento especial ao financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (Processo número: 88887.505957/2020-00) da bolsa de doutorado concedida.

RESUMO

Ferreira BH. Atividade física entre idosos residentes no município de São Paulo: prevalência e fatores associados [Tese]. São Paulo; Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno global que traz desafios significativos, incluindo hábitos não saudáveis, doenças crônicas e crescente utilização dos serviços de saúde. Embora estudos indiquem que a prática regular de atividade física esteja associada a uma melhor saúde neste grupo populacional, é notável a escassez de estudos epidemiológicos de base populacional que tenham analisado o comportamento dos idosos em relação aos diferentes domínios de atividade física. Diante disso, o estudo investigou os fatores associados à atividade física entre idosos residentes no município de São Paulo. **Método:** Foi realizado um estudo transversal com uma amostra representativa de idosos residentes no município de São Paulo, Brasil, utilizando dados de um inquérito de saúde. Para analisar as associações entre os diferentes domínios da atividade física com as características sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e uso dos serviços de saúde, utilizamos a análise bivariada, modelos de regressão de Poisson e correlação de Spearman. **Resultados:** Houve uma menor prevalência de indivíduos ativos na atividade física global à medida que a faixa etária aumenta, por outro lado, mulheres, maior escolaridade, engajado em atividade remunerada ou voluntária, melhor percepção da saúde, preferência pelo consumo de álcool e tempo gasto sentado reduzido, foram associados a uma maior prevalência de ativos. No âmbito do lazer, indivíduos com maior escolaridade, renda per capita superior, com plano de saúde e hipertensão foram associados a uma maior prevalência de ativos, enquanto uma percepção ruim da saúde foi associada a uma menor prevalência de ativos. No domínio doméstico, observou-se que a prevalência de ativos diminuiu à medida que a faixa etária aumentou, comportamento semelhante entre homens e entre aqueles com baixa escolaridade. No domínio ocupacional, os mais escolarizados e aqueles com a percepção da saúde boa foram associados a uma menor prevalência de ativos. No domínio de deslocamento, idosos com 80 anos ou mais, autoavaliação de saúde ruim ou regular e com obesidade foram associados a uma menor prevalência de ativos, enquanto os homens apresentaram uma maior prevalência de ativos. Na amostra geral, foi observado uma correlação positiva entre os serviços de saúde no geral e acompanhamento com a atividade física global; serviços de emergência com a atividade física no deslocamento. Ao estratificar a amostra por sexo, constatou-se uma correlação positiva entre os serviços de saúde geral e no acompanhamento com a atividade física global entre os homens. Além disso, os homens apresentaram uma correlação positiva entre serviços de emergência com a atividade física ocupacional. Entre as mulheres, houve correlação negativa entre serviços de emergência e a atividade física no lazer. Idosos insuficientemente ativos e ativos na atividade física global foram associados a uma menor prevalência de hospitalização ou internação. **Conclusões:** Este estudo preenche uma lacuna na literatura ao analisar o comportamento dos diferentes domínios da atividade física entre idosos, abrindo novos caminhos para *insights* valiosos que podem orientar o desenvolvimento de políticas públicas e programas de conscientização

e intervenção voltados para a promoção da atividade física, com um foco especial nos grupos de maior risco identificados.

Palavras-Chave: Saúde do Idoso. Serviços de Saúde. Envelhecimento. Inquéritos Epidemiológicos. Doença Crônica. Medicina Preventiva.

ABSTRACT

Ferreira BH. Physical activity among older adults residents in the municipality of São Paulo: prevalence and associated factors [Thesis]. São Paulo; Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introduction: Population aging is a global phenomenon that brings significant challenges, including unhealthy habits, chronic diseases, and an increasing utilization of healthcare services. Although studies indicated that regular physical activity is associated with better health in this population group, there is a notable lack of population-based epidemiological studies that have analyzed the behavior of the older adults regarding different domains of physical activity. Considering this, the study investigated the factors associated with physical activity among older adults residents in the municipality of São Paulo. **Method:** A cross-sectional study was conducted with a representative sample of older adults residents in the municipality of São Paulo, Brazil, using data from a health survey. To analyze the associations between different domains of physical activity and sociodemographic characteristics, lifestyle habits, health conditions, and health service utilization, was used bivariate analysis, Poisson regression models, and Spearman correlation. **Results:** There was a lower prevalence of active individuals in overall physical activity as the age group increased; on the other hand, women, higher education, engagement in paid or volunteer activities, better self-perceived health, a preference for alcohol consumption, and reduced sitting time were associated with a higher prevalence of active individuals. In the leisure domain, individuals with higher education, higher per capita income, with health insurance, and hypertension were associated with a higher prevalence of active individuals, while poor self-rated health was associated with a lower prevalence of active individuals. In the household domain, it was observed that the prevalence of active individuals decreased as the age group increased, a similar trend among men and those with lower education. In the occupational domain, those with higher education and those with good self-perceived health were associated with a lower prevalence of active individuals. In the commuting domain, individuals with aged 80 or older, with poor or fair self-rated health, and obesity were associated with a lower prevalence of active, while men showed a higher prevalence of active individuals. In the general sample, a positive correlation was observed between overall healthcare services and follow-up with overall physical activity; emergency services with commuting physical activity. When stratifying the sample by gender, a positive correlation was found between overall healthcare services and follow-up with overall physical activity among men. Additionally, men showed a positive correlation between emergency services and occupational physical activity. Among women, there was a negative correlation between emergency services and leisure physical activity. Insufficiently active and active elderly individuals in overall physical activity were associated with a lower prevalence of hospitalization or admission. **Conclusions:** This study fills a gap in the literature by analyzing the behavior of different domains of physical activity among the older adults, opening up new avenues for valuable insights that can guide the development of public policies and awareness programs, with a special focus on identified higher-risk groups for promoting physical activity.

Keywords: Health of the Elderly. Health Services. Aging. Health Surveys. Chronic Disease. Preventive Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Correlação de Spearman entre a procura por serviços de saúde geral e atividade física global	63
Figura 2 - Correlação de Spearman entre a procura por serviços de emergência e atividade física no lazer	64
Figura 3 - Correlação de Spearman entre a procura por serviços de emergência e atividade física no deslocamento.	64
Figura 4 - Correlação de Spearman entre a procura por serviços de emergência e atividade física ocupacional.....	65
Figura 5 - Correlação de Spearman entre procura por serviços de acompanhamento e atividade física global	66
Quadro 1 - Variáveis predisponentes, capacitadoras, necessidades da saúde e estilo de vida pessoal incluídas nas análises multivariadas.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição geral da amostra das características socioeconômicas e demográficas. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	40
Tabela 2 - Descrição geral da amostra das condições de saúde, serviços de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	42
Tabela 3 - Descrição geral da amostra dos domínios da atividade física. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	43
Tabela 4 - Descrição da atividade física global segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	45
Tabela 5 - Descrição da atividade física global segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	46
Tabela 6 - Descrição do tipo de modalidade esportiva praticada no tempo de lazer. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	48
Tabela 7 - Descrição da atividade física no ambiente de lazer segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	49
Tabela 8 - Descrição da atividade física no ambiente de lazer segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	50
Tabela 9 - Descrição da atividade física no ambiente doméstico segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	52
Tabela 10 - Descrição da atividade física no ambiente doméstico segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	54
Tabela 11 - Descrição da atividade física no ambiente ocupacional segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	55
Tabela 12 - Descrição da atividade física ocupacional segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	56
Tabela 13 - Descrição da atividade física no ambiente de deslocamento segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	58
Tabela 14 - Descrição da atividade física no ambiente de deslocamento segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.	60
Tabela 15 - Distribuição do tipo de serviços de saúde segundo características sociodemográficas. ISA-Capital, 2015.	61

Tabela 16 - Distribuição do tipo de serviços de saúde segundo plano de saúde, frequência de doenças crônicas, procura por serviços de saúde pela última vez e atividade física. ISA-Capital, 2015..... 62

Tabela 17 - Correlação entre procura por serviços de saúde pela última vez e domínios da atividade física para amostra total e estratificada por sexo. ISA-Capital, São Paulo, 2015..... 66

Tabela 18 - Distribuição da hospitalização ou internação segundo domínios da atividade física. ISA-Capital, São Paulo, 2015. 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRFSS Behavioral Risk Factor Surveillance

CELAFISCS Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ELSA Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso

GHS General Health Survey

HSE Health Survey for England

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPAQ International Physical Activity Questionnaire

ISA-Capital Inquérito de Saúde do município de São Paulo

LSOA Longitudinal Study of Aging

MET's Metabolic Equivalent of Task

NHANES National Health and Nutrition Examination Survey

NHIS National Health Interview Survey

OMS Organização Mundial da Saúde

PAS Programa Academia da Saúde

PASBAQ Physical Activity and Sedentary Behaviour Assessment Questionnaire

PASE Physical Activity Scale for the Elderly

PNAD Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNS Pesquisa Nacional de Saúde

SABE Estudo, Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

VIGITEL Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

YPAS YALE Physical Activity Survey

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de ilustrações

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. Envelhecimento e aspectos gerais da atividade física	18
1.2. Mensurações da atividade física em estudos populacionais	24
1.3. Inquéritos de saúde de base populacional	27
2. JUSTIFICATIVA.....	29
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. Objetivo geral	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. MÉTODO	32
4.1. Tipo de estudo	32
4.1.1. Área do estudo	32
4.1.2. Processo de amostragem do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo	32
4.1.3. Blocos do Inquérito utilizados	33
4.1.4. Entrevistadores.....	33
4.2. População do estudo.....	34
4.3. Variáveis analisadas no estudo.....	34
4.3.1. Características socioeconômicas e demográficas	34
4.3.2. Condições de saúde	35
4.3.3. Uso dos serviços de saúde.....	35
4.3.4. Hábitos de vida	36
4.3.5. Atividade física.....	37
4.4. Análise estatística	38
4.5. Aspectos éticos	40
5. RESULTADOS	40
5.1. Descrição geral da amostra	40
5.2. Atividade física	43
5.2.1. Atividade física global	44
5.2.2. Atividade física no domínio de lazer	47
5.2.3. Atividade física no domínio doméstico.....	51
5.2.4. Atividade física no domínio ocupacional.....	55
5.2.5. Atividade física no domínio de deslocamento.....	57
5.3. Uso dos serviços de saúde e domínios da atividade física.	61
6. DISCUSSÃO.....	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
8. REFERÊNCIAS	
9. ANEXOS	
Anexo I - Carta de autorização para uso do Banco de Dados	
Anexo II - Carta de Aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa	
Anexo III – Relação dos blocos e questionários do ISACapital-2015 utilizados no projeto	

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento e aspectos gerais da atividade física

Nas últimas décadas, tem sido evidente o crescimento demográfico da população com 65 anos de idade ou mais no Brasil e no mundo. Dados globais estimam que o número de idosos deverá chegar a 1bilhão em 2030, o que corresponde a aproximadamente 11,7% da população mundial. No Brasil, a proporção de idosos no ano de 2019 era em torno de 9,3% da população total, e estima-se que esse número aumente para 13,6% até 2030¹. Com isso, o século XXI está sendo descrito como a primeira era na história da humanidade em que o mundo não será considerado jovem e marcado pela ocorrência de grandes mudanças nos quesitos sociodemográficos e nas atitudes relacionadas aos cuidados com a saúde².

A elevação do quantitativo de idosos tem sido justificada pela redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida³, graças à melhora da saúde pública em geral, aos avanços médicos e ao desenvolvimento econômico e social⁴. Contudo, estudos globais demonstram que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes, a demência² e as doenças transmissíveis como a Covid-19^{5,6}, estão se tornando grandes ameaças para os idosos e para o sistema de saúde público^{2,6}.

Dados globais estimam que aproximadamente 38 milhões de óbitos ocorrem anualmente em todo o mundo devido às complicações relacionadas às DCNT, com a maioria desses óbitos ocorrendo entre os idosos⁷⁻⁹. De maneira geral, essas doenças abrangem desde as complicações relacionadas aos problemas cardiovasculares, que representaram aproximadamente 46,2% dos óbitos, bem como as neoplasias, doenças respiratórias e o diabetes^{8,9}.

No Brasil, no ano de 2013, foram registrados 1.2 milhão de óbitos, e destes, aproximadamente 72,6% foram atribuídos a complicações das DCNT⁹. Nos últimos anos, estudos têm identificado que, dos óbitos que ocorrem por DCNT, cerca de 30% estão relacionados a doenças cardiovasculares¹⁰⁻¹². Entre os idosos, no ano de 2019, foram registrados 929 mil óbitos e destes, cerca de 31,6% por doenças cardiovasculares¹³.

Apesar da evidência dos expressivos indicadores de morbimortalidade, muitas vezes o mesmo indivíduo apresenta multimorbidade, definida como a presença de duas ou mais condições crônicas de saúde¹⁴. Um estudo de revisão revelou uma variação de 55% a 98% no número de indivíduos idosos com essa condição¹⁵.

Pesquisas indicam que a multimorbidade tem ocorrido em sua maioria nas mulheres, bem como entre aqueles com baixa escolaridade e renda¹⁶⁻¹⁸. Essa condição pode gerar limitações físicas que afetam a qualidade de vida¹⁹, e está mais presente entre os que possuem hábitos não saudáveis, como má alimentação, pouco sono, sedentarismo e pouco tempo dedicado à prática de atividade física, além dos efeitos da poluição²⁰⁻²². Diante dessas evidências de características e hábitos conturbados especialmente nas grandes cidades, torna-se necessária uma resposta rápida e adequada das políticas públicas quanto à reorganização social entre os indivíduos que envelhecem nesses centros urbanos.

Com o intuito de auxiliar na prevenção das DCNT, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem divulgando uma série de fatores que podem afetar a saúde da população. Dentre eles, as características genéticas predisponentes, as alterações fisiológicas do envelhecimento e os fatores de risco modificáveis, como os hábitos não saudáveis^{23,24}. Dessa forma, ainda que o processo de envelhecimento seja marcado por várias alterações e, por vezes, acompanhado de doenças crônicas, essas influências podem ser moduladas e influenciadas tanto pelo ambiente como pelos hábitos de vida de cada indivíduo.

Uma das questões de saúde que tem atraído a atenção dos pesquisadores é o comportamento sedentário. Ele é definido como o tempo na posição sentada ou reclinada que requer um gasto calórico inferior a 1.5 Metabolic Equivalent of Task (METs)²⁵. O resultado de um estudo global de revisão identificou que, aproximadamente 60% dos idosos relataram passar de 4 a 5 horas sentados por dia, 26,6% de 6 a 7 horas e 5% de 10 a 11 horas, revelando que a maior parte da população idosa tende a ter um comportamento sedentário. A pesquisa demonstra uma limitação quanto ao número de evidências científicas que exploraram o comportamento sedentário entre os idosos e suas características associadas²⁶. No Brasil, um estudo revelou que os idosos que passam 3 horas ou mais por dia do tempo livre assistindo televisão

ou usando computador, tablet ou celular nos últimos anos aumentou no período entre 2010 e 2021, variando de 42,3% a 51,0%²⁷.

A literatura vem sendo consistente quanto aos problemas relacionados ao comportamento sedentário. Um estudo buscou reunir as principais consequências relacionadas a este comportamento em idosos e, entre os resultados, verificou-se um aumento do risco de mortalidade por todas as causas, complicações metabólicas, maior circunferência de quadril, sobrepeso e obesidade²⁸. A partir dessas descobertas, fica clara a importância de combater o comportamento sedentário na população idosa, e uma das ferramentas que pode contribuir para essa redução é a prática de atividade física.

A prática de atividade física é caracterizada como qualquer movimento corporal produzido pelo corpo e que resulte em um gasto calórico acima do nível de repouso, podendo promover uma interação social e ambiental²⁹. Essa atividade pode ser realizada em diferentes ambientes, também conhecidos como domínios, tais como de lazer, doméstico, ocupacional, de deslocamento e na forma global²⁹, abrangendo diversos momentos da vida e contemplando todos os grupos etários³⁰. Estudos têm mostrado que, desde 1950 até os dias atuais, a prática regular de atividade física é um fator determinante para a proteção e prevenção de diversos problemas de saúde que afetam pessoas de todas as idades³¹.

Ao reconhecer os benefícios da atividade física para a saúde do indivíduo e para a população em geral, diversos países implementaram programas voltados para a prevenção, gerenciamento e reabilitação de doenças. O primeiro deles foi North Karelia na Finlândia, que foi lançado em 1972³² e o ParticipAction no Canadá em 1971³³. Nos anos subsequentes, muitos outros países seguiram esse exemplo, incluindo o programa Active for Life na Inglaterra em 1995³⁴, Active Australian na Austrália em 1997³⁵, Programa Envelhecimento Ativo promovido pela OMS em 1999 e o Health People nos Estados Unidos no ano de 2000³⁶.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem desempenhado um papel significativo no fortalecimento de projetos relacionados à promoção da saúde nos municípios do país. Entre esses projetos, o Programa Academia da Saúde (PAS), criado em 2011, que tem como finalidade de contribuir para a promoção da saúde, na produção de cuidados e adoção de um estilo de vida saudável para

a população, abrangendo desde crianças até idosos. Atualmente, O PAS está presente em aproximadamente 48% dos municípios brasileiros³⁷.

Especificamente no município de São Paulo, além das 18 unidades vinculadas ao PAS que oferecem atividades abertas aos residentes, existe uma parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS). Essa colaboração resultou no lançamento do Programa Agita São Paulo em 1996, que desde então, tem desenvolvido atividades com o propósito de promover a atividade física e combater o sedentarismo na população³⁸.

Além disso, a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer oferece oportunidades para organização, execução e desfrute de atividades de lazer e recreação em 87 ruas da cidade de São Paulo³⁹. Outro programa de destaque, coordenado pela Secretaria Municipal de Mobilidade e Transportes de São Paulo, é a infraestrutura cicloviária. No ano de 2015, a cidade contava com 380,3km de ciclovias permanentes⁴⁰. Em 2023, esse número aumentou para impressionantes 722,1 km de vias utilizadas para o deslocamento e lazer, além de 114 km de ciclofaixas de lazer operadas aos domingos e feriados nacionais^{41,42}.

Tanto a OMS como o Guia de Atividade Física para a População Brasileira preconizam que, adultos e idosos devem praticar 150 minutos semanais ou mais de atividade física na intensidade leve ou moderada, ou 75 minutos ou mais de atividades vigorosas, para obter benefícios à saúde, ou uma combinação equivalente de atividades com intensidade de moderada à vigorosa^{43,44}. Com esses parâmetros, pesquisas demonstram impactos positivos, como a melhora do estilo de vida⁴⁵, a percepção da saúde⁴⁶ e da qualidade de vida^{47,48}. Além disso, a prática regular de atividade física tem sido associada à redução da probabilidade do desenvolvimento de doenças crônicas e ao controle dessas condições em indivíduos já acometidos^{47,49-51}, a redução da multimorbidade⁵² e dos riscos de incapacidade^{7,47}, à melhora dos aspectos biológicos⁵³, ao aumento da sobrevivência de indivíduos com incapacidade física⁵⁴ e à redução do uso de serviços de saúde^{55,56}.

Dado que o número de adultos que seguem as recomendações para a atividade física no global no mundo é de aproximadamente 68,9%, sendo que esse número é reduzido com o avanço da idade⁵⁷, a OMS publicou um relatório

destacando a importância de aumentar em 15% a quantidade de praticantes até 2030⁵⁸. No Brasil, também foram adotadas metas semelhantes no Plano de Ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis⁵⁹.

Entre os idosos, uma pesquisa de revisão revelou que o número de praticantes de atividade física no global variou entre 2,4% e 83%⁵⁷. No Brasil, apesar do crescimento de estudos epidemiológicos relacionados à atividade física ao longo das últimas décadas⁶⁰, são poucas as pesquisas relacionadas aos idosos. Mas estima-se que 61,8% dos idosos brasileiros possuem o hábito de praticar atividade física no global⁶¹.

Apesar da estratégia definida e de um consenso na literatura científica sobre os efeitos benéficos da atividade física, o entendimento sobre a quantidade de idosos praticantes em cada domínio, bem como suas associações, ainda se mostra limitado e apresenta divergências^{60,62,63}. Isso, por sua vez, dificulta a identificação e o alcance das metas preestabelecidas.

Ao analisar o comportamento dos indivíduos praticantes de atividade física nos domínios de lazer e deslocamento, pesquisas nacionais e internacionais têm evidenciado tanto benefícios para a saúde⁶⁴⁻⁶⁶ como uma redução da demanda de serviços em saúde^{55,67-69}. O conhecimento sobre a quantidade de idosos praticantes nesses domínios e a influência das características sociodemográficas está relatada em algumas pesquisas⁷⁰⁻⁷². De modo geral, resultados internacionais e nacionais têm indicado que nos últimos anos o número de idosos praticantes de alguma atividade no ambiente de lazer aumentou, e no Brasil, aqueles que praticaram seguindo recomendações nacionais e internacionais nos ambientes de lazer e no deslocamento permaneceram estáveis, embora com grandes variações regionais^{27,73}.

Buscando compreender os motivos que levam os indivíduos a praticarem ou não atividade física no ambiente de lazer, pesquisas têm revelado que a influência do ambiente de trabalho que inclui as longas jornadas, as transformações tecnológicas e a falta de tempo para o lazer, são fatores determinantes que comprometem a qualidade de vida e a saúde daqueles que trabalham^{74,75}. Nesse sentido, uma pesquisa nacional revelou que no ano de 2015 cerca de 31,8% dos trabalhadores praticavam alguma atividade física fora do ambiente de trabalho e, entre os idosos, o número de praticantes foi de 21,3%⁷⁴. Em relação às características sociodemográficas envolvendo o grupo

de idosos, houve uma redução do número de praticantes com o aumento da faixa etária e renda⁷⁶; não havendo diferença entre homens e mulheres^{72,76}.

No que diz respeito à atividade física no ambiente doméstico, pesquisas têm constantemente demonstrado que este domínio é aquele onde a maioria dos idosos conseguem cumprir as recomendações de atividade física^{77,78}. Um estudo revelou que, entre os praticantes, as mulheres são as que mais se engajam nesse domínio, com um aumento de praticantes com o avançar da faixa etária e entre aqueles que estão em um relacionamento conjugal⁷⁷.

Poucos estudos exploraram a relação entre a atividade física no ambiente doméstico e a saúde. Um estudo espanhol identificou uma redução proporcional no risco de mortalidade, obesidade e limitações físicas à medida que os idosos relatavam passar mais tempo se envolvendo em atividades doméstica⁷⁹. Por outro lado, um estudo com mulheres idosas e ativas do Reino Unido não encontrou uma associação significativa com a redução de peso corporal⁸⁰.

Com relação à atividade física no ambiente de deslocamento, o Brasil vem se destacando entre países da América Latina e Caribe, como o país com o maior número de publicações nesse tema, mas observa-se poucos estudos envolvendo a população idosa, e de modo geral, uma variação significativa entre regiões⁸¹. Vale destacar que o aumento dos níveis de atividade física nesse domínio, tem sido tratado como uma estratégia importante para reverter hábitos não saudáveis que estão diretamente relacionados às DCNT⁸². De modo geral, as pesquisas que buscaram investigar o comportamento nesse domínio, revelam baixo número de indivíduos idosos que consegue atender às recomendações, além da redução de praticantes com faixa etária mais alta e redução entre os que não possuíam companheiro(a)⁷².

Para a atividade física no ambiente ocupacional, observa-se um baixo número de pesquisas relacionadas a esse domínio^{77,83}, principalmente com a população idosa no Brasil⁷⁷. Quanto aos benefícios para a saúde, os resultados de pesquisas têm sido divergentes, o que indica a necessidade de ser mais explorado⁸⁴.

Ainda que a parcela de idosos engajados em atividades ocupacionais seja relativamente baixa, os estudos que analisaram esse domínio no Brasil têm dado destaque nas características sociodemográficas. Nota-se que idosos do

sexo masculino e aqueles que foram classificados com faixa etária mais baixa, possuem uma maior probabilidade de atingir a recomendação de atividade física nesse domínio⁷⁷.

Ao explorar o comportamento dos idosos que alcançaram as recomendações de atividade física no ambiente de lazer e global, estudos internacionais e nacionais têm evidenciado redução com os gastos e serviços que são relacionados à saúde, maior controle de utilização de serviços preventivos, diminuição do número de internações, serviços de emergências e redução do consumo de medicamentos^{55,56,67,85-88}.

Tendo em vista o reconhecimento da atividade física como uma questão de saúde pública nos últimos anos, faz-se necessária uma maior investigação acerca do monitoramento e da influência envolvendo a população idosa²⁸. Para isso, deve-se levar em consideração as alterações multifacetadas e complexas que ocorrem com os idosos, principalmente quando estamos diante de seu crescimento demográfico e contínuas transformações das condições de saúde.

1.2. Mensurações da atividade física em estudos populacionais

A utilização de instrumentos de medição da atividade física tem sido considerada como uma das dificuldades em estudos epidemiológicos. Isso ocorre devido à necessidade de encontrar um instrumento que seja adequado e apropriado para um grupo populacional específico, que seja de fácil aplicabilidade e, especialmente, de baixo custo⁸⁹. A importância desses métodos de mensuração se dá pela necessidade de identificar o número de praticantes de atividade física e fornecer informações como parâmetro para as formulações de políticas públicas⁹⁰.

Embora algumas revisões sistemáticas apresentem resultados conclusivos dos benefícios da atividade física, é preciso observar algumas divergências quanto ao número de indivíduos praticantes ou não, e suas associações. Isso ocorre porque os métodos utilizados para coletar informações podem ser divergentes.

Até o momento, os questionários têm sido os instrumentos mais utilizados para mensurar a atividade física em grandes populações, principalmente pelo baixo custo financeiro e menor tempo de aplicação⁹¹. De

maneira geral, os questionários investigam a prática de atividade física ao longo de um período de tempo específico, sendo necessário que os indivíduos se recordem de suas atividades habituais de forma simples ou detalhada, e descrevendo particularidades como frequência, tempo de duração, tipo de atividade e intensidade. Esses questionários podem ser administrados por um entrevistador, pessoalmente ou por telefone, e também autoadministrados.

Em uma pesquisa de revisão, foram revelados seis instrumentos científicos que são utilizados para avaliar a atividade física entre os idosos: o Physical Activity Scale for the Elderly (PASE), CHAMPS Physical Activity Questionnaire, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), YALE Physical Activity Survey (YPAS), Modified BAECKE for Older Adults e ZUTPHEN Physical Activity Questionnaire⁹⁰.

O PASE foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores americanos em 1993 com o objetivo de verificar a prática de atividade física de forma autorreferida entre os indivíduos com 65 anos ou mais de idade. Esse instrumento é composto por 12 perguntas que abrangem o comportamento sedentário e atividades nos ambientes ocupacional, doméstico e de lazer realizadas nos últimos 7 dias. Sua pontuação pode variar de 0 a 793, sendo que pontuações mais altas indicam uma maior prática de atividade física⁹².

O CHAMPS Physical Activity Questionnaire foi criado em 1997 para avaliar o efeito de intervenções planejadas em idosos residentes em uma comunidade nos Estados Unidos. Composto por 41 questões autorreferidas, sua principal característica é avaliar a frequência semanal e a duração da atividade física, abrangendo intensidades de leve à vigorosa, nos domínios de lazer e doméstico das últimas quatro semanas⁹³.

Apoiado pela OMS, um grupo de pesquisadores elaborou o IPAQ nas versões longa e curta durante uma reunião científica em Genebra, Suíça, no ano de 1998. Esses questionários podem ser aplicados no formato de entrevista, telefone ou mesmo por autoaplicação, possuem elevada reprodutibilidade e de moderada a baixa validade para a população adulta^{94,95} e idosa⁹⁶. A versão longa do questionário é composta por 27 perguntas que exploram o comportamento sedentário e os domínios da atividade física de lazer, de deslocamento, doméstico e ocupacional, abrangendo as intensidades moderada e vigorosa, de atividades realizadas nos últimos 7 dias⁹⁷. Já a versão curta conta com 8

perguntas que aborda o comportamento sedentário, as atividades no domínio de lazer e de deslocamento. Embora o IPAQ tenha sido testado em países desenvolvidos e em desenvolvimento e demonstrado propriedades aceitáveis de confiabilidade e validade, especialmente nas amostras urbanas, recomenda-se ter cautela na comparabilidade das taxas de prevalência populacional, porque a versão longa parece produzir estimativas mais elevadas de atividade física⁹⁸.

O YPAS foi desenvolvido entre os anos de 1987 e 1989 pelo departamento de epidemiologia e saúde pública da universidade de Yale e pelo centro de controle para doenças dos Estados Unidos. O questionário é dividido em duas partes, com um total de 41 questões que abrangem as atividades no ambiente doméstico, de lazer e na prática de exercícios, que foram realizadas durante o último mês nas intensidades leve e vigorosa⁹⁹.

Já o Modified BAECKE for Older Adults teve sua origem na Holanda em 1982. É um questionário autoadministrado, com 19 perguntas em escala likert que variam de 1 a 5 e contemplam as atividades físicas nos domínios doméstico, de lazer e nas práticas esportivas realizadas nos últimos 12 meses^{99,100}.

O ZUTPHEN Physical Activity Questionnaire teve sua origem em 1992, possui como característica ser autoadministrado e é utilizado para coletar informações sobre a atividade física no ambiente de lazer. Esse questionário é composto por 18 perguntas que estimam o tempo das atividades no lazer em minutos por semana¹⁰¹.

Vale ressaltar que mesmo diante desses questionários validados para a populações específicas, é importante observar que a decisão de ser ou não praticante de atividade física está além de uma simples escolha individual. Além disso, é necessário reconhecer que a compreensão do mundo sobre o domínio do ambiente de trabalho, de lazer, de deslocamento e doméstico entre os países pode ser diferente. Em nações de baixa e média renda, as atividades frequentemente ocorrem no ambiente ocupacional; enquanto em países de alta renda, as atividades de lazer são mais frequentes¹⁰².

Diante da influência cultural e comportamental, é necessário um monitoramento minucioso da atividade física entre os idosos, a fim de fornecer dados que possam embasar a formulação de políticas públicas e programas voltados para a promoção da atividade física nessa faixa etária. Os inquéritos de

base populacional têm desempenhado um papel fundamental, fornecendo informações necessárias para guiar as ações e estratégias voltadas para esse âmbito.

1.3. Inquéritos de saúde de base populacional

Os inquéritos populacionais têm ganhado importância global ao oferecer informações que subsidiem políticas públicas e promovam avanços no conhecimento científico¹⁰³. Além de contribuírem para o planejamento de ações na área da saúde, os inquéritos são essenciais para a execução, avaliação e monitoramento de intervenções relacionadas ao acesso e utilização de serviços em saúde, bem como, à promoção da equidade^{103,104}.

Uma das vantagens dos inquéritos é o uso de questionários padronizados aplicados na população. Isso possibilita a medição de problemas de saúde que, mesmo acarretando consideráveis cargas de morbidade, podem não ficar evidentes em outros sistemas de registros. Esses inquéritos fornecem dados e informações embasados cientificamente para os formuladores de políticas, que devem considerar as necessidades coletivas em saúde^{105–107}. Através da mensuração de comportamentos que impactam os hábitos de saúde, como a atividade física, entre outros fatores, os inquéritos desempenham um papel significativo no entendimento abrangente da saúde e bem-estar da população.

Em países de alta renda, como os Estados Unidos, os inquéritos populacionais têm sido amplamente utilizados desde a década de 1960. O National Health Interview Survey (NHIS) é um dos mais importantes e reconhecidos inquéritos de saúde, coletando informações da população não institucionalizada desde 1957¹⁰⁸. A partir de 1975, esse inquérito incluiu um suplemento de aptidão física com perguntas relacionadas a atividades físicas e esportivas. Em 1985, o questionário passou a incluir perguntas sobre atividade física no domínio ocupacional e, a partir do ano 2000, foram incorporadas perguntas sobre atividade física no domínio de deslocamento¹⁰⁹.

O General Health Survey (GHS), iniciado em 1971, e o Health Survey for England (HSE), em 1993, são inquéritos que coletam informações continuamente da população inglesa¹¹⁰. Nesses inquéritos, a investigação da

prática de atividade física é explorada desde 1991 utilizando o Physical Activity and Sedentary Behaviour Assessment Questionnaire (PASBAQ). Esse questionário explora as atividades realizadas em domicílio, as práticas esportivas e os exercícios, bem como caminhadas, nos últimos sete dias, considerando intensidades leve, moderada e intensa. Nos últimos anos, a versão curta do IPAQ foi adicionada como parte da mensuração, focando especificamente soma da atividade de deslocamento e lazer¹¹¹.

No Canadá, o National Health Interview Survey (NHIS) foi criado em 1957 e, atualmente, é realizado periodicamente. De maneira geral, esses inquéritos têm sido essenciais para o aprimoramento das políticas de saúde e o monitoramento do bem-estar da população. As questões relacionadas à atividade física foram incluídas pela primeira vez no inquérito de 1975. A partir de 2015, o NHIS começou a coletar informações detalhadas sobre tempo e intensidade de atividades nos ambientes de lazer e de deslocamento¹¹².

Existem iniciativas importantes compostas por inquéritos populacionais com foco nos idosos, nas Américas e na Europa. Nos Estados Unidos, o Centers for Disease Control and Prevention utiliza dados de inquéritos de saúde como o NHIS, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), Nursing Home Residents, Medicare Current Beneficiary Survey, Behavioral Risk Factor Surveillance (BRFSS) e o Longitudinal Study of Aging (LSOA), para manter atualizado o sistema nacional de informação sobre as condições de saúde da população idosa¹¹⁰. De maneira geral, existe um predomínio em mensurar o tempo de atividade física no domínio de lazer.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde são responsáveis pela maioria dos inquéritos de saúde populacional. A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) criada em 1967, fez sua última divulgação das informações em 2015 e possuía periodicidade anual¹¹³. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) teve sua proposta iniciada em 2003 e realizou edições em 2013 e 2019, onde mensurou a prática de atividade física nos domínios de lazer, ocupacional, de deslocamento e doméstico^{114,115}.

Existe também no Brasil o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O inquérito foi implantado em 2006 com o objetivo de monitorar a frequência e a

distribuição dos principais fatores de risco e proteção das DCNT em todas as capitais dos estados do Brasil. O VIGITEL inclui o monitoramento do comportamento da atividade física nos ambientes de lazer, de deslocamento, ocupacional e doméstico¹¹⁶.

Inquéritos multicêntricos como o Estudo, Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), iniciado em 2000, têm obtido informações do perfil das condições de vida e saúde da população idosa residente em sete centros urbanos do Caribe e da América Latina. Para avaliar o número de praticantes de atividade física, o inquérito tem utilizado o IPAQ versão curta¹¹⁷.

O Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSA) que desde 2008 investiga a incidência e os fatores de risco para doenças crônicas em funcionários públicos residentes em seis estados brasileiros. Entre as variáveis exploradas nesse inquérito, a versão longa do IPAQ tem sido aplicada para verificar o tempo dedicado à prática de atividade física¹¹⁸.

No município de São Paulo, o Inquérito de Saúde (ISA) tem desempenhado um papel significativo no monitoramento dos indicadores de saúde e de serviços em saúde na população adulta e idosa, por meio das edições realizadas nos anos de 2003, 2008 e 2015. Em todas as edições o inquérito explorou o comportamento da atividade física através do IPAQ, versão longa¹¹⁹.

2. JUSTIFICATIVA

Embora a literatura reforce constantemente a necessidade de ações de promoção à saúde, as estimativas de crescimento demográfico da população idosa aumentam a urgência de explorar o comportamento da atividade física deste grupo populacional. Isso é fundamental para controlar a frequência de doenças crônicas e demanda dos serviços de saúde.

Considerando que São Paulo é a maior cidade da América Latina, uma série de características complexas e multifacetadas pode influenciar a prática de atividade física. Esses fatores necessitam de uma análise mais aprofundada. É notável a escassez de estudos que investigaram o comportamento dos diferentes domínios da atividade física entre idosos residentes no município de

São Paulo, especialmente utilizando base de dados de inquéritos de saúde. Isso indica uma lacuna a ser preenchida.

Com o banco de informações do inquérito de saúde do município de São Paulo, será possível explorar detalhadamente possíveis associações por domínios da atividade física e sua repercussão sobre a saúde entre idosos, reportando à comunidade os resultados obtidos e auxiliando na criação de políticas públicas para este grupo populacional nos próximos anos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar fatores associados à prática de atividade física entre idosos residentes no município de São Paulo no ano de 2015.

3.2. Objetivos específicos

- Estimar a frequência existente nos diferentes domínios da atividade física (deslocamento, lazer, doméstico e ocupacional) e global, entre as características sociodemográficas, no uso de serviços de saúde, hábitos de vida e condição de saúde;

- Estimar a associação existente entre os domínios da atividade física (deslocamento, lazer, doméstico e ocupacional) e global com as características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

- Estimar a associação existente entre os domínios da atividade física (deslocamento, lazer, doméstico e ocupacional) e global e o uso de serviços de saúde.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com informações obtidas de um inquérito de saúde realizado no município de São Paulo no ano de 2015.

4.1.1. Área do estudo

Localizada no sudeste do Brasil, a cidade de São Paulo possui mais de 12 milhões de habitantes, sendo 7892,8 habitantes/km², e cerca de 16,9%, são indivíduos com 60 anos ou mais de idade. A cidade possui o maior PIB do Brasil sendo a 4^a maior metrópole do mundo em número de habitantes¹²⁰. O município se destaca por possuir o 28^o melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M de 0,805) do Brasil¹²¹.

4.1.2. Processo de amostragem do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo

O processo de amostragem é constituído por uma metodologia complexa e probabilística, com sorteios de setores censitários e domicílios. Os setores censitários foram formados pelos domínios geográficos das cinco coordenadorias regionais de saúde (Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul).

Para a seleção dos domicílios, o processo levou em consideração grupos distintos de idade e sexo, sendo eles: adolescentes de ambos os sexos (12 a 19 anos de idade), adultos do sexo masculino (20 a 59 anos de idade), adultos do sexo feminino (20 a 59 anos de idade) e idosos de ambos os sexos (60 anos ou mais de idade). Essa estratificação permitiu uma representatividade dos diferentes grupos demográficos na amostra.

O planejamento do inquérito considerou que a amostra total seria de 4.250 entrevistas. Para cada coordenadoria regional da saúde, foi planejada uma quantidade específica de entrevistas, variando entre 808 e 1298 para cada grupo de idade e sexo. Esse planejamento permitiu estimar proporções de 0,50, com uma margem de erro amostral de 0,10, considerando um nível de confiança de 95% e um efeito de delineamento de 1,5. E como parte da estratégia de coleta, foi definido que todos os domicílios sorteados seriam visitados pelo menos três vezes.

O processo de coleta de dados foi iniciado no segundo semestre de 2014 e finalizado em dezembro de 2015, envolvendo a seleção de 5.942 domicílios por sorteio. Dentre os domicílios sorteados, 8% estavam desocupados e 76,4% ocupados no momento da pesquisa.

A taxa de resposta obtida foi de 0,74, totalizando 4.023 entrevistados. Esses resultados têm uma representatividade estimada de 9.349.890 pessoas que residem em domicílios particulares permanentes da área urbana do município de São Paulo.

Para obter informações mais detalhadas do plano amostral, pode-se citar o estudo realizado por Alves e colaboradores¹¹⁹.

4.1.3. Blocos do Inquérito utilizados

Foram utilizados questionários semiestruturados, compostos por 16 blocos temáticos e 25 sub-blocos. A aplicação desses questionários foi realizada por meio de tablets, utilizando um aplicativo específico desenvolvido para pesquisa. A utilização dessa tecnologia resultou em uma facilidade no processo de coleta de dados e desempenhou um papel fundamental na organização das respostas, contribuindo para a precisão e qualidade dos dados.

Os 16 blocos temáticos abrangiam diversos aspectos da vida do entrevistado e está disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_info_rmacao/isacapitalsp/index.php?p=216392

4.1.4. Entrevistadores

Os entrevistadores selecionados para a pesquisa tinham predominantemente formação de nível superior. Eles receberam um treinamento de uma semana, que enfatizou a importância de registrar com precisão as informações fornecidas pelos entrevistados, bem como a aplicação dos questionários e o uso do aplicativo.

Durante a coleta de dados, ocorriam reuniões envolvendo todos os entrevistadores para discussões e atualizações. Além disso, cerca de 10% da produção de cada entrevistador era avaliada por meio de novas entrevistas (entrevistas de controle).

4.2. População do estudo

No presente estudo, foram incluídas informações sobre pessoas com 60 anos ou mais de idade e de ambos os sexos. Com a aplicação de pesos amostrais, este estudo possui informações representativas de 1.331.491 indivíduos, de ambos os sexos e residentes em domicílios particulares permanentemente e ocupados no município de São Paulo. Essa representatividade permite extrapolações para a população de idosos no município de São Paulo.

4.3. Variáveis analisadas no estudo

4.3.1. Características socioeconômicas e demográficas

As informações sobre as características socioeconômicas e demográficas incluem as seguintes variáveis: idade, escolaridade, sexo, ocupação ou trabalho voluntário, cor da pele e renda per capita familiar.

A variável idade foi agrupada e analisada em três faixas etárias: a) 60-69 anos; b) 70-79 anos, c) 80 anos ou mais. Já para a escolaridade, o estudo investigou: a) nunca frequentou a escola; b) cursou até o 5º ano do fundamental; c) cursou do 5º ao 9º ano do fundamental; d) cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico; e) cursou o ensino superior ou pós-graduação.

O sexo foi tratado como: a) masculino; b) feminino. Já para a situação conjugal, os resultados foram categorizados em: a) com companheiro(a) (declarantes como casados ou que possuem união estável); b) sem companheiro(a) (declarantes como solteiros(as), separados(as), divorciados(as), desquitados(as) ou viúvos(as)).

Para a variável ocupação ou trabalho voluntário, as categorias analisadas foram: a) com atividade (indivíduo que no momento da entrevista exercia atividade remunerada ou voluntária); b) sem atividade (não exercia atividade remunerada ou voluntária).

A cor da pele foi considerada como: a) branca; b) não branca. Esta última incluiu preta, parda, amarela ou indígena. Em relação a esta variável, Chor¹²² destaca a importância de investigação na área da saúde diante das desigualdades socioeconômicas evidenciadas em diversos países.

A renda per capita familiar foi considerada em salários-mínimos e estratificada em: a) menor ou igual a 0,5 salário-mínimo; b) 0,5 até 1 salário-mínimo; c) 1 a 2,5 salários-mínimos; d) 2.5 salários-mínimos ou mais.

4.3.2. Condições de saúde

As informações sobre as condições de saúde foram exploradas por meio dos seguintes aspectos: 1) morbidade: composta por hipertensão, diabetes; 2) multimorbidade: indivíduo portador de duas ou mais condições crônicas de saúde; 3) quedas; 4) autoavaliação da saúde e 5) autoavaliação da saúde em geral.

Para cada doença crônica registrada na morbidade, foi considerada como resposta: a) sim; b) não.

Das 22 doenças crônicas que são exploradas pelo inquérito, as respostas foram consolidadas e divididas em duas categorias: a) sem multimorbidade (presença de 0 até 1 condição crônica de saúde); b) com multimorbidade (presença de 2 ou mais condições crônicas de saúde).

Para a variável quedas nos últimos 12 meses, foi considerado: a) não; b) sim. Já para a autoavaliação da saúde: a) excelente/muito boa; b) boa; c) regular; d) ruim; e) muito ruim.

Em relação a autoavaliação da saúde em geral, as seguintes categorias de resposta foram avaliadas: a) muito melhor agora; b) um pouco melhor agora; c) quase na mesma; d) um pouco pior agora; e) muito pior agora.

4.3.3. Uso dos serviços de saúde

As informações sobre uso dos serviços de saúde foram exploradas por meio das seguintes variáveis: procura por serviços de saúde (geral, emergência e acompanhamento) pela última vez; internação ou hospitalização; plano de saúde. Detalhes da construção de cada variável a seguir.

Para explorar a variável “procura por serviços de saúde”, foram incluídos apenas os indivíduos que autodeclararam ter procurado algum serviço de saúde em algum momento da vida. Nesse ponto, os respondentes indicavam qual tipo de serviço de saúde que haviam utilizado, com as opções sendo: a) consulta de saúde mental; b) tratamento de reabilitação; c) procedimento médico-odontológico; d) vacinação; e) realização de exames; f) agendamento de

consultas ou exames; g) retirada de medicamentos; h) atendimento de emergência. As respostas foram transformadas em três categorias: a) atendimento de serviços de saúde em geral; b) atendimento de emergência; c) atendimento de acompanhamento. Em seguida, para cada tipo de serviço de saúde, foi considerado a procura por serviços de saúde pela última vez, divididos em seis intervalos: 1) <2 semanas; 2) ≥15 dias a 1 mês; 3) ≥1 a 3 meses; 4) ≥3 a 6 meses; 5) ≥6 a 12 meses; 6) ≥12 meses.

Em relação à variável internação ou hospitalização nos últimos 12 meses e plano de saúde, as respostas foram categorizadas da seguinte forma: a) não; b) sim.

4.3.4. Hábitos de vida

As informações do comportamento relacionado ao estilo de vida incluem as variáveis preferência de bebida, tabagismo, índice de massa corporal e tempo médio sentado.

Para a variável preferência de bebida, foram consideradas as respostas: a) não álcool (aqueles que não têm preferência em ingerir álcool); b) álcool (aqueles que têm preferência em ingerir álcool). Em relação ao tabagismo, a variável foi explorada através das respostas: a) sim (aqueles que afirmaram ser fumantes); b) não – (aqueles que afirmaram nunca ter fumado ou serem ex-fumantes).

A variável Índice de Massa Corporal (IMC), foi construída por meio da relação entre o peso corporal (em kg) e altura (em cm), ou seja, $IMC = \text{peso(kg)} / \text{altura(cm)}^2$. Com base nos resultados, os entrevistados foram classificados nas seguintes categorias: a) IMC <23,0 – idoso com baixo peso; b) IMC entre ≥23,0 e <28,0 – idoso com peso adequado; c) IMC ≥28,0 e <30,0 – idoso com sobrepeso; d) IMC ≥30,0 – idoso obeso¹²³.

As informações sobre o tempo médio sentado foram obtidas pelo IPAQ, versão longa. O cálculo utilizando para estimar esta variável envolveu a análise do tempo de estar sentado ou reclinado durante os dias da semana e os dias do fim de semana. O cálculo consistiu em multiplicar o tempo médio dos dias da semana por cinco e o tempo médio dos dias do fim de semana por dois. O resultado dessa operação foi dividido por sete¹²⁴. As categorias consideradas

para esta variável foram: a) menor que 6 horas; b) igual ou maior que 6 até 10 horas; c) igual ou maior que 10 horas.

4.3.5. Atividade física

As informações relacionadas aos domínios da atividade física foram obtidas por meio da versão longa do IPAQ. Essa versão do questionário permite uma estimativa detalhada do tempo semanal dedicado à prática de atividades físicas nas intensidades moderada e vigorosa, em diferentes contextos da vida, abrangendo os domínios de lazer, doméstico, ocupacional, de deslocamento e global. A análise dos escores foi realizada de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo próprio IPAQ⁹⁷. O tempo de atividade física praticado em minutos por semana em cada um dos domínios foi classificado e analisado de diferentes maneiras: 1) Dicotômica: a) ativo – idosos que realizam 150 minutos por semana ou mais em cada domínio; b) insuficientemente ativo – idosos que realizam de 0 a 149 minutos por semana em cada domínio⁷⁸; 2) Contínua: tempo total praticado em cada domínio de atividade física; 3) Categoria ordinal: a) ativo – idosos que realizam 150 minutos por semana ou mais em cada domínio; b) insuficientemente ativo – idosos que realizam de 10 a 149 minutos por semana em cada domínio; c) inativo - idosos que realizam de 0 a 9 minutos por semana em cada domínio⁷². É importante destacar que as observações extremas, aquelas consideradas 16 horas ou mais, ou mesmo, acima de 960 minutos por dia, foram consideradas como outliers e transformados em missing⁹⁷.

Em relação à avaliação do comportamento da prática de atividade física no ambiente ocupacional, foi realizada apenas com os entrevistados que declararam ter alguma forma de atividade ocupacional ou voluntária.

Em relação à atividade física no lazer, também foi aprofundado o tipo de atividade física praticada. As categorias analisadas foram: a) caminhada (não como deslocamento); b) corrida/corrída em esteira; c) bicicleta (não como deslocamento); d) academia/ginástica em geral (aula de step, jump, glúteo, aula de spinning, bicicleta ergométrica); e) musculação; f) hidroginástica; g) natação; h) yoga/ pilates; i) artes marciais e lutas; j) vôlei; k) basquete ou handebol; l) futebol; m) dança.

4.4. Análise estatística

Foi realizada uma análise estatística descritiva por meio da distribuição da frequência de todas as variáveis. Em seguida, foram calculados as prevalências e os Intervalos com 95% de Confiança (IC95%) para as variáveis relacionadas às características socioeconômicas, demográficas, às condições de saúde, hábitos de vida, uso de serviços em saúde, domínios da atividade física e aos tipos de atividades no lazer.

Estimou-se a prevalência e IC95% para cada domínio da atividade física segundo variáveis sociodemográficas, de condições de saúde e hábitos de vida. As associações de cada domínio da atividade física com as variáveis relacionadas às características sociodemográficas, de condição de saúde e hábitos de vida, foram exploradas pelo teste qui-quadrado. Em seguida, foi realizada a análise de regressão de Poisson bruta e ajustada por idade, sexo e escolaridade, para estimar as Razões de Prevalência (RP) e os IC95% em cada domínio da atividade física segundo as variáveis sociodemográficas, de condições de saúde e hábitos de vida. Vale ressaltar que as variáveis de ajustes foram inseridas no modelo por conta da relevância para a saúde pública.

Foi explorado o comportamento de cada domínio de atividade física com a procura por serviços de saúde em geral, de acompanhamento e emergência. Inicialmente estimou-se a prevalência e IC95% de cada tipo de serviços em saúde (geral, emergência e acompanhamento) segundo características sociodemográficas, plano de saúde, frequência de doenças crônicas e domínios da atividade física. As associações de cada tipo de serviços de saúde (acompanhamento e emergência) com as variáveis relacionadas as características sociodemográficas, plano de saúde, frequência de doenças crônicas e domínios da atividade física, foram exploradas pelo teste qui-quadrado.

Levando em consideração que as categorias da procura por serviços de saúde possuem distribuição qualitativa ordinal e, os escores de minutos por semana de cada domínio da atividade física apresentaram não-normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$), a análise de correlação de Spearman foi escolhida como teste estatístico apropriado, alinhando-se com a literatura existente⁹⁸. Para essa análise, as variáveis dependentes passaram a ser:

procura por serviços de saúde pela última vez estratificado pelo tipo de serviço em saúde (geral, de acompanhamento e emergência). As variáveis independentes tratadas como contínuas foram: atividade física no ambiente de lazer, de deslocamento, doméstico, ocupacional e global.

Foi explorado a relação entre os domínios da atividade física com internação ou hospitalização. Estimou-se a prevalência e IC95% de internação ou hospitalização segundo domínios da atividade física. As associações entre internação ou hospitalização com os domínios da atividade física, foram exploradas pelo teste qui-quadrado. Em seguida, foi realizada a análise de regressão de Poisson bruta e ajustada por variáveis de controle. As variáveis de controle foram organizadas com base no modelo Andersen-Newman^{125,126}, Quadro I.

Quadro 1 - Variáveis predisponentes, capacitadoras, necessidades da saúde e estilo de vida pessoal incluídas nas análises multivariadas.

Variáveis de controle	Fatores
Fatores predisponentes	Idade; sexo; estado civil; educação; raça/cor
Fatores capacitadoras	Renda familiar per capita; ocupação ou trabalho voluntário; plano de saúde
Necessidades da saúde	Saúde geral comparada a 1 ano; morbidade*; tempo médio sentado; IMC; tabagismo e consumo de álcool

*Morbidade: Doença crônica inserida no modelo: hipertensão, diabetes, angina, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, outra doença do coração, câncer, artrite, reumatismo, artrose, osteoporose, asma ou bronquite asmática, enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica, rinite, sinusite crônica, outra doença do pulmão, tendinite, lesão por esforço repetitivo, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho, varizes de membros inferiores, acidente vascular cerebral ou derrame, outras doenças de veias, artérias ou circulação sanguínea, colesterol, doença de coluna ou problema de coluna, problema emocional ou mental como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia ou algum outro, outra doença crônica além das citadas anteriormente.

Em todos os modelos estatísticos analisados foi considerado nível de significância de 0,05.

Os dados estão sendo analisados no software *Data Analysis and Statistical Software* (STATA 14.0). O uso do módulo *survey* permite considerar variáveis de um plano complexo de amostragem, como estratos, conglomerados, ponderações e foi utilizado nos testes paramétricos.

4.5. Aspectos éticos

O Inquérito de Saúde do Município de São Paulo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), Brasil sob o protocolo: 719.661/2014. Esta pesquisa está em conformidade com a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual estabelece as normas e o regulamento para a realização de pesquisas que envolvam seres humanos, assegurando a proteção dos direitos, integridade e bem-estar dos participantes.

Os participantes do estudo foram visitados e previamente informados a respeito dos objetivos do inquérito. Além disso, foi fornecido aos voluntários da pesquisa os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo que suas identidades não fossem divulgadas e a garantia de liberdade para recusar-se a participar ou mesmo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer tipo de ônus.

5. RESULTADOS

5.1. Descrição geral da amostra

A amostra, obtida no banco de dados do ISA-Capital foi de 1019 indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Desses, a maioria tinha faixa etária entre 60-69 anos, representando 57,2%, sexo feminino (59,7%); cor da pele branca (64,9%), cursaram até o 5º ano do ensino fundamental (40,7%), sem ocupação ou não possui atividade voluntária (70,4%) e renda per capita menor ou igual a 0,5 salário-mínimo (35,3%). Os resultados detalhados estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição geral da amostra das características socioeconômicas e demográficas. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	n	%*	IC95%
Faixa etária			
≤60-69 anos	573	57,23	52,95-61,51
70-79 anos	305	28,51	24,68-32,34
≥80 anos	141	14,25	11,42-17,08
Sexo			
Feminino	632	59,67	56,89-62,44

Masculino	387	40,33	37,55-43,10
Cor da pele^a			
Branca	611	64,91	60,11-69,71
Não branca	400	35,09	30,29-39,88
Situação conjugal^b			
Com companheiro(a)	515	52,79	48,57-57,01
Sem companheiro(a)	500	47,21	42,99-51,43
Escolaridade^c			
Nunca frequentou	90	6,89	5,05-8,74
Cursou até o 5º ano do fundamental	458	40,73	36,21-45,25
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	153	15,06	12,67-17,44
Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	172	17,86	15,43-20,29
Cursou o ensino superior ou pós-graduação	140	19,45	14,76-24,15
Ocupação ou trabalho voluntário^d			
Não	745	70,38	66,73-74,05
Sim	272	29,61	25,95-33,27
Renda per capita familiar (salários-mínimos)			
≤0,5	350	35,29	29,38-41,20
0,5-1	200	16,64	13,21-20,08
1 a 2,5	289	28,19	23,19-33,20
≥2,5	180	19,87	16,56-23,17

*Porcentagem ponderada; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; ^a8 missing; ^b4 missing; ^c6 missing; ^d2 missing

As características de condições de saúde, utilização dos serviços de saúde e hábitos de vida estão detalhadas na Tabela 2. Observa-se que 55,2% dos idosos informaram ter hipertensão; 67,7% multimorbidade; 22,4% diabetes e 13,8% declararam queda nos últimos 12 meses. No que diz respeito à autoavaliação da saúde, aproximadamente metade da amostra declarou que sua saúde era boa, representando 50,1%. Além disso, a saúde em geral quase a mesma que há 1 (um) ano foi relatada por 54,2% dos participantes do estudo (Tabela 2).

Em relação à utilização dos serviços de saúde, 26,4% dos idosos declararam ter utilizado os serviços de saúde entre um e três meses anteriores à entrevista; 9,1% afirmaram terem sido internados nos últimos 12 meses; e 51,6% dos entrevistados não possuíam plano de saúde. Já para os hábitos de vida, 73,2% dos idosos relataram não ter preferência em ingerir álcool, 12% eram tabagistas; 45,1% foram classificados com o peso adequado; e 70,4% informaram passar até 6 horas por dia na posição sentado ou reclinado (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição geral da amostra das condições de saúde, utilização dos serviços de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	n	%*	IC95%
Hipertensão^a			
Não	464	44,80	40,60-49,00
Sim	553	55,20	51,00-59,40
Diabetes^b			
Não	775	77,64	75,07-80,21
Sim	238	22,36	19,79-24,93
Multimorbidade			
Não	338	32,32	28,91-35,73
Sim	681	67,68	64,27-71,09
Quedas^d			
Não	875	86,16	83,71-88,60
Sim	142	13,84	11,40-16,29
Autoavaliação da saúde^e			
Excelente/Muito boa	134	13,75	10,53-16,97
Boa	479	50,06	46,11-54,02
Regular	341	30,37	26,93-33,81
Ruim/muito ruim	64	5,81	4,34-7,27
Saúde em geral com relação ao ano anterior^f			
Muito melhor agora	79	7,63	5,59-9,67
Um pouco melhor agora	170	16,09	13,66-18,53
Quase na mesma	539	54,21	50,16-58,26
Um pouco pior agora	192	18,69	15,68-21,70
Muito pior agora	33	3,38	2,16-4,59
Uso de serviços de saúde^g			
≤ 2 semanas	250	25,21	22,05-28,37
≥15 dias a 1 mês	164	15,88	13,19-18,57
≥1 mês a 3 meses	277	26,40	23,23-29,57
≥3 meses a 6 meses	142	15,11	12,60-17,62
≥6 meses a 1 ano	98	9,68	7,58-11,78
≥1 ano	84	7,72	5,97-9,48
Internação ou hospitalização nos últimos 12 meses^h			
Não	914	90,88	89,00-92,76
Sim	97	9,12	7,24-11,00
Plano de saúdeⁱ			
Não	590	51,58	46,50-56,66
Sim	426	48,42	43,34-53,50
Preferência de bebida^j			
Não ingere álcool	775	73,23	68,63-77,82
Ingere álcool	238	26,77	22,18-31,37
Tabagismo^k			

Não	895	88,01	85,63-90,38
Sim	118	11,99	9,61-14,37
IMC^{l**}			
Baixo peso	205	20,81	17,82-23,80
Peso adequado	420	45,06	41,33-48,79
Sobrepeso	129	12,95	10,37-15,53
Obesidade	216	21,18	18,39-23,96
Tempo médio (horas) sentado por dia^m			
<6h	719	70,39	66,88-73,89
≥6h-10h	214	21,82	18,72-24,91
≥10h	72	7,80	5,63-9,96

*Porcentagem ponderada; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; **IMC – Índice de Massa Corporal; ^a2 missing; ^b6 missing; ^c4 missing; ^d2 missing; ^e1 missing; ^f6 missing; ^g4 missing; ^h8 missing; ⁱ3 missing; ^j3 missing; ^k6 missing; ^l49 missing; ^m14 missing.

5.2. Atividade física

A Tabela 3 apresenta uma descrição dos diferentes domínios da atividade física. No global, aproximadamente 7 em cada 10 idosos foram classificados como ativos, representando 68,3% da amostra. Quanto ao domínio de deslocamento, 15,3%; no domínio de lazer 16,4%; no domínio doméstico 47,3%; e no domínio ocupacional 41,5%.

Tabela 3 - Descrição geral da amostra dos domínios da atividade física. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	n	%*	IC95%
Domínio global^a			
Insuficientemente ativo	306	31,73	27,90-35,56
Ativo	698	68,27	64,44-72,10
Domínio de lazer			
Insuficientemente ativo	861	83,58	80,44-86,73
Ativo	158	16,42	13,27-19,56
Domínio doméstico^b			
Insuficientemente ativo	502	52,70	49,01-56,39
Ativo	513	47,30	43,61-50,99
Domínio de ocupacional^c			
Insuficientemente ativo	150	58,55	51,16-65,94
Ativo	116	41,45	34,06-48,84
Domínio de deslocamento^d			
Insuficientemente ativo	865	84,74	81,72-87,76
Ativo	152	15,26	12,24-18,28

*Porcentagem ponderada; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; ^a15 missing; ^b4 missing; ^c6 missing; ^d2 missing.

5.2.1. Atividade física global

A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual da atividade física global segundo variáveis de características socioeconômicas e demográficas. Observa-se um maior número de idosos ativos em todas as categorias quando comparadas aos seus pares insuficientemente ativos. Os resultados da análise bivariada indicam significância estatística para um menor número de ativos na faixa etária com 80 anos ou mais, entre o sexo masculino, que nunca frequentaram a escola e sem ocupação.

Os resultados da análise de regressão múltipla indicam associação negativa na prevalência de ativos na atividade física global nas faixas etárias de 70-79 anos e 80 anos ou mais de idade, bem como entre idosos do sexo masculino. Por outro lado, maior escolaridade e ter ocupação ou estar em algum trabalho voluntário estão associados a um aumento estatisticamente significativo na prevalência de ativos no global. Nota-se que a prevalência de idosos ativos que possuem 70 a 79 anos de idade foi 13% menor em comparação com os idosos ativos da faixa etária de 60 a 69 anos. Esse padrão se repete para os idosos com 80 anos de idade ou mais, que apresentaram uma prevalência 47% menor em relação aos idosos de 60 a 69 anos. Além disso, a análise revelou que os homens ativos têm uma prevalência de 16% menor do que as mulheres ativas.

Com relação à escolaridade, os resultados mostraram que a prevalência de ativos no global entre aqueles com até o 5º ano do ensino fundamental foi 31% maior em comparação aos ativos que nunca frequentaram a escola. Esse padrão de comportamento foi semelhante entre os ativos que frequentaram do 5º ao 9º ano do ensino fundamental, com uma prevalência 36% maior, entre os que frequentaram do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico, com uma prevalência 37% maior, e entre os que possuem ensino superior ou pós-graduação, com uma prevalência 28% maior, quando comparados aos idosos ativos que nunca frequentaram a escola. Além disso, para aqueles ativos no global que declararam ter ocupação ou trabalho voluntário, a prevalência foi 15% maior em comparação com aqueles ativos que declararam não ter ocupação ou trabalho voluntário. Tabela 4.

Tabela 4 - Descrição da atividade física global segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física global				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Faixa etária					<0,001		
≤60-69 anos	125	23,69 (19,42-28,56)	436	76,31 (71,44-80,58)		1	1
70-79 anos	103	33,67 (27,96-39,89)	200	66,33 (60,11-72,04)		0,87 (0,79-0,96)	0,87 (0,79-0,96)
≥80 anos	78	59,60 (51,21-67,47)	62	40,40 (32,53-48,79)		0,53 (0,43-0,65)	0,53 (0,43-0,66)
Sexo					0,002		
Feminino	162	27,73 (23,95-31,87)	461	72,27 (68,13-76,05)		1	1
Masculino	144	37,66 (31,70-44,01)	237	62,34 (55,99-68,30)		0,86 (0,78-0,95)	0,84 (0,75-0,93)
Cor da pele					0,657		
Branca	192	32,19 (27,58-37,18)	412	67,81 (62,82-72,42)		1	1
Não branca	110	30,68 (25,63-36,24)	282	69,32 (63,76-74,37)		1,02 (0,93-1,13)	1,03 (0,93-1,14)
Situação conjugal					0,482		
Com companheiro	149	30,58 (25,51-36,16)	360	69,42 (63,84-74,49)		1	1
Sem companheiro	155	32,90 (28,44-37,69)	336	67,10 (62,31-71,56)		0,97 (0,88-1,06)	0,97 (0,88-1,07)
Escolaridade					0,007		
Nunca frequentou	40	51,17 (40,38-61,85)	47	48,83 (38,15-59,62)		1	1
Cursou até o 5º ano do fundamental	138	32,66 (27,83-37,88)	316	67,34 (62,12-72,17)		1,38 (1,09-1,74)	1,31 (1,06-1,62)
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	42	28,97 (22,02-37,07)	107	71,03 (62,93-77,98)		1,45 (1,16-1,83)	1,36 (1,10-1,68)
Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	40	24,61 (17,46-33,50)	130	75,39 (66,50-82,54)		1,54 (1,22-1,96)	1,37 (1,09-1,73)
Cursou o ensino superior ou pós-graduação	42	30,64 (23,17-39,29)	96	69,36 (60,71-76,83)		1,42 (1,11-1,82)	1,28 (1,00-1,64)
Ocupação					0,002		
Não	248	35,48 (31,55-39,62)	493	64,52 (60,38-68,45)		1	1
Sim	57	22,39 (16,34-29,88)	204	77,61 (70,12-83,66)		1,20 (1,09-1,33)	1,15 (1,04-1,27)
Renda per capita familiar (salários-mínimos)					0,076		
≤0,5	114	35,31 (28,03-43,34)	230	64,69 (56,66-71,97)		1	1
0,5-1	69	37,74 (30,27-45,85)	130	62,26 (54,15-69,73)		0,96 (0,81-1,14)	1,02 (0,86-1,20)
1 a 2,5	79	29,13 (23,33-35,70)	206	70,87 (64,30-76,67)		1,10 (0,96-1,25)	1,12 (0,98-1,28)
≥2,5	44	23,95 (17,00-32,63)	132	76,05 (67,37-83,00)		1,18 (1,00-1,38)	1,16 (0,98-1,39)
Plano de saúde					0,527		
Não	182	32,94 (28,85-37,30)	399	67,06 (62,70-71,15)		1	1
Sim	123	30,67 (24,92-37,09)	297	69,33 (62,91-75,08)		1,03 (0,93-1,15)	1,02 (0,93-1,13)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; RP- Razão de Prevalência; ajustada por faixa etária, sexo e escolaridade; *Análise sobre os ativos.

A Tabela 5 apresenta a distribuição percentual da atividade física global entre idosos, segundo variáveis de condições de saúde e hábitos de vida. Nota-se que em todas as categorias analisadas, há um maior número de ativos em

comparação aos seus pares insuficientemente ativos. Os resultados da análise bivariada indicam significância estatística para um menor número de ativos à medida que a percepção da saúde piora e entre aqueles que passam em média 6 horas ou mais sentados por dia. Por outro lado, indivíduos que referiram ter preferência por bebida alcoólica apresentaram um maior número de ativos.

A análise de regressão múltipla revelou uma associação negativa entre a prevalência de idosos ativos no global e piora na percepção da saúde. Comparados aos ativos que avaliaram sua saúde como excelente ou muito boa, aqueles que a classificaram como boa tiveram uma prevalência de ativos 16% menor. Observou-se um padrão semelhante para os que classificaram sua saúde como regular, com uma prevalência 25% menor, e ruim/muito ruim, com uma prevalência 30% menor, em comparação com aqueles que a classificaram como excelente ou muito bom. Tabela 5.

A análise de regressão múltipla revelou que aqueles idosos que preferem ingerir bebidas alcoólicas apresentaram uma maior prevalência de ativos no global. Por outro lado, passar em média 6 horas ou mais por dia sentado está associado a uma menor prevalência de ativos. A prevalência de ativos que relataram preferência por álcool foi 16% maior em comparação com aqueles que não relataram essa preferência. Porém, para os ativos que passam em média de 6 a 9 horas sentados por dia, a prevalência foi 27% menor, e para aqueles ativos que passam 10 horas ou mais sentados por dia, a prevalência foi 61% menor, em comparação com ativos que passam em média até 6 horas sentados por dia. Tabela 5.

Tabela 5 - Descrição da atividade física global segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física global				P	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Quedas					0,650		
Não	260	31,48 (27,36-35,90)	602	68,52 (64,10-72,64)		1	1
Sim	46	33,71 (25,63-42,87)	94	66,29 (57,13-74,37)		0,97 (0,83-1,12)	1,01 (0,88-1,17)
Hipertensão					0,755		
Não	136	31,17 (26,09-36,75)	316	68,83 (63,25-73,91)		1	1
Sim	170	32,29 (27,41-37,59)	380	67,71 (62,41-72,59)		0,98 (0,89-1,09)	1,01 (0,92-1,12)
Diabetes					0,211		
Não	222	30,89 (26,79-35,31)	539	69,11 (64,69-73,21)		1	1
Sim	83	35,40 (29,17-42,16)	154	64,60 (57,84-70,83)		0,93 (0,84-1,04)	0,94 (0,84-1,05)

Multimorbidade				0,411		
Não	109	34,47 (27,34-42,39)	220	65,53 (57,61-72,66)	1	1
Sim	197	30,45 (25,70-35,65)	478	69,55 (64,35-74,30)	1,06 (0,92-1,23)	1,03 (0,90-1,17)
Autoavaliação da saúde				<0,001		
Excelente/Muito boa	18	13,85 (9,21-20,30)	111	86,15 (79,70-90,79)	1	1
Boa	142	32,00 (26,94-37,53)	330	68,00 (62,47-73,06)	0,79 (0,72-0,87)	0,84 (0,77-0,93)
Regular	121	37,48 (31,84-43,49)	218	62,52 (56,51-68,16)	0,73 (0,64-0,82)	0,75 (0,66-0,86)
Ruim/muito ruim	24	39,95 (26,59-55,00)	39	60,05 (45,73-41,00)	0,70 (0,54-0,90)	0,70 (0,55-0,89)
Saúde em geral com relação ao ano anterior				0,675		
Muito melhor agora	21	26,98 (17,54-39,08)	56	73,02 (60,92-82,46)	1	1
Um pouco melhor agora	51	32,45 (26,01-39,62)	117	67,55 (60,38-73,99)	0,93 (0,78-1,10)	0,95 (0,81-1,11)
Quase na mesma	154	30,85 (25,98-36,18)	375	69,15 (63,82-74,02)	0,95 (0,81-1,11)	0,96 (0,83-1,11)
Um pouco pior agora	64	33,49 (26,72-41,01)	127	66,51 (58,99-73,28)	0,91 (0,77-1,08)	0,95 (0,81-1,11)
Muito pior agora	13	40,43 (23,58-59,89)	20	59,57 (40,11-76,42)	0,82 (0,58-1,15)	0,81 (0,60-1,11)
Preferência de bebida				0,031		
Não ingere álcool	246	34,31 (29,78-39,15)	519	65,69 (60,85-70,22)	1	1
Ingere álcool	57	24,23 (17,83-32,03)	176	75,77 (67,97-82,17)	1,15 (1,02-1,30)	1,16 (1,02-1,32)
Tabagismo				0,571		
Não	270	32,29 (28,11-36,78)	613	67,71 (63,22-71,89)	1	1
Sim	36	28,88 (19,82-40,02)	79	71,12 (59,98-80,18)	1,05 (0,89-1,24)	0,99 (0,85-1,15)
IMC**				0,385		
Baixo peso	71	34,39 (27,23-42,33)	132	65,61 (57,67-72,77)	1	1
Peso adequado	111	28,44 (23,19-34,35)	299	71,56 (65,65-76,81)	1,09 (0,95-1,25)	1,06 (0,93-1,21)
Sobrepeso	40	31,02 (22,41-41,19)	89	68,98 (58,81-77,59)	1,05 (0,88-1,25)	1,01 (0,86-1,20)
Obesidade	66	34,80 (28,45-41,74)	147	65,2 (58,26-71,55)	0,99 (0,86-1,15)	0,92 (0,80-1,07)
Tempo médio sentado por dia				<0,001		
<6h	155	22,84 (19,05-27,13)	549	77,16 (72,87-80,95)	1	1
≥6h-10h	92	44,50 (37,22-52,02)	122	55,50 (47,98-62,78)	0,72 (0,63-0,83)	0,73 (0,64-0,84)
≥10h	53	73,48 (62,22-82,35)	19	26,52 (17,65-37,78)	0,34 (0,24-0,50)	0,39 (0,27-0,56)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; **IMC - Índice de Massa Corporal; RP - Razão de Prevalência; ajustado por faixa etária, escolaridade e sexo; *Análise sobre os ativos.

5.2.2. Atividade física no domínio de lazer

Na tabela 6, são expostas as preferências de atividades de lazer para homens e mulheres. Como primeira opção, a escolha mais comum entre mulheres foi a caminhada, representando 44,3%, seguida pela hidroginástica com 14,3% e academia/ginástica em geral com 8,6%. Entre os homens, 53,4%

praticavam caminhada, seguida pela ginástica/academia em geral com 11,0% e musculação com 9,6%. Como segunda opção de atividades de lazer, 22,6% das mulheres declararam praticar corrida/corrída em esteira, e 19,1% optaram por bicicleta. Já entre os homens, 24,1% relataram preferência em praticar corrida/corrída em esteira, e 20,7% praticavam bicicleta.

Tabela 6 - Descrição do tipo de modalidade esportiva praticada no tempo de lazer. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Tipo de atividades físicas de lazer	1ª Opção				2ª Opção			
	Mulheres		Homens		Mulheres		Homens	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Caminhada	62	44,29	39	53,42	13	15,48	4	13,79
Corrida/corrída em esteira	7	5,00	3	4,11	19	22,62	7	24,14
Bicicleta	0	0	4	5,48	16	19,05	6	20,69
Academia / ginástica em geral	12	8,57	8	10,96	11	13,10	2	6,90
Musculação	6	4,29	7	9,59	5	5,95	4	13,79
Hidroginástica	20	14,29	2	2,74	4	4,76	1	3,45
Natação	4	2,86	1	1,37	3	3,57	0	0
loga / pilates	10	7,14	0	0	2	2,38	1	3,45
Artes marciais e lutas	0	0	1	1,37	0	0	0	0
Vôlei	0	0	1	1,37	0	0	0	0
Futebol	0	0	3	4,11	0	0	0	0
Dança	7	5,00	0	0	4	4,76	2	6,90
Outros	12	8,57	4	5,48	7	8,33	2	6,90

A Tabela 9 apresenta a distribuição percentual da atividade física no ambiente de lazer segundo variáveis de características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde entre os idosos. Houve um maior número de idosos insuficientemente ativos em todas as categorias das variáveis analisadas, quando comparados com seus pares ativos. Além disso, a análise bivariada revelou uma significância estatística para um menor número de idosos ativos no domínio de lazer entre aqueles com a faixa etária de 80 anos ou mais, sem companheiro(a), com baixa escolaridade, renda per capita inferior e sem plano de saúde.

A análise de regressão múltipla indicou que a escolaridade, renda per capita e plano de saúde estão significativamente associadas a uma maior prevalência de ativos. A prevalência de idosos ativos e que cursaram do 5º ao 9º ano do fundamental foi 131% maior em comparação com aqueles ativos que nunca frequentaram a escola. Da mesma forma, a prevalência de indivíduos

ativos foi ainda maior entre aqueles que cursaram do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico, 189%, e entre aqueles com ensino superior ou pós-graduação, com 210%. No que diz respeito à renda per capita, a prevalência de ativos que relataram possuir 2,5 salários-mínimos ou mais foi 59% maior do que aqueles ativos e com renda per capita igual ou inferior a 0,5 salário-mínimo. Além disso, os idosos que possuíam plano de saúde apresentaram uma prevalência de ativos 89% maior em comparação com os ativos sem plano de saúde, conforme mostrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Descrição da atividade física no ambiente de lazer segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente de lazer				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Faixa etária					0,013		
≤60-69 anos	471	81,99 (78,03-85,37)	102	18,01 (14,63-21,97)		1	1
70-79 anos	257	82,06 (76,70-86,41)	48	17,94 (13,59-23,30)		1,00 (0,72-1,37)	1,12 (0,80-1,57)
≥80 anos	133	93,03 (85,18-96,88)	8	6,97 (3,12-14,82)		0,39 (0,19-0,80)	0,49 (0,24-1,01)
Sexo					0,102		
Feminino	538	85,23 (81,25-88,49)	94	14,77 (11,51-18,75)		1	1
Masculino	323	81,14 (76,29-85,20)	64	18,86 (14,80-23,71)		1,28 (0,95-1,71)	1,16 (0,86-1,56)
Cor da pele					0,512		
Branca	521	84,24 (79,55-88,02)	90	15,76 (11,98-20,45)		1	1
Não branca	333	82,27 (77,59-86,14)	67	17,73 (13,86-22,41)		1,13 (0,79-1,60)	1,39 (0,98-1,98)
Situação conjugal					0,007		
Com companheiro(a)	423	80,83 (76,43-84,58)	92	19,17 (15,42-23,57)		1	1
Sem companheiro(a)	434	86,54 (82,79-89,58)	66	13,46 (10,42-17,21)		0,70 (0,54-0,91)	0,80 (0,58-1,11)
Escolaridade					<0,001		
Nunca frequentou	82	92,82 (85,95-96,47)	8	7,18 (3,53-14,05)		1	1
Cursou até o 5º ano do fundamental	406	89,19 (85,72-91,90)	52	10,81 (8,10-14,28)		1,51 (0,70-3,24)	1,45 (0,68-3,10)
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	130	82,23 (73,65-88,46)	23	17,77 (11,54-26,35)		2,47 (1,13-5,42)	2,31 (1,04-5,13)
Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	134	76,98 (67,75-84,19)	38	23,02 (15,81-32,25)		3,20 (1,46-7,01)	2,89 (1,28-6,48)
Cursou o ensino superior ou pós-graduação	103	75,20 (68,01-81,21)	37	24,80 (18,79-31,99)		3,45 (1,64-7,29)	3,10 (1,45-6,60)
Ocupação ou trabalho voluntário					0,113		
Não	634	85,11 (81,80-87,91)	111	14,89 (12,09-18,20)		1	1
Sim	225	79,88 (72,38-85,74)	47	20,12 (14,26-27,62)		1,35 (0,94-1,95)	1,03 (0,66-1,59)
Renda per capita familiar (salários-mínimos)					0,004		

≤0,5	303	85,42 (79,84-89,66)	47	14,58 (10,34-20,16)	1	1
0,5-1	170	85,52 (79,03-90,25)	30	14,48 (9,75-20,97)	0,99 (0,59-1,68)	1,16 (0,69-1,93)
1 a 2,5	254	87,41 (80,83-91,95)	35	12,59 (8,05-19,17)	0,86 (0,49-1,51)	0,91 (0,53-1,55)
≥2,5	134	73,28 (66,02-79,47)	46	26,72 (20,53-33,98)	1,83 (1,26-2,66)	1,59 (1,10-2,30)
Plano de saúde					<0,001	
Não	524	89,65 (86,58-92,08)	66	10,35 (7,92-13,42)	1	1
Sim	335	77,48 (71,80-82,30)	91	22,52 (17,70-28,20)	2,17 (1,57-3,01)	1,89 (1,38-2,60)

P - Teste qui-quadrado; RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; ajustado por faixa etária, sexo e escolaridade; *Análise sobre os ativos.

A Tabela 8 apresenta a distribuição da atividade física no ambiente de lazer de acordo com as características das condições de saúde e hábitos de vida dos idosos. Em todas as categorias de variáveis analisadas, há um maior número de insuficientemente ativos quando comparados com seus pares ativos. Além disso, os resultados da análise bivariada revelaram significância estatística, indicando um menor número de ativos entre aqueles que relataram quedas nos últimos 12 meses, entre aqueles que classificaram sua saúde como regular ou ruim/muito ruim e não ter preferência por bebida alcoólica.

Os resultados da análise de regressão multivariada sugerem que aqueles idosos autodeclarados hipertensos possuem uma associação positiva com a prevalência de ativos no lazer. Por outro lado, tanto uma piora da percepção da saúde quanto uma percepção da saúde inferior em comparação com 12 meses atrás estiveram associadas a uma menor prevalência de ativos no lazer. A prevalência de idosos ativos que declararam ser hipertensos foi 40% maior que aqueles ativos sem hipertensão. No caso da autoavaliação da saúde, a prevalência de idosos ativos entre aqueles que classificaram como ruim ou muito ruim foi 89% menor do que a de ativos com autoavaliação da saúde excelente ou muito boa. O mesmo comportamento foi observado entre aqueles que relataram que sua saúde em geral estava muito pior agora, com prevalência 88% menor em comparação com os ativos que consideraram sua saúde em geral muito melhor agora. (Tabela 8).

Tabela 8 - Descrição da atividade física no ambiente de lazer segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente de lazer				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Quedas					0,028		
Não	729	82,50 (79,13-85,43)	146	17,50 (14,57-20,87)		1	1

Sim	130	90,12 (82,68-94,58)	12	9,88 (5,42-17,32)	0,56 (0,33-0,97)	0,66 (0,39-1,10)
Hipertensão					0,193	
Não	398	85,73 (80,95-89,47)	66	14,27 (10,53-19,05)	1	1
Sim	462	81,99 (77,44-85,79)	91	18,01 (14,21-22,56)	1,26 (0,89-1,80)	1,40 (1,00-1,96)
Diabetes					0,564	
Não	646	84,23 (80,54-87,34)	119	15,77 (12,66-19,46)	1	1
Sim	201	82,36 (75,61-87,55)	37	17,64 (12,45-24,39)	1,12 (0,76-1,64)	1,15 (0,79-1,67)
Multimorbidade					0,172	
Não	293	86,26 (81,21-90,12)	45	13,74 (9,88-18,79)	1	1
Sim	568	82,31 (78,08-85,87)	113	17,69 (14,13-21,92)	1,29 (0,89-1,86)	1,30 (0,92-1,85)
Autoavaliação da saúde					<0,001	
Excelente/Muito boa	99	72,97 (63,72-80,57)	35	27,03 (19,43-36,28)	1	1
Boa	402	83,16 (77,70-87,50)	77	16,84 (12,50-22,30)	0,62 (0,41-0,95)	0,70 (0,46-1,07)
Regular	297	86,34 (81,84-89,87)	44	13,66 (10,13-18,16)	0,51 (0,33-0,78)	0,66 (0,42-1,03)
Ruim/muito ruim	62	97,70 (91,16-99,43)	2	2,30 (0,57-8,84)	0,09 (0,02-0,35)	0,11 (0,03-0,45)
Saúde em geral com relação ao ano anterior					0,082	
Muito melhor agora	60	78,19 (65,91-86,93)	19	21,81 (13,07-34,09)	1	1
Um pouco melhor agora	142	82,73 (76,12-87,80)	28	17,27 (12,20-23,88)	0,79 (0,44-1,43)	0,83 (0,46-1,49)
Quase na mesma	451	82,29 (77,60-86,18)	88	17,71 (13,82-22,40)	0,81 (0,48-1,37)	0,81 (0,48-1,36)
Um pouco pior agora	171	87,75 (80,53-92,53)	21	12,25 (7,47-19,47)	0,56 (0,27-1,16)	0,62 (0,30-1,28)
Muito pior agora	32	97,76 (85,20-99,70)	1	2,24 (0,30-14,80)	0,10 (0,01-0,79)	0,12 (0,01-0,92)
Preferência de bebida					0,027	
Não ingere álcool	666	85,75 (82,31-88,61)	109	14,25 (11,39-17,69)	1	1
Ingere álcool	190	77,66 (69,28-84,27)	48	22,34 (15,73-30,72)	1,57 (1,06-2,32)	1,33 (0,89-1,99)
Tabagismo					0,236	
Não	752	83,01 (79,07-86,33)	143	16,99 (13,67-20,93)	1	1
Sim	104	87,63 (80,69-92,32)	14	12,37 (7,68-19,31)	0,75 (0,44-1,28)	0,66 (0,40-1,08)
IMC**					0,342	
Baixo peso	176	85,43 (79,25-90,00)	29	14,57 (10,00-20,75)	1	1
Peso adequado	349	81,84 (76,62-86,11)	71	18,16 (13,89-23,38)	1,25 (0,84-1,84)	1,19 (0,91-1,56)
Sobrepeso	105	79,14 (70,61-85,70)	24	20,86 (14,30-29,39)	1,43 (0,90-2,27)	1,14 (0,76-1,71)
Obesidade	185	85,99 (79,41-90,71)	31	14,01 (9,29-20,59)	0,96 (0,56-1,66)	0,93 (0,64-1,36)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; **IMC – Índice de Massa Corporal; RP - Razão de Prevalência; ajustado por faixa etária, escolaridade e sexo; *Análise sobre os ativos.

5.2.3. Atividade física no domínio doméstico

A Tabela 9 apresenta a distribuição percentual da atividade física no ambiente doméstico, segundo variáveis de características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde entre os idosos. Os resultados indicam que há

um maior número de indivíduos insuficientemente ativos nas seguintes categorias: faixa etária de 80 anos ou mais, sexo masculino, com companheiro(a), nunca frequentaram a escola, cursaram o ensino superior ou pós-graduação, com ocupação ou estavam engajados em algum trabalho voluntário, quando comparados com seus respectivos pares ativos. É interessante notar que o sexo feminino apresentou um maior número de ativos em comparação ao seu par insuficientemente ativo. Além disso, os resultados da análise bivariada revelaram significância estatística para um menor número de indivíduos ativos entre aqueles que possuem faixa etária de 80 anos ou mais, sexo masculino, nunca frequentaram a escola e cursaram o ensino superior ou pós-graduação, e entre aqueles envolvidos em ocupação ou trabalho voluntário.

Os resultados da análise de regressão múltipla revelaram que as faixas etárias de 70-79 e 80 anos ou mais, bem como o sexo masculino, tiveram associação negativa, indicando uma menor prevalência de ativos. Por outro lado, ter frequentado até o ensino fundamental I e II foi associado positivamente, indicando uma maior prevalência de ativos. Em comparação com a faixa etária de 60-69 anos de idade, a prevalência de idosos ativos foi 19% menor na faixa etária de 70-79 anos e 66% menor na faixa etária de 80 anos ou mais. Entre os homens, a prevalência de ativos foi 56% menor em comparação com as mulheres ativas. Por outro lado, a prevalência de idosos ativos com até o 5º ano do ensino fundamental foi 32% maior, e para aqueles do 5º ao 9º ano do ensino fundamental, a prevalência foi 40% maior em comparação com os indivíduos que nunca frequentaram a escola. Tabela 9.

Tabela 9 - Descrição da atividade física no ambiente doméstico segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente doméstico				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Faixa etária					<0,001		
≤60-69 anos	247	46,79 (42,32-51,32)	323	53,21 (48,68-57,68)		1	1
70-79 anos	158	54,20 (48,03-60,25)	146	45,80 (39,75-51,97)		0,86 (0,74-1,00)	0,81 (0,71-0,92)
≥80 anos	97	73,26 (65,48-79,82)	44	26,74 (20,18-34,52)		0,50 (0,38-0,66)	0,44 (0,34-0,59)
Sexo					<0,001		
Feminino	229	38,96 (34,43-43,68)	399	61,04 (56,32-65,57)		1	1
Masculino	273	72,90 (67,31-77,85)	114	27,10 (22,15-32,69)		0,44 (0,36-0,54)	0,44 (0,36-0,54)
Cor da pele					0,341		

Branca	314	53,80 (48,91-58,61)	294	46,20 (41,39-51,09)	1	1
Não branca	181	50,05 (44,29-55,81)	218	49,95 (44,19-55,71)	1,08 (0,92-1,27)	1,05 (0,92-1,21)
Situação conjugal					0,095	
Com companheiro(a)	266	55,33 (50,65-59,91)	248	44,67 (40,09-49,35)	1	1
Sem companheiro(a)	233	49,55 (44,15-54,96)	264	50,45 (45,04-55,85)	1,13 (0,98-1,30)	0,92 (0,81-1,06)
Escolaridade					0,026	
Nunca frequentou	54	63,01 (51,89-72,91)	35	36,99 (27,09-48,11)	1	1
Cursou até o 5º ano do fundamental	207	48,63 (43,77-53,53)	250	51,37 (46,47-56,23)	1,39 (1,03-1,88)	1,32 (1,00-1,73)
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	69	46,22 (36,52-56,21)	83	53,78 (43,79-63,48)	1,45 (1,05-2,01)	1,40 (1,05-1,87)
Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	81	52,03 (43,69-60,25)	91	47,97 (39,75-56,31)	1,30 (0,93-1,82)	1,18 (0,87-1,59)
Cursou o ensino superior ou pós- graduação	86	62,17 (52,11-71,27)	53	37,83 (28,73-47,89)	1,02 (0,70-1,49)	0,98 (0,68-1,41)
Ocupação ou trabalho voluntário					0,003	
Não	348	49,51 (45,33-53,70)	394	50,49 (46,30-54,67)	1	1
Sim	153	60,29 (54,10-66,16)	118	39,71 (33,84-45,90)	0,79 (0,67-0,93)	0,89 (0,75-1,05)
Renda per capita familiar (salários- mínimos)					0,684	
≤0,5	173	53,91 (46,80-60,88)	176	46,09 (39,12-53,20)	1	1
0,5-1	103	55,67 (47,37-63,67)	97	44,33 (36,33-52,63)	0,86 (0,76-1,21)	1,03 (0,84-1,27)
1 a 2,5	136	49,62 (44,13-55,12)	153	50,38 (44,88-55,87)	1,09 (0,91-1,31)	1,11 (0,94-1,31)
≥2,5	90	52,41 (44,24-60,45)	87	47,59 (39,55-55,76)	1,03 (0,83-1,29)	1,07 (0,86-1,33)
Plano de saúde					0,593	
Não	289	51,67 (47,20-56,11)	299	48,33 (43,89-52,80)	1	1
Sim	211	53,71 (47,64-59,67)	213	46,3 (40,33-52,36)	0,96 (0,82-1,12)	0,97 (0,84-1,12)

P - Teste Qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; RP-Razão de Prevalência; ajustada por faixa etária, sexo e escolaridade; *Análise sobre os ativos.

A Tabela 10 apresenta a distribuição percentual da atividade física no ambiente doméstico segundo características das condições de saúde e hábitos de vida entre idosos. É possível observar um maior número de indivíduos insuficientemente ativos entre aqueles que não possui multimorbidade quando comparados com seus pares ativos. O resultado da análise bivariada indicou significância estatística para um menor número de ativos entre aqueles sem multimorbidade.

Os resultados da análise de regressão bivariada revelaram uma associação significativa e positiva entre os indivíduos com multimorbidade e uma maior prevalência de ativos. A prevalência de indivíduos ativos com multimorbidade foi 20% maior em comparação com aqueles ativos sem

multimorbidade. No entanto, após a realização da regressão múltipla, essa associação perdeu significância, conforme indicado na Tabela 10.

Tabela 10 - Descrição da atividade física no ambiente doméstico segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente doméstico				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Quedas					0,440		
Não	437	53,45 (49,30-57,56)	435	46,55 (42,44-50,70)		1	1
Sim	65	48,57 (37,62-59,66)	76	51,43 (40,34-62,38)		1,10 (0,86-1,41)	1,01 (0,82-1,26)
Hipertensão					0,809		
Não	232	53,15 (47,45-58,77)	230	46,85 (41,23-52,55)		1	1
Sim	269	52,31 (47,94-56,65)	282	47,69 (43,35-52,06)		1,02 (0,88-1,18)	0,98 (0,86-1,12)
Diabetes					0,197		
Não	372	51,28 (47,04-55,51)	400	48,72 (44,49-52,96)		1	1
Sim	126	56,78 (49,35-63,91)	111	43,22 (36,09-50,65)		0,89 (0,74-1,07)	0,88 (0,75-1,03)
Multimorbidade					0,041		
Não	187	58,35 (51,67-64,73)	150	41,65 (35,27-48,33)		1	1
Sim	315	49,99 (45,60-54,38)	363	50,01 (45,62-54,40)		1,20 (1,00-1,44)	1,02 (0,88-1,18)
Autoavaliação da saúde					0,735		
Excelente/Muito boa	61	50,68 (41,30-60,02)	71	49,32 (39,98-58,70)		1	1
Boa	247	54,21 (49,33-59,01)	231	45,79 (40,99-50,67)		0,93 (0,76-1,13)	0,98 (0,82-1,17)
Regular	166	51,98 (45,24-58,66)	175	48,02 (41,34-54,76)		0,97 (0,76-1,25)	0,91 (0,73-1,14)
Ruim/muito ruim	27	47,30 (35,00-59,94)	36	52,70 (40,06-65,00)		1,07 (0,79-1,45)	0,89 (0,68-1,16)
Saúde em geral com relação ao ano anterior					0,941		
Muito melhor agora	42	53,61 (40,51-66,24)	36	46,39 (33,76-59,49)		1	1
Um pouco melhor agora	81	50,53 (41,54-59,49)	88	49,47 (40,51-58,46)		1,07 (0,76-1,49)	1,05 (0,79-1,41)
Quase na mesma	266	53,59 (48,79-58,32)	272	46,41 (41,68-51,21)		1,00 (0,75-1,34)	1,04 (0,81-1,33)
Um pouco pior agora	95	52,58 (44,92-60,11)	96	47,42 (39,89-55,08)		1,02 (0,75-1,39)	1,06 (0,81-1,39)
Muito pior agora	15	47,43 (30,51-64,95)	18	52,57 (35,05-69,49)		1,13 (0,76-1,68)	1,00 (0,69-1,44)
Preferência de bebida					0,877		
Não ingere álcool	377	52,41 (47,92-56,85)	397	47,59 (43,15-52,08)		1	1
Ingere álcool	121	53,15 (45,24-60,91)	114	46,85 (39,09-54,76)		0,98 (0,80-1,20)	1,15 (0,96-1,39)
Tabagismo					0,588		
Não	442	53,23 (49,06-57,35)	450	46,77 (42,65-50,94)		1	1
Sim	59	50,23 (40,79-59,65)	57	49,77 (40,35-59,21)		0,92 (0,79-1,08)	1,05 (0,91-1,20)
IMC**					0,958		
Baixo peso	103	51,93 (44,03-59,73)	102	48,07 (40,27-55,97)		1	1
Peso adequado	212	53,51 (48,12-58,82)	205	46,49 (41,18-51,88)		0,97 (0,79-1,18)	0,96 (0,80-1,17)

Sobrepeso	65	53,68 (45,48-61,69)	64	46,32 (38,31-54,52)	0,96 (0,75-1,23)	0,91 (0,72-1,15)
Obesidade	99	51,60 (44,33-58,80)	116	48,40 (41,20-55,67)	1,01 (0,82-1,23)	0,90 (0,75-1,09)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; **IMC – Índice de Massa Corporal; RP - Razão de Prevalência; ajustado por faixa etária, escolaridade e sexo; *Análise sobre os ativos.

5.2.4. Atividade física no domínio ocupacional

A Tabela 11 apresenta a distribuição percentual da atividade física no ambiente ocupacional segundo variáveis de características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde entre idosos. Foi observado um maior número de indivíduos insuficientemente ativos entre os do sexo masculino, com cor de pele branca, estado conjugal com companheiro(a), possuir o ensino superior ou pós-graduação, renda per capita menor ou igual a 0,5 salários-mínimos e com plano de saúde quando comparados com seus pares ativos. Os resultados da análise bivariada indicam significância estatística para um menor número de ativos entre aqueles que cursaram o ensino superior ou pós-graduação.

Ao analisar os resultados da regressão múltipla, foi possível notar que a elevada escolaridade foi estatisticamente associada a uma menor prevalência de idosos ativos. A prevalência de idosos ativos entre aqueles que declararam ter cursado o ensino superior ou pós-graduação foi 64% menor quando comparado com aqueles que nunca frequentaram a escola. Tabela 11.

Tabela 11 - Descrição da atividade física no ambiente ocupacional segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente ocupacional				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Faixa etária					0,407		
≤60-69 anos	115	57,34 (49,58-64,75)	94	42,66 (35,25-50,42)		1	1
70-79 anos	29	62,48 (48,42-74,70)	19	37,52 (25,30-51,58)		0,88 (0,61-1,27)	0,83 (0,59-1,17)
≥80 anos	6	75,90 (40,61-93,55)	3	24,10 (6,45-59,39)		0,56 (0,18-1,73)	0,46 (0,17-1,27)
Sexo					0,520		
Feminino	61	56,16 (45,31-66,45)	52	43,84 (33,55-54,69)		1	1
Masculino	89	60,43 (51,02-69,13)	64	39,57 (30,87-48,98)		0,90 (0,66-1,24)	0,93 (0,68-1,28)
Cor da pele					0,362		
Branca	94	61,56 (52,49-69,88)	67	38,44 (30,12-47,51)		1	1
Não branca	55	53,98 (40,49-66,92)	47	46,02 (33,08-59,51)		1,20 (0,82-1,75)	0,96 (0,68-1,37)
Situação conjugal					0,764		
Com companheiro(a)	96	59,46 (50,45-67,88)	69	40,54 (32,12-49,55)		1	1
Sem companheiro(a)	52	57,32 (45,22-68,61)	46	42,68 (31,39-54,78)		1,05 (0,75-1,48)	1,05 (0,75-1,46)

Escolaridade						0,001	
Nunca frequentou	4	46,82 (16,54-79,64)	5	53,18 (20,36-83,46)		1	1
Cursou até o 5º ano do fundamental	40	44,54 (33,22-56,46)	47	55,46 (43,54-66,78)		1,04 (0,51-2,12)	0,92 (0,45-1,86)
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	25	58,54 (44,38-71,41)	21	41,46 (28,59-55,62)		0,78 (0,37-1,63)	0,67 (0,32-1,41)
Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	34	53,82 (40,52-66,60)	27	46,18 (33,40-59,48)		0,87 (0,42-1,81)	0,76 (0,36-1,58)
Cursou o ensino superior ou pós-graduação	45	77,60 (65,75-86,21)	15	22,40 (13,79-34,25)		0,42 (0,19-0,94)	0,36 (0,16-0,85)
Renda per capita familiar (salários-mínimos)						0,210	
≤0,5	47	69,99 (53,91-82,30)	28	30,01 (17,70-46,49)		1	1
0,5-1	22	53,57 (35,60-70,66)	17	46,43 (29,34-64,40)		1,55 (0,82-2,90)	1,30 (0,73-2,33)
1 a 2,5	47	53,89 (42,56-64,83)	43	46,11 (35,17-57,44)		1,54 (0,93-2,55)	1,38 (0,85-2,23)
≥2,5	34	54,13 (41,75-66,01)	28	45,87 (33,99-58,25)		1,53 (0,85-2,75)	1,65 (0,93-2,93)
Plano de saúde						0,052	
Não	76	51,35 (41,60-61,00)	73	48,65 (39,00-58,40)		1	1
Sim	73	65,94 (55,08-75,34)	43	34,06 (24,66-44,92)		0,70 (0,48-1,01)	0,81 (0,57-1,15)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; RP - Razão de Prevalência; ajustada por faixa etária, sexo e escolaridade; *Análise sobre os ativos.

Na Tabela 12 é apresentada a distribuição percentual da atividade física no ambiente ocupacional segundo características das condições de saúde e hábitos de vida entre idosos. Os resultados revelam um maior número de indivíduos insuficientemente ativos entre aqueles que declararam queda, ser hipertensos e diabéticos, com multimorbidade, que avaliaram sua saúde como boa, percebem que sua saúde em geral é quase a mesma que há 12 meses atrás, não terem preferência por ingerir álcool e com peso adequado, quando comparado com seus pares ativos. Adicionalmente, os resultados da análise bivariada indicam que houve significância estatística para o maior número de ativos entre os idosos que não relataram queda nos últimos 12 meses.

Os resultados da análise de regressão múltipla revelaram associação negativa entre aqueles idosos que classificaram sua saúde como boa. A prevalência de idosos ativos com a autoavaliação da saúde boa foi 34% menor que aqueles ativos com autoavaliação da saúde excelente ou muito bom. Tabela 12.

Tabela 12 - Descrição da atividade física ocupacional segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente ocupacional		P	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos	Ativos			

	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)		
Quedas					0,041	
Não	130	57,19 (49,57-64,49)	107	42,81 (35,51-50,43)	1	1
Sim	20	74,42 (57,54-86,19)	9	25,58 (13,81-42,46)	0,60 (0,34-1,05)	0,59 (0,34-1,04)
Hipertensão					0,568	
Não	71	56,44 (44,98-67,24)	62	43,56 (32,76-55,02)	1	1
Sim	78	60,68 (50,94-69,64)	54	39,32 (30,36-49,06)	0,90 (0,63-1,28)	0,94 (0,67-1,31)
Diabetes					0,213	
Não	115	57,57 (49,24-65,49)	96	42,43 (34,51-50,76)	1	1
Sim	35	67,99 (51,95-80,67)	18	32,01 (19,33-48,05)	0,75 (0,47-1,21)	0,78 (0,50-1,22)
Multimorbidade					0,819	
Não	58	57,73 (45,71-68,91)	44	42,27 (31,09-54,29)	1	1
Sim	92	59,38 (50,29-67,87)	72	40,62 (32,13-49,71)	0,96 (0,68-1,35)	1,01 (0,72-1,40)
Autoavaliação da saúde					0,057	
Excelente/Muito boa	20	47,62 (30,62-65,20)	25	52,38 (34,80-69,38)	1	1
Boa	84	65,89 (56,24-74,37)	50	34,11 (25,63-43,76)	0,65 (0,43-0,99)	0,66 (0,45-0,97)
Regular	40	48,90 (36,72-61,22)	39	51,11 (38,78-63,28)	0,98 (0,64-1,48)	0,90 (0,60-1,35)
Ruim/muito ruim	6	80,91 (37,27-96,80)	2	19,09 (3,20-62,73)	0,36 (0,07-1,84)	0,35 (0,07-1,85)
Saúde em geral com relação ao ano anterior					0,328	
Muito melhor agora	10	47,84 (28,24-68,14)	12	52,16 (31,86-71,76)	1	1
Um pouco melhor agora	20	63,97 (46,96-78,06)	14	36,03 (21,94-53,04)	0,69 (0,40-1,18)	0,78 (0,47-1,29)
Quase na mesma	93	62,93 (54,11-70,97)	60	37,07 (29,03-45,89)	0,71 (0,47-1,07)	0,75 (0,51-1,09)
Um pouco pior agora	24	47,48 (32,00-63,45)	28	52,52 (36,55-68,00)	1,01 (0,63-1,62)	1,00 (0,63-1,59)
Muito pior agora	3	56,96 (15,60-90,46)	2	43,04 (9,54-84,40)	0,83 (0,25-2,70)	0,88 (0,25-3,12)
Preferência de bebida					0,718	
Não ingere álcool	106	59,67 (50,42-68,28)	85	40,33 (31,72-49,58)	1	1
Ingere álcool	44	56,68 (43,21-69,23)	31	43,32 (30,77-56,79)	1,07 (0,73-1,58)	1,19 (0,79-1,81)
Tabagismo					0,543	
Não	126	58,02 (49,81-65,80)	101	41,98 (34,20-50,19)	1	1
Sim	23	63,51 (46,77-77,51)	14	36,49 (22,49-53,23)	0,82 (0,49-1,37)	0,77 (0,45-1,30)
IMC**					0,651	
Baixo peso	26	51,01 (36,33-65,53)	25	48,99 (34,47-63,67)	1	1
Peso adequado	67	61,82 (50,29-72,17)	48	38,18 (27,83-49,71)	0,78 (0,52-1,18)	0,78 (0,52-1,16)
Sobrepeso	22	62,47 (41,70-79,49)	11	37,53 (20,51-58,30)	0,77 (0,40-1,46)	0,74 (0,38-1,45)
Obesidade	34	58,68 (45,61-70,63)	30	41,32 (29,37-54,39)	0,84 (0,55-1,30)	0,81 (0,53-1,27)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; **IMC – Índice de Massa Corporal; RP - Razão de Prevalência; ajustado por faixa etária, escolaridade e sexo; *Análise sobre os ativos.

5.2.5. Atividade física no domínio de deslocamento.

Os resultados da distribuição da atividade física no ambiente de deslocamento, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e plano de

saúde, como apresentados na Tabela 13, revelam que há um maior número de idosos insuficientemente ativos em todas as categorias analisadas em comparação com seus pares considerados ativos. Além disso, os resultados da análise bivariada indicam que houve significância estatística para um menor número de idosos ativos nas faixas etárias de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, bem como no sexo feminino.

Os resultados da análise de regressão múltipla indicaram que a faixa etária de 80 anos ou mais foi associada negativamente à prevalência de idosos ativos. Por outro lado, o sexo masculino mostrou uma associação positiva com a prevalência de ativos. A prevalência de idosos ativos entre aqueles que possuem 80 anos ou mais de idade foi 60% menor em comparação aos idosos ativos na faixa etária de 60 a 69 anos. Quanto aos idosos do sexo masculino e ativos, a prevalência foi 49% maior em comparação ao sexo feminino e ativas. Tabela 13.

Tabela 13 - Descrição da atividade física no ambiente de deslocamento segundo características socioeconômicas, demográficas e plano de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente de deslocamento				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Faixa etária					0,006		
≤60-69 anos	470	81,99 (77,51-85,73)	102	18,01 (14,27-22,49)		1	1
70-79 anos	265	86,01 (80,97-89,88)	40	13,99 (10,12-19,03)	0,78 (0,53-1,13)		0,81 (0,55-1,19)
≥80 anos	130	93,28 (87,13-96,61)	10	6,72 (3,39-12,87)	0,37 (0,20-0,70)		0,40 (0,21-0,76)
Sexo					0,006		
Feminino	558	87,62 (83,66-90,73)	72	12,38 (9,27-16,34)		1	1
Masculino	307	80,48 (75,65-84,56)	80	19,52 (15,44-24,35)	1,58 (1,14-2,18)		1,49 (1,08-2,07)
Cor da pele					0,781		
Branca	525	85,01 (80,91-88,36)	86	14,99 (11,64-19,09)		1	1
Não branca	333	84,25 (79,26-88,21)	65	15,75 (11,79-20,74)	1,05 (0,74-1,50)		1,02 (0,69-1,50)
Situação conjugal					0,719		
Com companheiro(a)	440	85,19 (80,87-88,67)	75	14,81 (11,33-19,13)		1	1
Sem companheiro(a)	422	84,34 (80,25-87,70)	76	15,66 (12,30-19,75)	1,06 (0,78-1,44)		1,45 (0,99-2,13)
Escolaridade					0,428		
Nunca frequentou	81	91,91 (84,46-95,96)	9	8,09 (4,04-15,54)		1	1
Cursou até o 5º ano do fundamental	393	85,95 (81,98-89,16)	64	14,05 (10,84-18,02)	1,74 (0,87-3,46)		1,60 (0,82-3,12)
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	129	83,55 (76,32-88,90)	24	16,45 (11,1-23,68)	2,03 (0,93-4,46)		1,74 (0,79-3,84)

Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	145	81,93 (71,72-89,02)	27	18,07 (10,98-28,28)	2,23 (0,98-5,10)	1,78 (0,79-4,04)
Cursou o ensino superior ou pós-graduação	112	83,23 (75,27-89,00)	27	16,77 (11,00-24,73)	2,07 (0,94-4,59)	1,63 (0,73-3,63)
Ocupação ou trabalho voluntário					0,062	
Não	641	86,41 (83,31-89,01)	103	13,59 (10,99-16,69)	1	1
Sim	222	80,68 (73,37-86,36)	49	19,32 (13,64-26,63)	1,42 (0,99-2,04)	1,05 (0,68-1,64)
Renda per capita familiar (salários-mínimos)					0,203	
≤0,5	293	83,08 (77,03-87,79)	55	16,92 (12,21-22,97)	1	1
0,5-1	172	87,37 (80,83-91,90)	28	12,63 (8,10-19,17)	0,75 (0,44-1,26)	0,73 (0,43-1,24)
1 a 2,5	252	87,91 (83,24-91,42)	37	12,09 (8,58-16,76)	0,71 (0,46-1,12)	0,73 (0,69-1,14)
≥2,5	148	80,97 (72,98-87,01)	32	19,03 (12,99-27,02)	1,13 (0,70-1,81)	1,13 (0,69-1,85)
Plano de saúde					0,759	
Não	500	85,29 (80,77-88,90)	89	14,71 (11,10-19,23)	1	1
Sim	363	84,49 (80,42-87,84)	62	15,51 (12,16-19,58)	1,05 (0,75-1,49)	1,08 (0,75-1,56)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; RP - Razão de Prevalência; ajustada por faixa etária, sexo e escolaridade; *Análise sobre os ativos.

A distribuição da atividade física no ambiente de deslocamento, de acordo com as características de condições de saúde e hábitos de vida, é apresentada na Tabela 14. Em todas as categorias analisadas, observa-se um maior número de indivíduos insuficientemente ativos em comparação com seus pares considerados ativos. Além disso, os resultados da análise bivariada revelaram significância estatística em relação a um maior número de idosos ativos entre aqueles que avaliaram sua saúde como excelente ou muito boa. Por outro lado, entre os tabagistas e aqueles com sobrepeso e obesidade observou-se um menor número de indivíduos ativos.

Os resultados da análise de regressão múltipla entre os idosos ativos na atividade física no ambiente de deslocamento, indicam que aqueles que avaliaram sua saúde como boa ou regular estiveram associados negativamente a uma menor prevalência de ativos, bem como, entre aqueles classificados como obesos. A prevalência de idosos ativos com autoavaliação da saúde boa foi 44% menor, e o mesmo padrão de comportamento foi observado entre aqueles que relataram autoavaliação da saúde regular, 48% menor, quando comparados com aqueles que autoavaliaram sua saúde como excelente. Já para as características relacionadas aos hábitos de vida, nota-se que a prevalência de idosos ativos que foram classificados como obesos foi 46% menor em

comparação aos idosos ativos classificados como tendo um baixo peso. Tabela 14.

Tabela 14 - Descrição da atividade física no ambiente de deslocamento segundo condições de saúde e hábitos de vida. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Atividade física no ambiente de deslocamento				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)
	Insuficientemente ativos		Ativos				
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)			
Quedas					0,977		
Não	742	84,73 (81,62-87,40)	132	15,27 (12,60-18,38)		1	1
Sim	121	84,62 (74,94-91,01)	20	15,38 (8,99-25,06)		1,01 (0,62-1,64)	1,29 (0,79-2,11)
Hipertensão					0,985		
Não	388	84,68 (80,72-87,95)	74	15,32 (12,05-19,28)		1	1
Sim	475	84,73 (79,82-88,63)	78	15,27 (11,37-20,18)		1,00 (0,70-1,42)	1,11 (0,77-1,58)
Diabetes					0,364		
Não	649	83,91 (80,21-87,03)	124	16,09 (12,97-19,79)		1	1
Sim	210	87,09 (80,11-91,87)	28	12,91 (8,13-19,89)		0,80 (0,49-1,30)	0,81 (0,50-1,32)
Multimorbidade					0,892		
Não	281	84,47 (79,90-88,16)	57	15,53 (11,84-20,10)		1	1
Sim	584	84,87 (80,41-88,46)	95	15,13 (11,54-19,59)		0,97 (0,67-1,42)	1,09 (0,75-1,58)
Autoavaliação da saúde					0,002		
Excelente/Muito boa	98	73,43 (63,42-81,49)	36	26,57 (18,51-36,58)		1	1
Boa	411	86,44 (82,71-89,47)	67	13,56 (10,53-17,29)		0,51 (0,34-0,76)	0,56 (0,38-0,82)
Regular	300	87,50 (82,99-90,95)	40	12,50 (9,05-17,01)		0,47 (0,30-0,75)	0,52 (0,34-0,80)
Ruim/muito ruim	55	82,26 (68,41-90,84)	9	17,74 (9,16-31,59)		0,67 (0,33-1,35)	0,80 (0,39-1,63)
Saúde em geral com relação ao ano anterior					0,769		
Muito melhor agora	64	81,88 (67,26-90,85)	15	18,12 (9,15-32,74)		1	1
Um pouco melhor agora	142	82,90 (76,50-87,83)	28	17,10 (12,17-23,50)		0,94 (0,46-1,93)	1,00 (0,49-2,04)
Quase na mesma	458	86,06 (82,38-89,08)	79	13,94 (10,92-17,62)		0,77 (0,40-1,46)	0,76 (0,40-1,44)
Um pouco pior agora	168	83,85 (76,83-89,05)	24	16,15 (10,95-23,17)		0,89 (0,43-1,86)	0,91 (0,43-1,90)
Muito pior agora	27	81,56 (60,73-92,68)	6	18,44 (7,32-39,27)		1,02 (0,33-3,09)	1,19 (0,40-3,54)
Preferência de bebida					0,090		
Não ingere álcool	667	86,14 (82,32-89,25)	106	13,86 (10,75-17,68)		1	1
Ingere álcool	194	81,16 (75,38-85,84)	44	18,84 (14,16-24,62)		1,36 (0,95-1,94)	1,21 (0,83-1,76)
Tabagismo					0,029		
Não	769	86,03 (83,14-88,50)	124	13,97 (11,50-16,86)		1	1
Sim	93	76,54 (64,31-85,53)	23	23,46 (14,47-35,69)		1,61 (1,04-2,47)	1,35 (0,86-2,12)
IMC**					0,044		
Baixo peso	168	81,51 (73,68-87,41)	36	18,49 (12,59-26,32)		1	1
Peso adequado	341	81,73 (77,10-85,60)	79	18,27 (14,40-22,90)		0,99 (0,69-1,41)	0,92 (0,65-1,28)
Sobrepeso	118	90,53 (82,44-95,12)	11	9,47 (4,89-17,56)		0,51 (0,23-1,12)	0,49 (0,23-1,03)

Obesidade 193 89,22 (83,21-93,26) 22 10,78 (6,74-16,79) 0,58 (0,32-1,08) **0,54 (0,30-0,98)**

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; **IMC – Índice de Massa Corporal; RP - Razão de Prevalência; ajustado por faixa etária, escolaridade e sexo; *Análise sobre os ativos.

5.3. Uso dos serviços de saúde e domínios da atividade física.

Na tabela 15, é apresentada a distribuição percentual do tipo de serviços de saúde segundo características sociodemográficas. Observa-se que, dos 1015 idosos que relataram procurar por serviços de saúde em geral alguma vez na vida, há um maior número de idosos que utilizaram os serviços de acompanhamento em todas as categorias analisadas. Além disso, os resultados da análise bivariada não revelaram diferenças estatisticamente significativa na distribuição do número de idosos pelo tipo de serviço de saúde segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas.

Tabela 15 - Distribuição do tipo de serviços de saúde segundo características sociodemográficas. ISA-Capital, 2015.

Variáveis e Categorias	Total n	Tipo de Serviço				p
		Emergência		Acompanhamento		
		n	% IC95%	n	% IC95%	
Faixa Etária						0,295
≤60-69 anos	573	105	17,46 (13,76-21,90)	459	82,54 (78,10-86,24)	
70-79 anos	304	46	13,02 (9,27-17,99)	255	86,98 (82,01-90,73)	
≥80 anos	138	24	14,33 (9,07-21,92)	112	85,67 (78,08-90,94)	
Sexo						0,669
Feminino	630	109	15,34 (12,53-18,65)	514	84,66 (81,35-87,47)	
Masculino	385	66	16,35 (12,38-21,29)	312	83,65 (78,71-87,62)	
Raça/cor de pele						0,217
Branca	608	97	14,51 (11,41-18,28)	506	85,49 (81,72-88,59)	
Não Branca	399	75	17,56 (13,86-21,99)	315	82,44 (78,01-86,14)	
Escolaridade						0,293
Nunca frequentou	90	20	21,78 (14,24-31,85)	69	78,22 (68,15-85,76)	
Cursou até o 5º ano do fundamental	455	76	15,12 (11,49-19,66)	372	84,88 (80,34-88,51)	
Cursou do 5º ao 9º ano do fundamental	153	29	17,73 (12,23-24,99)	122	82,27 (75,01-87,77)	
Cursou do 1º ao 3º ano do ensino médio ou técnico	172	31	18,17 (12,42-25,80)	138	81,83 (74,20-87,58)	
Cursou o ensino superior ou pós-graduação	139	18	11,23 (6,36-19,06)	120	88,77 (80,94-93,64)	
Estado Civil						0,599
Com companheiro(a)	513	85	15,14 (11,67-19,42)	422	84,86 (80,58-88,33)	
Sem companheiro(a)	498	89	16,38 (13,22-20,13)	401	83,62 (79,87-86,78)	
Ocupação ou trabalho voluntário						0,772
Não	741	131	15,47 (12,64-18,79)	598	84,53 (81,21-87,36)	

Sim	272	43	16,23 (11,90-21,75)	227	83,77 (78,25-88,10)
-----	-----	----	---------------------	-----	---------------------

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança
 Serviços gerais: raça/cor 8 missing; escolaridade 6 missing; estado civil 4 missing; ocupação 2 missing;
 Emergência: raça/cor 3 missing; escolaridade 1 missing; estado civil 1 missing; ocupação 1 missing
 Acompanhamento: raça/cor 5 missing; escolaridade 5 missing; estado civil 3 missing

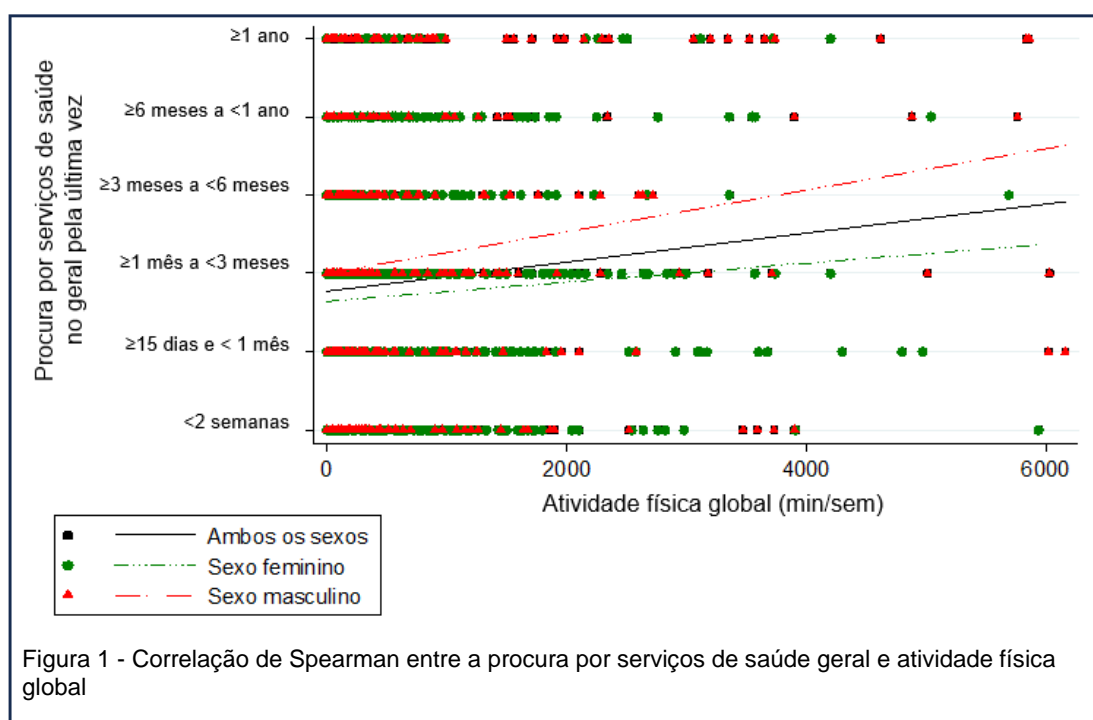
Na Tabela 16, são apresentados os tipos de serviços de saúde de acordo com plano de saúde, frequência de doenças crônicas e os domínios da atividade física. É possível observar um maior número de idosos que utilizaram os serviços de acompanhamento em todas as categorias analisadas. Além disso, os resultados da análise bivariada indicam um maior número de idosos que buscaram os serviços de acompanhamento entre aqueles com plano de saúde e com 0 a 149 minutos de atividade física no ambiente de deslocamento.

Tabela 16 - Distribuição do tipo de serviços de saúde segundo plano de saúde, frequência de doenças crônicas e atividade física. ISA-Capital, 2015.

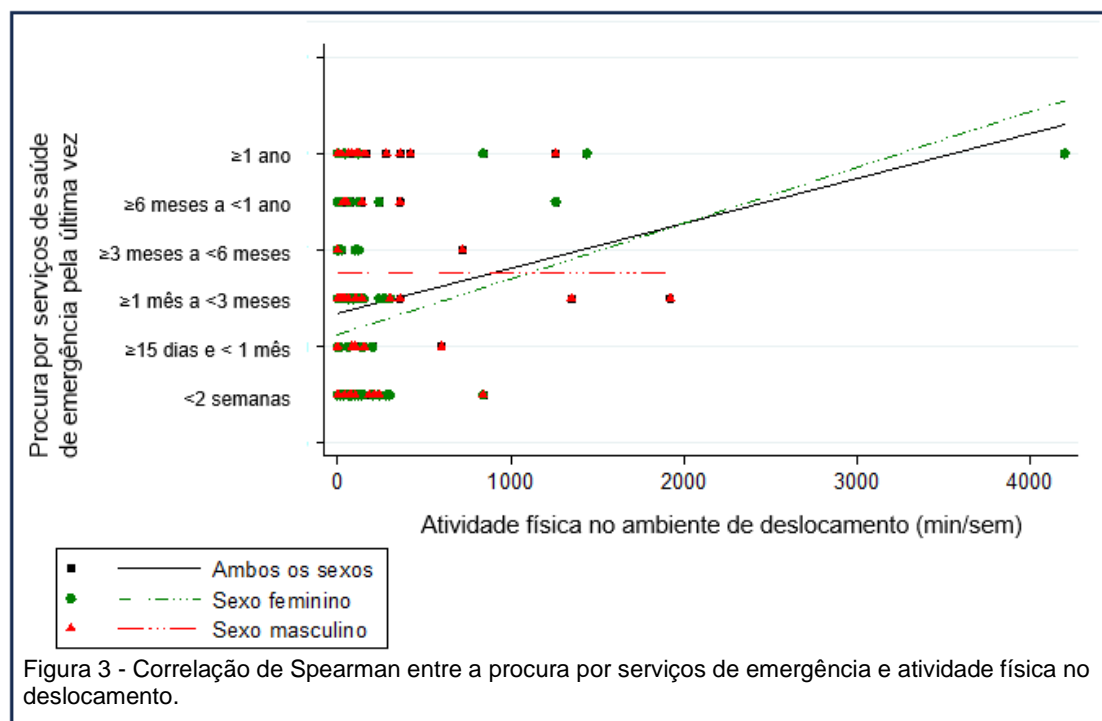
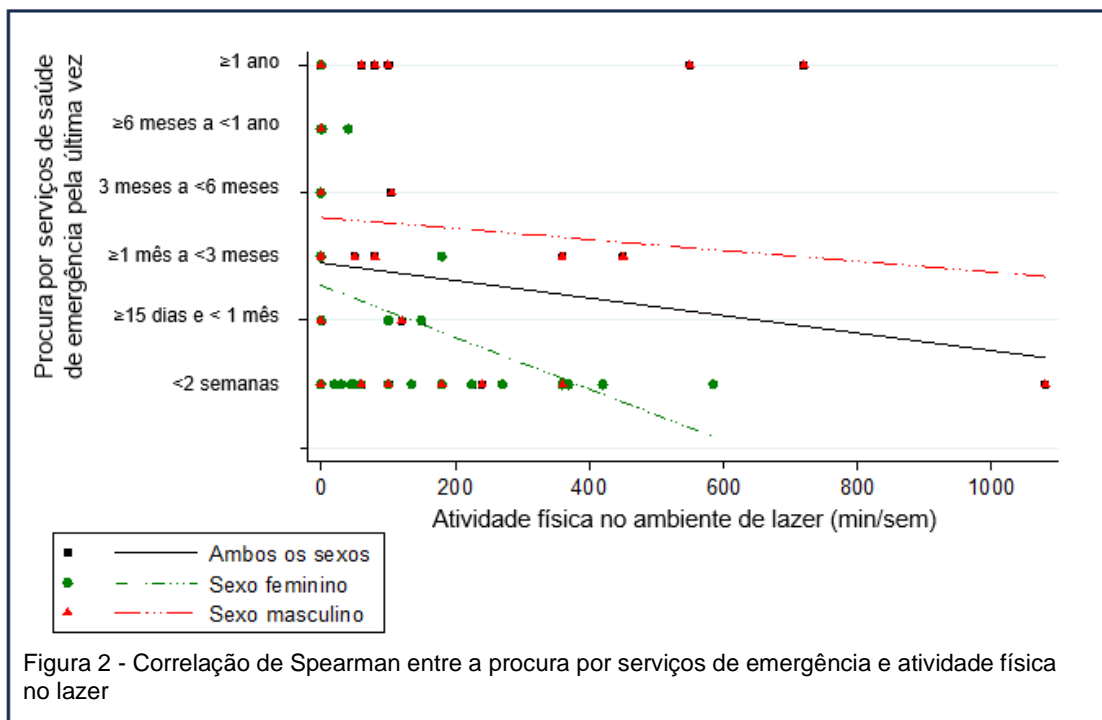
Variáveis e Categorias	Total n	Tipo de Serviço				p
		Emergência		Acompanhamento		
		n	% IC95%	n	% IC95%	
Plano de Saúde						0,041
Não	581	119	18,55 (14,84-22,94)	460	81,45 (77,06-85,16)	
Sim	423	55	12,78 (9,45-17,06)	364	87,22 (82,94-90,55)	
Doenças Crônicas						0,794
Ausência de doença crônica	150	30	16,74 (11,05-24,55)	118	83,26 (75,45-88,95)	
1-2	377	58	14,41 (10,17-20,02)	313	85,59 (79,98-89,83)	
3-4	296	55	17,20 (13,08-22,29)	239	82,80 (77,71-86,92)	
5 ou mais	192	32	15,39 (11,19-20,79)	156	84,61 (79,21-88,81)	
Atividade física global						0,419
0-149 minutos	304	49	14,28 (10,35-19,39)	250	85,72 (80,61-89,65)	
≥150 minutos	696	124	16,42 (13,42-19,95)	563	83,58 (80,05-86,58)	
Atividade física no lazer						0,124
0-149 minutos	852	155	16,61 (13,78-19,88)	691	83,39 (80,12-86,22)	
≥150 minutos	155	20	11,37 (6,87-18,25)	135	88,63 (81,75-93,13)	
Atividade física doméstica						0,381
0-149 minutos	496	79	14,75 (11,41-18,85)	414	85,25 (81,15-88,59)	
≥150 minutos	507	95	16,82 (13,50-20,77)	409	83,18 (79,23-86,50)	
Atividade física ocupacional						0,165
0-149 minutos	150	22	13,59 (8,62-20,77)	126	86,41 (79,23-91,38)	
≥150 minutos	116	21	21,11 (13,49-31,47)	93	78,89 (68,53-86,51)	
Atividade física no deslocamento						0,012
0-149 minutos	855	139	14,60 (11,93-17,74)	710	85,40 (82,26-88,07)	
≥150 minutos	150	36	22,24 (16,42-29,41)	114	77,76 (70,59-83,58)	

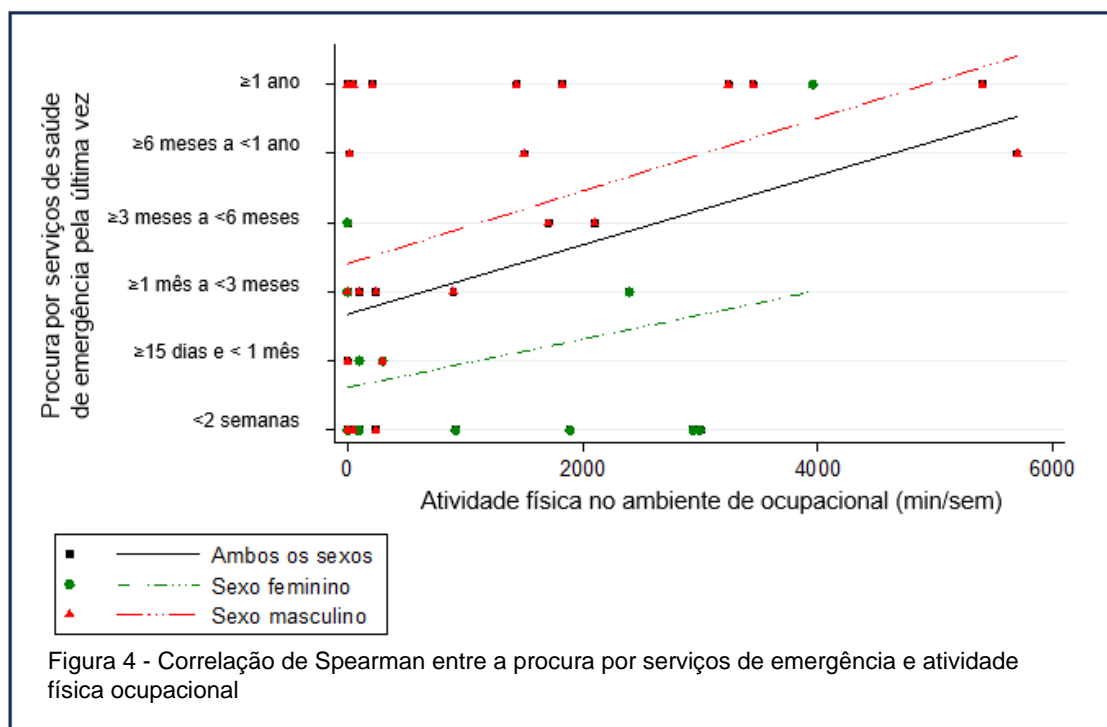
P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança;
 Serviços gerais: plano de saúde -11 missing; Atividade física no lazer - 8 missing; Atividade física doméstica - 12 missing; Atividade física no deslocamento - 10 missing; Atividade física no ambiente ocupacional - 4 missing; Atividade física global - 15 missing.
 Emergência: Plano de saúde - 1 missing; Atividade física no ambiente doméstico - 1 missing; Atividade física global - 2 missing; Atividade física ocupacional - 1 missing.
 Acompanhamento: Plano de saúde - 2 missing; Atividade física no ambiente doméstica 3 missing; Atividade física no ambiente de deslocamento 2 missing; atividade física ocupacional - 8 missing; Atividade física global 13 missing.

A Tabela 17 apresenta os resultados da correlação entre os tipos de utilização dos serviços de saúde de acordo com os domínios da atividade física. É possível observar uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a procura por serviços de saúde no geral pela última vez com atividade física global para amostra total ($r=0,090$; $p=0,004$) e entre o sexo masculino ($r=0,171$; $p=<0,001$), conforme ilustrado na Figura 1.



Com relação à última procura por serviços de emergência, foi observada, entre o sexo feminino, uma correlação negativa e estatisticamente significativa com atividade física no ambiente de lazer ($r=-0,268$; $p=0,005$), conforme apresentado na Figura 2. Na amostra total, identificou-se uma correlação positiva entre a procura por serviços de saúde de emergência e a atividade física no ambiente de deslocamento ($r=0,158$; $p=0,037$), como mostrado na Figura 3. Entre os homens, foi observada uma correlação positiva entre a procura por serviços de saúde de emergência e a atividade física no ambiente ocupacional ($r=0,404$; $p=0,037$), conforme ilustrado na Figura 4. Tabela 17.





Foi identificada uma correlação positiva entre a procura por serviços de saúde de acompanhamento e a atividade física global ($r=0,085$; $p=0,015$). Ao estratificar a amostra por sexo, observou-se que os homens também apresentaram uma correlação positiva entre a procura por serviços de saúde de acompanhamento e atividade física global ($r=0,160$; $p=0,005$), conforme ilustrado na Figura 5. Tabela 17.

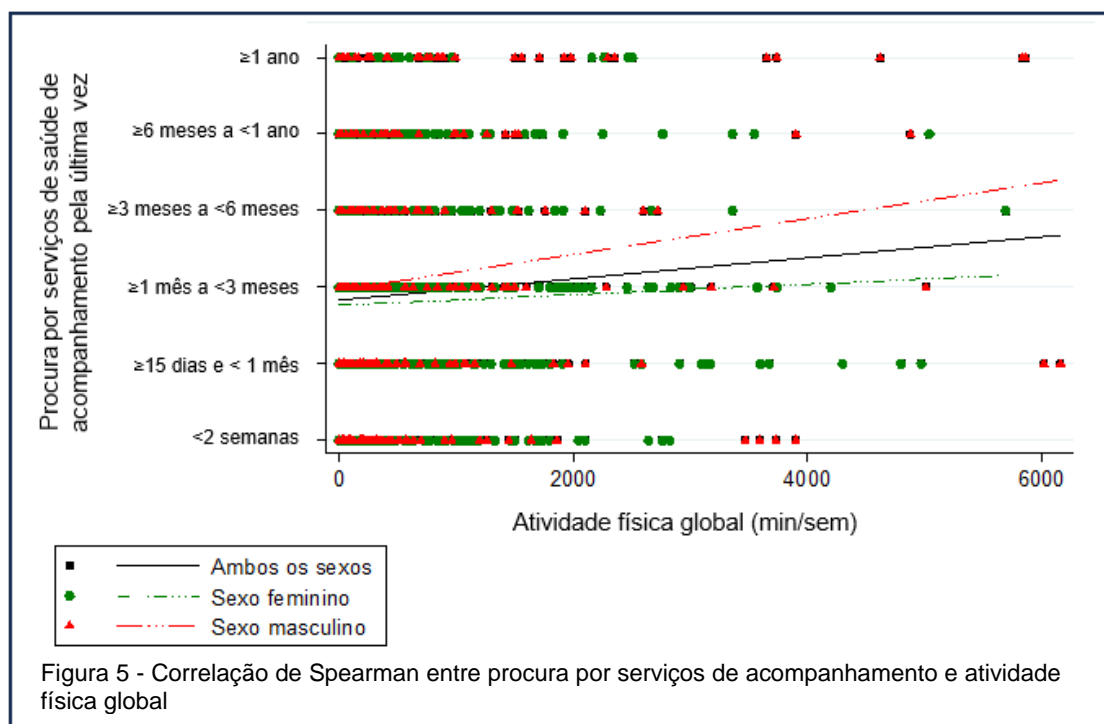


Tabela 17 - Correlação entre procura por serviços de saúde pela última vez e domínios da atividade física para amostra total e estratificada por sexo. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino	
	r	p	r	p	r	p
Serviços de saúde em geral						
PSS x AF Global	0,090	0,004	0,063	0,115	0,171	<0,001
PSS x AF de Lazer	-0,038	0,222	-0,078	0,051	0,011	0,832
PSS x AF Doméstica	0,017	0,598	0,057	0,157	0,090	0,080
PSS x AF Ocupacional	0,080	0,195	-0,003	0,975	0,133	0,101
PSS x AF de Deslocamento	0,052	0,099	0,023	0,558	0,062	0,227
Serviços de emergência						
PSS x AF Global	0,138	0,071	0,134	0,168	0,196	0,115
PSS x AF de Lazer	-0,146	0,054	-0,268	0,005	-0,077	0,537
PSS x AF Doméstica	0,006	0,942	0,161	0,096	0,090	0,471
PSS x AF Ocupacional	0,275	0,074	0,095	0,728	0,404	0,037
PSS x AF de Deslocamento	0,158	0,037	0,177	0,066	-0,029	0,817
Serviços de rotina/acompanhamento						
PSS x AF Global	0,085	0,015	0,054	0,228	0,160	0,005
PSS x AF de Lazer	-0,007	0,832	-0,047	0,286	0,048	0,395
PSS x AF Doméstica	0,024	0,499	0,038	0,391	0,075	0,187
PSS x AF Ocupacional	0,026	0,708	0,044	0,676	0,018	0,839
PSS x AF de Deslocamento	0,033	0,342	-0,000	0,993	0,068	0,231

PSS – Procura por Serviços de Saúde; AF – Atividade Física

Na Tabela 18, é apresentada a distribuição percentual da internação ou hospitalização, segundo os domínios de atividade física. Dentre os resultados, destaca-se um maior número de idosos que declararam que não foram internados ou hospitalizados nos últimos 12 meses em todas as categorias de domínios da atividade física. Além disso, os resultados da análise bivariada indicam uma significância estatística para um maior número de idosos que referiram ter sido hospitalizados ou internados nos últimos 12 meses entre aqueles classificados como inativos na atividade física global.

Os resultados da análise de regressão múltipla revelaram que aqueles idosos classificados como insuficientemente ativos e ativos no global foi associado negativamente à prevalência de hospitalização ou internação nos últimos 12 meses. Comparados aos idosos inativos na atividade física global e que relataram internação ou hospitalização nos últimos 12 meses, os idosos classificados como insuficientemente ativos apresentaram uma prevalência de internação ou hospitalização 68% menor. Esse padrão de comportamento semelhante foi observado entre os idosos ativos que obtiveram uma prevalência de 48% menor de internação ou hospitalização. Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição da hospitalização ou internação segundo domínios da atividade física. ISA-Capital, São Paulo, 2015.

Variáveis e Categorias	Total		Internação ou hospitalização				p	*RP Bruta (IC95%)	*RP Ajustada (IC95%)	
			Não		Sim					
	n	n	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)				
Atividade física no global							<0,001			
Inativo	162	132	82,89	(75,57-88,35)	30	17,11	(11,65-24,43)	1	1	
Insuficientemente ativo	144	134	94,35	(89,76-96,96)	10	5,65	(3,04-10,24)	0,33	(0,17-0,66)	0,32 (0,15-0,70)
Ativo	698	641	91,94	(89,34-93,94)	57	8,06	(6,06-10,66)	0,47	(0,29-0,75)	0,52 (0,30-0,91)
Atividade física de lazer							0,378			
Inativo	728	652	89,91	(87,26-92,05)	76	10,09	(7,95-12,74)	1	1	
Insuficientemente ativo	133	124	93,23	(86,44-96,75)	9	6,77	(3,25-13,56)	0,67	(0,31-1,46)	0,61 (0,29-1,28)
Ativo	158	146	92,89	(87,01-96,23)	12	7,11	(3,77-12,99)	0,70	(0,37-1,35)	0,64 (0,32-1,29)
Atividade física doméstica							0,490			
Inativo	334	294	89,41	(85,74-92,22)	40	10,59	(7,78-14,26)	1	1	
Insuficientemente ativo	168	154	91,80	(86,66-95,07)	14	8,20	(4,93-13,34)	0,77	(0,44-1,38)	0,82 (0,43-1,59)
Ativo	513	470	91,65	(88,43-94,03)	43	8,35	(8,97-11,57)	0,79	(0,51-1,22)	0,91 (0,59-1,40)

Atividade física ocupacional						0,550		
Inativo	109	97	90,25 (82,21-94,88)	12	9,75 (5,12-17,79)		1	1
Insuficientemente ativo	39	35	93,85 (83,98-97,80)	4	6,15 (2,20-16,02)	0,63 (0,19-2,08)		0,58 (0,15-2,16)
Ativo	116	109	93,67 (87,19-96,98)	7	6,33 (3,02-12,81)	0,65 (0,24-1,78)		0,74 (0,24-2,26)
Atividade física no deslocamento						0,441		
Inativo	512	461	91,04 (88,27-93,21)	51	8,96 (6,79-11,73)		1	1
Insuficientemente ativo	353	317	89,54 (85,20-92,72)	36	10,46 (7,28-14,80)	1,17 (0,74-1,85)		1,35 (0,81-2,23)
Ativo	152	142	93,19 (88,05-96,21)	10	6,81 (3,79-11,95)	0,76 (0,41-1,42)		0,87 (0,42-1,80)

P - Teste qui-quadrado de Pearson; IC95% - Intervalo de 95% de confiança; ajustado pelas variáveis de controle; *Análise sobre os que relataram internação ou hospitalização nos últimos 12 meses.

6. DISCUSSÃO

Até meados da década de 90, as pesquisas estavam predominantemente focadas na prática de atividade física no domínio de lazer, atribuindo os benefícios dessa atividade às práticas mais vigorosas, como os esportes e o condicionamento físico¹²⁷. Entretanto, a partir desse período, impulsionado principalmente pelo aumento da prevalência de comportamentos não saudáveis na população mundial, houve um deslocamento de foco para o gasto energético diário total, o que contribuiu para o crescimento de estudos que consideraram os diferentes domínios da atividade física¹²⁸.

Além do controle e prevenção de diversas doenças crônicas e declínio funcional¹²⁹, pode-se citar um estudo de revisão sistemática com meta-análise e dose-resposta que identificou uma redução no risco de mortalidade em todos os domínios da atividade física¹³⁰. Outra pesquisa de meta-análise identificou que, entre os domínios da atividade física, o de lazer demonstrou ser mais benéfico para a saúde mental e para prevenção de problemas de saúde mental¹³¹, possivelmente por sua característica lúdica, maior potencial para a participação coletiva e integração ao estilo de vida ativo¹³². Uma característica evidenciada por esses estudos é o número reduzido de pesquisas nos domínios doméstico, de deslocamento e ocupacional entre a população idosa, indicando a necessidade de uma exploração mais aprofundada.

Outro fator importante a ser mencionado é a carência de estudos que investigaram a prevalência dos diferentes domínios da atividade física entre a população idosa. No presente estudo, os resultados revelam que a maioria dos

idosos não atingiram os níveis recomendados de atividade física nos domínios de lazer, deslocamento, doméstico e ocupacional. Esses resultados são consistentes com pesquisas anteriores realizadas em outros municípios brasileiros^{72,133,134} e no Brasil^{27,135}, alguns países como a Croácia¹³⁶ e a Dinamarca¹³⁷, onde também foi observada uma baixa prevalência de idosos praticantes de atividade física.

Com o objetivo de obter uma estimativa mais abrangente da atividade física do que as pesquisas de domínio único, este estudo revelou que, ao considerar a soma dos diferentes domínios de atividade física, aproximadamente 7 em cada 10 idosos residentes no município de São Paulo foram classificados como ativos na atividade física global (68,3%). Essa descoberta é consistente com resultados de uma pesquisa anterior realizada no mesmo município, que encontrou uma prevalência de 73,9%¹³⁸, indicando uma consistência regional. No entanto, quando comparado com outros estudos feitos no Brasil (61,8%)⁶¹, regiões como o Sul e o Nordeste (58%)¹³⁹, municípios específicos como Florianópolis (59,3%)¹⁴⁰, Pelotas (58,9%)⁸⁸, bem como em países da União Europeia (36,8%)¹⁴¹ e globalmente (72,5%)⁵⁷, foram observadas prevalências variadas.

Vale destacar que ao comparar os resultados com a literatura existente, é necessário considerar que os estudos realizados no Brasil e na Europa utilizaram tanto a versão curta como a longa do IPAQ para avaliar a atividade física. Embora a literatura indique que as versões do IPAQ possam ser comparadas¹⁴², é importante notar que a versão longa tende a estimar níveis mais elevados de atividade física. Isso ocorre porque a versão curta contém menos questões (8 questões na versão curta em comparação com 27 questões na versão longa)⁹⁸ e, portanto, pode subestimar o nível de atividade física. Assim, a padronização do instrumento para identificar o tempo de atividade física praticado pode facilitar a comparação entre estudos e proporcionar uma compreensão mais abrangente sobre os níveis de atividade física nessa faixa etária. Outras informações devem ser consideradas na comparação da prevalência da atividade física global, como o tamanho da amostra e regiões geográficas. Assim, ao interpretar e aplicar os resultados da pesquisa para formulação de políticas é fundamental levar em conta essas diferenças.

Outro fator relevante a ser mencionado diz respeito à atividade física no ambiente doméstico. Os resultados do presente estudo revelaram um número significativamente maior de idosos ativos no ambiente doméstico, o que influenciou a quantidade de indivíduos ativos no global. Portanto, ao desenvolver estratégias e programas de saúde comunitária para idosos brasileiros é necessário levar em conta os diversos fatores que podem afetar os resultados, incluindo influências culturais¹²⁸.

Ao analisar os fatores associados à atividade física global, observou-se uma menor na prevalência de ativos, à medida que a faixa etária aumenta e entre aqueles indivíduos do sexo masculino. Por outro lado, houve uma maior prevalência de ativos entre aqueles com atividade ocupacional ou envolvidos em trabalho voluntário, bem como entre aqueles com maior nível de escolaridade. Esses resultados estão em consonância com outras pesquisas^{138,139}.

Em relação às variáveis sociodemográficas, um estudo de revisão sistemática demonstrou que a atividade física está frequentemente associada à renda, escolaridade e status ocupacional¹⁴³. Além disso, diversos fatores têm sido apontados por estudos como possíveis barreiras para a prática de atividade física à medida que as pessoas envelhecem, incluindo as doenças, falta de segurança, influência do ambiente, papéis familiares e as limitações físicas devido a doenças^{144,145}. Para as diferenças entre sexo, a literatura sugere as influências culturais e sociais¹⁴⁶, como maior tempo dedicado aos afazeres domésticos entre as mulheres idosas.

Estudos têm indicado que a situação socioeconômica não só influencia a atividade física, como mencionado anteriormente, mas também a autoavaliação da saúde¹⁴⁷. A autoavaliação da saúde tem sido compreendida como uma autoclassificação global dos sinais, sintomas e impacto de doenças sobre seu bem-estar físico, mental e social¹⁴⁸. Esta variável tem sido usada como um indicador crucial da condição de saúde dos idosos e tem sido associada a uma série de resultados de saúde, incluindo a mortalidade¹⁴⁹.

Resultados de uma pesquisa longitudinal evidenciou que indivíduos que têm uma percepção negativa de sua saúde possuem maior risco de mortalidade. Por outro lado, fatores como o consumo moderado de álcool, idade mais jovem, maior escolaridade e a prática regular de atividade física aumentam a

probabilidade de uma percepção positiva da sua saúde¹⁴⁹. Esses fatores podem contribuir para aumento da sobrevivência entre os idosos.

Nesse estudo, foi possível observar uma maior prevalência de idosos ativos no global entre aqueles que avaliaram sua saúde como excelente/muito boa, o que corrobora com outro estudo¹⁴⁹. Além disso, observou-se uma queda na prevalência de ativos à medida que a percepção da saúde dos idosos piorava. Esses resultados assemelham-se a estudos anteriores^{139,148,150}. Um estudo realizado em 41 municípios da região Sul e Nordeste do Brasil também revelou que à medida que a percepção da saúde piora, o número de indivíduos que não atingem os níveis recomendados de atividade física aumenta¹³⁹. Esses resultados indicam que pessoas ativas tendem a classificar sua saúde de forma mais positiva, enquanto aquelas menos ativas ou inativas podem perceber sua saúde de maneira menos favorável.

Em relação aos hábitos de vida entre idosos, os resultados do presente estudo indicaram uma maior prevalência de ativos na atividade física global entre aqueles que declararam preferência por bebidas alcoólicas. Esse resultado está alinhado com outros estudos^{138,151,152}. De maneira geral, a literatura tem identificado aumento do consumo de bebida alcoólica à medida que a faixa etária aumenta entre os indivíduos praticantes de atividade física¹⁵². Uma possível explicação é que o consumo moderado de álcool pode ser um indicador de ausência de doenças graves ou condições restritivas ao consumo de bebidas alcoólicas entre os idosos. Isso pode servir como um marcador da boa condição física resultando no aumento do tempo dedicado à atividade física.

Quanto ao comportamento sedentário, o presente estudo revelou menor prevalência de indivíduos ativos no global à medida que o tempo médio sentado aumenta. Esse resultado é consistente com a literatura anterior¹⁵⁰. Pode-se citar os resultados da pesquisa realizada por Rocha e colaboradores com residentes no município de São Paulo¹⁵⁰. Os pesquisadores evidenciaram, na análise de regressão bivariada, que aqueles indivíduos que passam em média 180 minutos ou mais sentados por dia estão associados a uma maior probabilidade de serem insuficientemente ativos no global. Entretanto, após o ajuste para variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, a diferença passou a ser não significativa.

A importância de investigar o comportamento sedentário se deve à sua relação com a piora da qualidade de vida¹⁵³ e ao aumento do risco de mortalidade^{28,154}. Uma possível explicação para os resultados desse estudo pode estar relacionada aos hábitos de assistir televisão por longos períodos, ao uso prolongado de dispositivos eletrônicos como celulares e computadores, e outras condições que incentivam a permanência na posição sentada ao longo do dia, característica comum entre idosos e que podem estar relacionadas à redução da prática de atividade física.

Os resultados da prevalência de ativos no ambiente de lazer (16,4%) mostram semelhanças com a literatura existente^{61,135,137,155-157}. Utilizando dados da PNS referente ao ano de 2013, Dourado e colaboradores identificaram uma prevalência de 13,3% de idosos ativos no ambiente de lazer¹⁵⁵. Entretanto, é importante mencionar que foram encontradas variações na prevalência de idosos ativos, que variaram de 19,6% a 28,4% em outros estudos^{77,138,157-163}. De uma maneira geral, as pesquisas têm indicado que as variações na prevalência de ativos podem ser explicadas por fatores sociodemográficos, condições de saúde e a percepção da importância da atividade física. Outro fator que pode ser considerado é a disponibilidade de acesso a espaços adequados para a prática de atividade física, que muitas vezes, são limitados e predominantemente privados no Brasil.

É interessante notar que, apesar das variações e limitações mencionadas anteriormente, a literatura tem indicado que houve um aumento no número de indivíduos ativos no Brasil entre 2013 e 2019¹⁵⁶. No entanto, apesar da cidade de São Paulo possuir uma melhor estrutura para a prática de atividade física no domínio de lazer, quando comparada a outras cidades do Brasil¹⁶⁴, Dias e colaboradores identificaram que nos últimos 11 anos, houve estabilidade no número de idosos que relataram praticar algum exercício físico ou esporte como lazer no município de São Paulo¹⁶⁵.

De acordo com estudos anteriores^{76,165-170}, incluindo a presente pesquisa, a preferência pela prática de caminhada foi relatada com mais frequência entre os idosos. Um estudo nacional que utilizou dados entre os anos de 2006 e 2012 revelou que a caminhada foi a atividade de lazer preferida entre idosos no período analisado, seguida por ginástica e musculação¹⁶⁶. A provável explicação

pela preferência da caminhada pode ser devido ao seu caráter natural, baixo impacto, custo acessível e adaptabilidade aos idosos, favorecendo sua adesão.

Em relação aos fatores associados à atividade física no domínio de lazer, os resultados indicaram que um nível mais elevado de escolaridade e uma renda per capita mais alta estão associados a uma maior prevalência de ativos no lazer. Essas descobertas estão alinhadas com resultados de outras pesquisas^{136,138,143,157,158,171-173}, destacando a influência dessas variáveis na prática de atividade física. Embora nosso estudo não tenha encontrado uma associação significativa com a faixa etária, é importante observar que algumas pesquisas anteriores identificaram essa relação^{158,161}. Essas diferenças podem ser elucidadas do ponto de vista de limitações, como o fato de que os indivíduos com idade cronológica mais avançada são propensos a apresentarem limitações físicas que dificultam a prática de atividades no lazer.

Já para os hábitos de vida, a presente pesquisa não evidenciou associação significativa entre os ativos no lazer. Diferentemente dos resultados deste estudo, a literatura tem mostrado uma relação entre atividade física no lazer e o consumo de álcool^{152,174} bem como o índice de massa corporal¹⁷⁵. Utilizando uma amostra representativa de adultos e idosos residentes em Curitiba-PR, Dartel e colaboradores identificaram uma probabilidade aumentada de consumo de álcool entre os fisicamente ativos no lazer¹⁵². Contudo, assim como na presente pesquisa, um estudo realizado por Malta e colaboradores, utilizando uma amostra nacional entre os anos de 2008 e 2015, identificou um aumento significativo de ativos no lazer entre aqueles com plano de saúde¹⁷⁶.

Entre as variáveis das condições de saúde, os resultados da análise de regressão multivariada indicaram que ser hipertenso foi positivamente associado à prevalência de ativos no domínio de lazer. Por outro lado, ao autoavaliar a saúde como ruim ou muito ruim, bem como ter uma percepção da saúde geral muito pior agora em comparação com 12 meses atrás foram associados a uma menor prevalência de ativos no lazer. Esses resultados estão em conformidade com a literatura^{148,172,177}. Pode-se citar o estudo realizado por Silva e colaboradores, que identificaram, em uma amostra de adultos e idosos residentes no Brasil, maiores chances de percepção positiva da saúde entre os ativos no lazer e maior prevalência de ativos entre aqueles os idosos com hipertensão¹⁷².

Em relação à atividade física no domínio doméstico nota-se uma escassez de estudos, principalmente entre idosos. A importância desse tipo de estudo se justifica no fato de que os idosos passam a maior parte do tempo envolvidos em atividades cotidianas, especialmente nas tarefas domésticas. Um estudo realizado no Reino Unido apontou que o tempo de atividade física no ambiente doméstico foi significativamente maior entre os aposentados¹⁷⁰, indicando o que os idosos possuem rotinas com atividades obrigatórias. Assim como nesta pesquisa, a literatura indica que o ambiente doméstico é o domínio com o maior número de ativos, e os resultados da prevalência foram semelhantes a outros estudos^{77,78,135,136,178}.

Entre as variáveis de características sociodemográficas associadas à atividade física no domínio doméstico, os resultados indicam uma menor prevalência de ativos com o aumento da faixa etária, entre aqueles com maiores níveis de escolaridade e entre os homens. Essas evidências podem ser comparadas com outras pesquisas^{77,136}. Jurakic e colaboradores identificaram, em uma amostra de adultos e idosos, uma queda no número de praticantes do sexo masculino, correlação negativa entre atividade física no ambiente doméstico com a escolaridade, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, menor é o tempo de prática para atividade física doméstica. Por outro lado, a idade teve correlação positiva¹³⁶.

Em relação ao menor número de ativos no domínio doméstico com o aumento da faixa etária, acredita-se que as limitações físicas decorrentes do envelhecimento podem dificultar a realização de tarefas domésticas mais pesadas. Quanto à escolaridade, considerada como uma *proxy* de renda, pessoas com maior nível socioeconômico muitas vezes têm acesso a serviços de empregadas domésticas, o que pode diminuir sua necessidade de se envolver em tarefas domésticas intensivas. Em relação ao sexo, uma das explicações pode estar relacionada à questão cultural, pois independentemente da idade, as mulheres são as que apresentam elevada prevalência¹⁷⁹.

Outro resultado significativo da presente pesquisa é a relação entre a atividade física no domínio doméstico e a multimorbidade. Na análise de regressão bivariada, foi evidenciado que ter multimorbidade foi positivamente associado a um maior número de idosos ativos. No entanto, após o ajuste para idade, sexo e escolaridade, a significância estatística deixou de existir, o que

indica a influência das características sociodemográficas entre os praticantes de atividade física nesse domínio.

A ausência de significância estatística entre a atividade física no ambiente doméstico com a multimorbidade é observada na literatura¹⁸⁰. Mesmo que a presença de multimorbidade não tenha sido um fator determinante na prática de atividade física na presente pesquisa, é fundamental incentivar e promover a atividade física nos diferentes domínios em indivíduos com múltiplas doenças crônicas, uma vez que ela pode desempenhar um papel importante na gestão e no controle dessas condições de saúde.

Outro domínio investigado neste estudo é a atividade física ocupacional. É fundamental destacar a importância desse domínio devido ao aumento da participação da população idosa no mercado de trabalho, abrangendo tanto empregos formais quanto atividades informais, tornando-se uma tendência global. Nos últimos anos, essa participação tem crescido de forma significativa, especialmente na região Sudeste do Brasil e entre as mulheres^{181,182}. Além disso, a promoção de oportunidades para que os idosos se envolvam em atividades de voluntárias tem sido destacada como um desafio importante para o país¹⁸³. Estudos têm demonstrado que criar oportunidades no mercado de trabalho ou envolver os idosos em atividades voluntárias pode resultar em maior satisfação com a vida, independentemente das características socioeconômicas e clínicas da velhice^{184,185}.

Ao identificar o comportamento da atividade física ocupacional entre os idosos que declararam exercer alguma atividade ocupacional ou voluntária, foi possível estimar que 49% são ativos nesse domínio. Essa prevalência foi superior aos resultados de outros estudos nacionais, que obtiveram prevalências entre 6,2% e 11,7% dos idosos^{77,135}. Com os resultados encontrados no presente estudo, pode-se indicar que metade dos idosos residentes no município de São Paulo possuem uma maior disposição para a atividade física no ambiente ocupacional, sugerindo oportunidades para desempenhar um papel importante na promoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis nessa faixa etária. Quanto às diferenças na prevalência, acredita-se que podem estar relacionadas à amostra selecionada nos estudos anteriores, nas quais todos os idosos entrevistados foram considerados, sem a seleção específica daqueles que exerciam alguma atividade remunerada⁷⁷. Em outro estudo, a amostra foi

selecionada através do autorrelato de carregar peso ou carga pesada, ou caminhar bastante no ambiente de trabalho¹³⁵.

Em relação aos fatores associados à atividade física ocupacional, dentre as características sociodemográficas, foi observada uma menor prevalência de ativos entre aqueles com nível de escolaridade elevada. Esse resultado foi semelhante a outros estudos^{133,173} e pode ser compreendido à luz das desigualdades socioeconômicas. Cita-se um estudo de revisão sistemática conduzido por Beenackers e colaboradores, que evidenciou que pessoas com menor nível socioeconômico gastam mais horas em atividade física no domínio ocupacional¹⁷³.

Quanto aos fatores associados aos hábitos de vida e condições de saúde, os resultados revelaram uma menor prevalência de ativos na atividade física ocupacional entre aqueles idosos que avaliaram sua saúde como boa. Até o momento, não foi evidenciado na literatura tais informações que confirmem ou refutem este achado.

Quanto à atividade física no domínio de deslocamento, nos dias atuais, a literatura tem enfatizado a importância desse domínio devido à possibilidade de redução do uso de veículos para curtas distâncias, o que favorece a diminuição do trânsito, de poluição e dos ruídos¹⁸⁶. Além disso, estudos indicam que aqueles indivíduos que possuem níveis recomendados de atividade física no deslocamento estão associados à melhora da saúde física no geral^{187,188} e a uma redução do risco de mortalidade por todas as causas¹⁸⁹.

Além das observações mencionadas anteriormente, acredita-se que o domínio de deslocamento desempenha um papel estratégico no aumento dos níveis de atividade física geral^{177,190} e no lazer¹⁷⁷. Além disso, o deslocamento é uma maneira simples e acessível para muitas pessoas começarem ou permanecerem ativas¹⁹¹, por não requerer muitas habilidades ou equipamentos especiais, tem pouco ou nenhum custo associado e pode ser praticado pela maioria das pessoas, independentemente do sexo, idade ou nível socioeconômico¹⁸⁹. No entanto, são poucos os estudos que abordam esse tema com uma amostra exclusiva de idosos⁸¹.

No presente estudo, a prevalência de ativos no domínio do deslocamento foi de 15,3% e, ao comparar esse resultado com outros estudos, observam-se divergências. No Brasil, a prevalência de idosos ativos no deslocamento variou

de 10,1% a 26,1%^{61,192}, enquanto entre estados, municípios e regiões brasileiras, essa variação é de 4,1% a 28,2%^{77,159,161,162,193}. No âmbito internacional, um estudo realizado nos Estados Unidos identificou prevalência de 6% de idosos ativos no deslocamento¹⁹⁴, enquanto em dois subdistritos da Tailândia, juntos, somaram 43,7%¹⁹⁵. Além das diferentes mensurações, essas diferenças nos resultados podem estar relacionadas ao tamanho do município. Pode-se citar o estudo realizado por Madeira e colaboradores que identificaram uma prevalência superior de idosos ativos no deslocamento em municípios de pequeno porte (até 10 mil habitantes), em comparação com municípios de grande porte (10 mil ou mais habitantes)¹⁹².

Estudos têm destacado que para aumentar os níveis de atividade física de deslocamento entre os idosos deve-se levar em consideração as características do ambiente urbano. Isso inclui a proximidade entre residências, locais de serviços e/ou lojas, e a presença de ruas planas, bem como a existência de calçadas em boas condições¹⁵⁹. Além disso, fatores como a disponibilidade de tempo suficiente nos semáforos para travessia nas faixas de pedestres¹⁹⁶ são importantes para incentivar os idosos a se deslocarem de forma mais ativa. Contudo, os resultados da associação do presente estudo identificaram uma menor prevalência de ativos entre as mulheres, indivíduos com 80 anos ou mais de idade, com obesidade e piora da percepção da saúde, indicando outras variáveis que merecem ser destacadas.

Em relação ao sexo, existe um consenso na literatura sobre essa associação^{132,171}. Estudos anteriores como o de Ferretti e colaboradores realizado com idosos residentes em um município de Santa Catarina, identificaram que os homens tendem a passar mais tempo em atividades de deslocamento em comparação com as mulheres¹⁷¹. Além disso, revisão de literatura também mostrou que os níveis mais baixos de renda, menor escolaridade e status profissional estão relacionados a menores níveis de atividade física¹⁴³.

A associação negativa entre a atividade física no deslocamento com a faixa etária, obesidade e a percepção da saúde como boa ou regular, indicando uma menor prevalência de ativos, embora não seja possível refutar ou corroborar esses resultados devido à inexistência de informações na literatura, pode ser compreendida considerando vários fatores. A idade cronológica avançada

frequentemente está associada a limitações físicas e doenças que tornam o deslocamento desafiador. A obesidade, por sua vez, pode impactar negativamente a mobilidade, tornando o deslocamento mais difícil. Além disso, a percepção de saúde como boa ou regular pode estar relacionada a condições de saúde que tornam a atividade de deslocamento menos viável para alguns idosos.

No que diz respeito aos resultados sobre a utilização de serviços em saúde, identificou-se uma associação positiva entre a prática de atividade física global por idosos e a procura por serviços de saúde no geral e acompanhamento. Em outras palavras, à medida que os idosos relatavam seu engajamento em atividade física global, a procura por serviços de saúde levavam mais tempo. Esses resultados estão em consonância com descobertas da literatura internacional^{69,86,197,198}. Resultados de um inquérito de saúde realizado na França em 2014 também indicaram menor utilização de cuidados em saúde entre idosos considerados ativos no global. Além disso, os pesquisadores identificaram uma redução do consumo de medicamentos prescritos entre aqueles praticantes de atividade física⁶⁹.

A menor procura por serviços de saúde entre idosos pode ser atribuída a uma maior conscientização em relação à saúde em geral. Um estudo demonstrou que medidas preventivas de saúde eram mais frequentemente adotadas entre os fumantes e obesos que praticavam atividade física do que entre seus pares inativos¹⁹⁹. Isso sugere uma abordagem mais proativa em relação aos cuidados com a saúde, incluindo exames de rotina, consultas médicas e a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Ao analisar os diferentes domínios da atividade física, observou-se que a prática de atividade física no ambiente de deslocamento na amostra geral e a atividade física no ambiente ocupacional, entre os homens, estava associada a uma procura por serviços de saúde em emergência há mais tempo. Embora os benefícios para a saúde entre os praticantes de atividade física no ambiente de deslocamento sejam conhecidos²⁰⁰ e exista algumas controvérsias em relação ao ambiente ocupacional⁸⁴, as descobertas do presente estudo contribuem para preencher uma lacuna na literatura, uma vez que não foram encontradas evidências na literatura sobre esses achados.

As informações do estudo indicam uma correlação negativa entre a procura por serviços de emergência e a atividade física no domínio de lazer entre as mulheres. Em outras palavras, quanto mais tempo as mulheres se dedicam à atividade física no domínio de lazer, menor é o tempo de procura por serviços de saúde em emergência pela última vez. Esse achado contrasta com outras investigações^{56,201}. Em um estudo que analisou a relação entre o número de visitas aos serviços de emergência e a atividade física no lazer, Martin e colaboradores não evidenciaram diferenças entre os idosos praticantes e não praticantes de atividades⁵⁶. Por outro lado, com base nos dados de um inquérito de saúde realizado na Espanha em 2014, Denche-Zamorano e colaboradores observaram uma redução na procura por serviços de emergência entre a população com idades entre 18 e 69 anos à medida que o tempo dedicado à caminhada aumentava²⁰¹.

Embora a análise estatística da presente pesquisa não seja suficiente para explicar a relação entre a procura por serviços de saúde em emergência e atividade física no ambiente de lazer entre as mulheres idosas, acredita-se que essa relação possa estar relacionada a necessidades específicas. É sabido que as mulheres têm uma expectativa de vida maior, o que está associado a um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas^{18,202,203}, bem como quedas²⁰⁴.

As mulheres tendem a conviver com comorbidades por mais tempo²⁰⁵ e a utilizar com mais frequência os serviços de saúde em emergência²⁰¹, bem como os serviços de saúde no geral^{206,207}, em comparação com os homens. Essas informações podem auxiliar na explicação das associações evidenciadas na presente pesquisa e reforçam a necessidade de estratificar o tipo de serviço de saúde²⁰⁸ bem como, analisar a relação por sexo e grupo populacional específico.

Dado o crescente corpo de evidências científicas, tanto a nível internacional quanto agora, no âmbito regional brasileiro, que apontam para uma menor utilização de uso dos serviços de saúde entre idosos à medida que relataram praticar atividade física, é crucial expandir o número de pesquisas direcionadas à população nacional. Recomenda-se que futuros estudos explorem a relação entre o uso de serviços de saúde e a prática de atividade física nos domínios de deslocamento e ocupacional.

Acredita-se ser relevante investigar como os fatores sociodemográficos, hábitos de vida e a condição de saúde podem modular essa relação, proporcionando uma compreensão mais completa dos determinantes de uso de serviços de saúde entre os idosos ativos nos diferentes domínios da atividade física.

A proposta de novas investigações não apenas validaria ou não as relações evidenciadas no presente estudo, mas também forneceria *insights* adicionais para orientar intervenções de saúde mais eficazes direcionadas à população idosa. Isso contribuiria para o desenvolvimento de políticas de saúde adaptadas à realidade brasileira e programas de promoção da saúde que atendam às necessidades específicas desse grupo populacional.

Em relação à hospitalização ou internação nos últimos 12 meses, os resultados do presente estudo indicam uma menor prevalência de hospitalização ou internação entre aqueles classificados como insuficientemente ativos e ativos na atividade física global. Esses resultados corroboram com a literatura^{69,86,197,201,209}. Cita-se os resultados de uma pesquisa que utilizou dados de um inquérito de saúde realizado na França no ano de 2014. Os pesquisadores identificaram, entre adultos e idosos, uma associação negativa para hospitalização à medida que os idosos praticavam atividade física⁶⁹. Em outro estudo, utilizando dados do inquérito de saúde da Espanha realizado em 2017, foi evidenciado um menor número de internações entre os indivíduos ativos²⁰¹.

Embora não tenha alcançado significância estatística, os resultados desta pesquisa indicam um menor número de indivíduos que declararam internação ou hospitalização nos últimos 12 meses entre os idosos ativos na atividade física no domínio de lazer. Esse indicativo corrobora com um estudo anterior⁵⁶. Martin e colaboradores, evidenciaram uma redução estatisticamente significativa do número de noites de internação à medida que os idosos praticavam atividade física no ambiente de lazer⁵⁶.

O presente estudo apresenta várias forças. As características aqui analisadas representam a população de idosos residentes no município de São Paulo, Brasil. Além disso, o método utilizado para mensurar a prática de atividade física possui pontos positivos significativos. A utilização da versão longa do IPAQ, um dos instrumentos amplamente reconhecidos no mundo, permitiu avaliar separadamente os diferentes domínios da atividade física, como

o de deslocamento, lazer, doméstica e ocupacional, possibilitando a comparação com outras pesquisas envolvendo diferentes faixas etárias, o que pode fornecer *insights* sobre os níveis de atividade física em grupos populacionais distintos. Além disso, o instrumento possui como ponto forte o recordatório de uma semana anterior à entrevista, o que pode facilitar a lembrança da prática de atividade física pelos participantes, reduzindo o viés de memória. Todos esses pontos positivos contribuem para a confiabilidade e validade dos resultados obtidos na mensuração da prática de atividade física aqui apresentada.

O presente estudo obteve dados de um inquérito de saúde cujo seu delineamento é transversal, possibilitando a captação de informações importantes sobre os diferentes domínios da atividade física em um determinado período de tempo, de forma rápida e a um baixo custo. Por outro lado, esse tipo de delineamento em que a exposição e desfecho são coletados simultaneamente, impede a identificação da direção da associação, bem como a possibilidade de haver viés de causalidade reversa. Assim, estudos longitudinais são necessários para validar as relações e influências encontradas, a fim de aprimorar a compreensão dos resultados.

As informações coletadas pelo inquérito de saúde do município de São Paulo não utilizaram exames laboratoriais e/ou clínicos para diagnosticar doenças crônicas não transmissíveis. A identificação das condições crônicas de saúde foi baseada em diagnósticos prévios relatados pelos idosos. É importante ressaltar que essas doenças são frequentemente assintomáticas, e os indivíduos afetados podem não estar cientes de sua condição real no momento da entrevista. Portanto, a prevalência das condições crônicas de saúde pode estar subestimada nesta pesquisa.

Vale considerar que as informações coletadas neste estudo são baseadas em autorrelatos, o que pode introduzir um viés de memória. Os idosos podem enfrentar dificuldades ao recordar detalhes precisos de eventos passados, como certas condições de saúde e consultas médicas de rotina, em comparação com hospitalizações ou uso de serviços de emergência. Além disso, os valores autorreferidos de peso e altura e, conseqüentemente do IMC, podem ter sido superestimados devido às mudanças naturais do corpo que ocorrem com o envelhecimento, incluindo a redução da estatura. Acredita-se que muitos idosos não verificam periodicamente o seu peso e altura, podendo relatar informações

imprecisas com base na memória de medidas passadas. É possível que as respostas às perguntas relacionadas a essas experiências sejam influenciadas pela precisão da memória do entrevistado.

Outra limitação ao presente estudo é a variável multimorbidade. Nossa medida de multimorbidade foi limitada a diversas condições crônicas de saúde. Todas as doenças receberam peso igual para análise, sem qualquer avaliação de sua gravidade.

Para minimizar o viés de seleção, a amostra para a análise da atividade física no ambiente ocupacional foi restrita a idosos que estavam atualmente envolvidos em alguma atividade ocupacional ou voluntária. Isso se justifica pelo fato de que, no contexto do mercado de trabalho, é esperado que os trabalhadores estejam em boas condições de saúde para desempenhar suas funções. A admissão ou a permanência no emprego muitas vezes requer que o indivíduo atenda a certos requisitos de saúde. Essa abordagem visa garantir que os resultados não sejam distorcidos por uma amostra que inclua idosos que estejam fora do mercado de trabalho devido a problemas de saúde que possam afetar sua capacidade de engajar-se em atividades ocupacionais. Ao limitar a amostra a idosos ativos no ambiente ocupacional, é possível obter uma visão mais precisa da relação entre atividade física ocupacional e outras variáveis, minimizando o impacto das condições de saúde preexistentes que poderiam afetar a participação no mercado de trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade crescente, tornando fundamental a implementação de estratégias para promover todos os domínios da atividade física. Esta pesquisa proporcionou uma visão abrangente da prevalência e dos fatores associados aos diferentes domínios da atividade física entre os idosos residentes no município de São Paulo, Brasil. Os resultados demonstraram que a prevalência dos diferentes domínios de atividade física varia significativamente de acordo com a faixa etária, sexo, escolaridade, renda, ocupação ou trabalho voluntário e plano de saúde. Essas variações estão em consonância com a literatura existente, destacando a importância de planos direcionados para incentivar a prática de atividades físicas e esportivas em locais

públicos, levando em conta essas diferenças sociodemográficas indicadas no presente estudo.

Além disso, variáveis relacionadas a hábitos de vida e condições de saúde, como hipertensão, percepção da saúde, preferência pelo consumo de bebida alcoólica, tempo gasto sentado e IMC, demonstraram influenciar a prevalência de ativos nos diferentes domínios de atividade física. Esses resultados fornecem valiosos *insights* para ações de educação em saúde e capacitação dos profissionais de educação física, visando a melhoria de hábitos, como cessação do consumo de álcool, a promoção de uma alimentação mais saudável e a redução do uso de tecnologias, como a televisão e celular, para incentivar a participação na prática de atividade física.

Outra descoberta importante deste estudo é a redução da demanda de serviços de saúde entre idosos ativos, preenchendo assim uma lacuna na literatura nacional. Esse resultado destaca o impacto positivo da atividade física sobre o uso de serviços de saúde da população idosa e abre caminho para novas abordagens nas políticas públicas, programas de conscientização e intervenção voltadas para a promoção da atividade física, especialmente direcionadas aos grupos de maior risco identificados neste estudo.

8. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Population Ageing 2019 [recurso eletrônico]. World Population Ageing 2019. 2019. 64 p. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-5204-7_6. Acessado em 31/10/2023.
2. Khan HTA. Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas? *J Eval Clin Pract.* 2019;25(5):754–60.
3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423).; 2019.
4. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospect: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Table. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
5. Peeri NC, Shrestha N, Rahman MS, Zaki R, Tan Z, Bibi S, et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *Int J Epidemiol.* 2020;1–10.
6. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the role for elderly people? *Geriatr.* 2020;5(2):2–5.
7. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [recurso eletrônico]. Geneva: World Health Organization; 2014. 280 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>. Acessado em 31/10/2023.
8. Dattani S, Spooner F, Ritchie H, Roser M. Causes of death, 2023. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/causes-of-death>. Acessado em 31/10/2023.
9. The Lancet. GBD 2017: a fragile world. *Lancet.* 2018;392(10159):1683.
10. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2014;23(4):599–608.
11. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no

- Brasil. Ciências e Saúde Coletiva. 2004;9(4):897–908.
12. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;22:e1900030.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019. *Boletim Epidemiológico* [recurso eletrônico]. 2022;53:13. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no02>. Acessado em 31/10/2023.
 14. PLOS Medicine Editors. Multimorbidity: Addressing the next global pandemic. *PLoS Med*. 2023 Apr 4;20(4):e1004229.
 15. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 2011;10(4):430–9.
 16. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: A cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–10.
 17. Ghazali SS, Seman Z, Zainuddin NH, Omar MA, Sooryanarayana R, Ariaratnam S, et al. Prevalence and factors associated with multimorbidity among older adults in Malaysia: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021;11(10):e052126:1–10.
 18. Christofolletti M, Duca GFD, Benedetti TRB, Malta DC. Sociodemographic determinants of multimorbidity in Brazilian adults and older adults: a cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*. 2022;140(1):115–22.
 19. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51(suppl 1:5s):1–10.
 20. Aminisani N, Stephens C, Allen J, Alpass F, Shamshirgaran SM. Socio-demographic and lifestyle factors associated with multimorbidity in New Zealand. *Epidemiology and Health*. 2020;42:e2020001: 1–7.
 21. Christofolletti M, Del Duca GF, Umpierre D, Malta DC. Chronic noncommunicable diseases multimorbidity and its association with physical

- activity and television time in a representative Brazilian population. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(11):e00016319. 1–12.
22. Fries AT, Pereira DC. Teorias Do Envelhecimento Humano. *Revista Contexto & Saúde*. 2011;10(20):507–14.
 23. World Health Organization. Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: the WHO STEP wise approach. Geneva: WHO; 2001. 473 p. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>. Acessado em 31/10/2023.
 24. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>. Acessado em 31/10/2023.
 25. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours.” *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2012;37(3):540–2.
 26. Harvey JA, Chastin SFM, Skelton DA. Prevalence of sedentary behavior in older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013;10(12):6645–61.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de morbidade referida e autoavaliação de saúde nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: prática de atividade física [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 55 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2021-pratica-de-atividade-fisica>. Acessado em 31/10/2023.
 28. de Rezende LF, Rodrigues LM, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz OC. Sedentary behavior and health outcomes: An overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2014;9(8):e105620; 1–9.
 29. Benedetti TRB, Borges LJ, Streit IA, Garcia LMT, Manta SW, Mendonça G,

et al. Validade e clareza dos conceitos e terminologias do Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2021;26:1–11.

30. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985;100(2):126–31.
31. Shiroma EJ, Lee IM. Physical activity and cardiovascular health: Lessons learned from epidemiological studies across age, Gender, and race/ethnicity. *Circulation*. 2010;122(7):743–52.
32. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 Year experiences with North Karelia project in Finland. *Public Health Medicine*. 2002;4(1):5–7.
33. Spence JC, Faulkner G, Lee EY, Berry T, Cameron C, Deshpande S, et al. Awareness of participACTION among Canadian adults: A seven-year cross-sectional follow-up. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2018;38(4):179–86.
34. Hillsdon M, Cavill N, Nanchahal K, Diamond A, White IR. National level promotion of physical activity: Results from England's ACTIVE for LIFE campaign. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001;55(10):755–61.
35. Australian Institute of Health and Welfare. *The Active Australia Survey: a guide and manual for implementation, analysis and reporting*. Canberra: AIHW: 2003: 55.
36. Francis KT. Status of the year 2000 health goals for physical activity and fitness. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*. 1999;79(4):405–14.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento do Programa Academiada Saúde : ciclo 2017*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 60 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude

[monitoramento_programa.pdf](#). Acessado em 31/10/2023.

38. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Oliveira L, Santos M, et al. Do Diagnóstico À Ação: a Experiência Do Programa Agita São Paulo Na Promoção Do Estilo De Vida Ativo. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2009;13(3):178–84.
39. São Paulo. Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação do Município de São Paulo. Ruas de Lazer [recurso eletrônico]. Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação do Município de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/esportes/ruas_de_lazer/index.php?p=287673. Acessado em 22/10/2023.
40. São Paulo. Secretaria Municipal de Mobilidade e Trânsito. Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) [recurso eletrônico]. Plano Cicloviário do Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.cetsp.com.br/consultas/bicicleta.aspx>. Acessado em 22/10/2023.
41. São Paulo. Secretaria Municipal de Mobilidade e Trânsito do Município de São Paulo. Notícias [recurso eletrônico]. Ciclofaixa de Lazer volta no domingo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/mobilidade/noticias/?p=340885>. Acessado em 22/10/2023.
42. São Paulo. Secretaria Municipal de Mobilidade e Trânsito. Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) [recurso eletrônico]. Mapa da estrutura Cicloviária. Disponível em: <http://www.cetsp.com.br/consultas/bicicleta/mapa-de-infraestrutura-ciclovitaria.aspx>. Acessado em 22/10/2023.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>. Acessado em 31/10/2023.
44. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for

health. Report. Geneva: World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2010. 58 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>. Acessado em 31/10/2023.

45. Zamai CA, Moraes MAA, Bankoff ADP, Mendes RT. Atividade Física na Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida: Contribuições do Programa Mexa-se Unicamp. In: Gutierrez G, Vilarta R MR. Qualidade de Vida e Atividade Física. Ipea. Campinas; 2011. p. 179–80. Disponível em: https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/ppqvat_cap19.pdf. Acessado em 31/10/2023.
46. Giraldo A, Gomes G, Serafim T, Zorzeto L, Aquino D, Kokubun E. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2013;18(2):186–96.
47. Cunningham C, O' Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2020;30(5):816–27.
48. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Association between physical activity and quality of life in the elderly: A systematic review, 2000-2012. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2014;36(1):76–88.
49. Rezende LFM, Lee DH, Louzada MLC, Song M, Giovannucci E, Eluf-Neto J. Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. *Cancer Epidemiology*. 2019;59:148–57.
50. Gualano B, Tinucci T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. 2011;25:37–43.
51. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219–29.
52. Dhalwani NN, O'Donovan G, Zaccardi F, Hamer M, Yates T, Davies M, et al. Long terms trends of multimorbidity and association with physical activity in older English population. *International Journal of Behavioral Nutrition and*

- Physical Activity. 2016;13(1):1–9.
53. Ward MM, Hubert HB, Shi H, Bloch DA. Physical disability in older runners: Prevalence, risk factors, and progression with age. *The Journals of Gerontology: Series A*. 1995;50(2):M70–7.
 54. Higuera-Fresnillo S, Cabanas-Sánchez V, Lopez-Garcia E, Esteban-Cornejo I, Banegas JR, Sadarangani KP, et al. Physical Activity and Association Between Frailty and All-Cause and Cardiovascular Mortality in Older Adults: Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(11):2097–103.
 55. Sari N. Exercise, physical activity and healthcare utilization: A review of literature for older adults. *Maturitas*. 2011;70(3):285–9.
 56. Martin MY, Powell MP, Peel C, Zhu S, Allman R. Leisure-time physical activity and health-care utilization in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2006;14(4):392–410.
 57. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016 : a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*. 2018;6(10):e1077–86.
 58. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva. 2018. 1–96 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>. Acessado em 31/10/2023.
 59. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acessado em 31/10/2023.
 60. Ramires V, Becker L, Sadovsky A, Zago A, Bielemann R, Guerra P. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2014;19(5):529–47.
 61. Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Neto OLM, Temporão JG, et

- al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: Resultados da pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) - 2008. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3697–705.
62. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people : a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(449):1–17.
 63. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(3):453–60.
 64. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington De Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: A detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(6):959–67.
 65. Cheng W, Zhang Z, Cheng W, Yang C, Diao L, Liu W. Associations of leisure-time physical activity with cardiovascular mortality: A systematic review and meta-analysis of 44 prospective cohort studies. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2018;25(17):1864–72.
 66. Xu W, Wang HF, Wan Y, Tan CC, Yu JT, Tan L. Leisure time physical activity and dementia risk: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ Open*. 2017;7(10):e014706; 1–10.
 67. Fisher KL, Harrison EL, Reeder BA, Sari N, Chad KE. Is self-reported physical activity participation associated with lower health services utilization among older adults? Cross-sectional evidence from the Canadian community health survey. *Journal of Aging Research*. 2015;2015:425354.
 68. Kang S wan, Xiang X. Physical activity and health services utilization and costs among U.S. adults. *Preventive Medicine*. 2017;96:101–5.
 69. Jemna DV, David M, Depret MH, Ancelot L. Physical activity and healthcare utilization in France: evidence from the European Health Interview Survey (EHIS) 2014. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1355; 1–20.
 70. Malta D, Andrade S, Santos M, Rodrigues G, Mielke G. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2015;20(2):141-151.
 71. Cruz MS da, Bernal RTI, Claro RM. Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016). *Cadernos de Saúde Pública*.

2018;34(10):e0014817; 1–14.

72. Figueiredo TKF, Aguiar RG de, Florindo AA, Alves MCGP, Barros MB de A, Goldbaum M, et al. Mudanças na atividade física total, de lazer e deslocamento na maior cidade da América Latina, 2003-2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24: e210030):1–14.
73. Palacios-Cêa D, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Pilão-Martinez E, et al. Time trends in leisure time physical activity and physical fitness in elderly people: 20 year follow-up of the Spanish population national health survey (1987-2006). *BMC Public Health*. 2011;11:799; 1-11.
74. Silva AMR da, Santos SVM dos, Lima CH de F, Lima DJP, Robazzi ML do CC. Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros. *Saúde em Debate*. 2018;42(119):952–64.
75. Castro H de O, Caixeta DR, Gonçalves LM de M, Rodrigues LEA, Silva SA da, Oliveira V de. Motivos que levam praticantes e não praticantes de exercício físico do Distrito Federal a não se exercitarem em academias. *Conexões (Campinas, Online)*. 2021;19:e021013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343389>. Acessado em 31/10/2023.
76. Häfele V, Häfele CA, Jerônimo JS, Ferreira RW, Maravillo SA, Silva MC da. Leisure-time physical activity among older adults in Brazil: results from the Brazilian National Health Survey – 2013. *Abcs Health Sciences*. 2021;46(e021227):1–7.
77. Massa KHC, Guimarães VV, César CLG, Barros MB de A, Carandina L, Goldbaum M, et al. Prática De Atividade Física Em Quatro Domínios Em Idosos Com Hipertensão Arterial Referida No Município De São Paulo: Estudo De Base Populacional. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2012;17(1):7–13.
78. Florindo AA, Guimarães VV, Luiz C, Cesar G, Barros BDA, Cecília M, et al. Epidemiology of Leisure , Transportation , Occupational , and Household Physical Activity : Prevalence and Associated Factors. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009; 6(5): 625–32.
79. Martínez-Gómez D, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Rodríguez-Artalejo F. Household physical activity and mortality in older adults: A

- national cohort study in Spain. *Preventive Medicine*. 2014;61:14–9.
80. Lawlor DA, Taylor M, Bedford C, Ebrahim S. Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women’s Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002;56(6):473–8.
 81. Sá TH, de Rezende LFM, Borges MC, Nakamura PM, Anapolsky S, Parra D, et al. Prevalence of active transportation among adults in Latin America and the Caribbean: a systematic review of population-based studies. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017;41:e35: 1-11.
 82. Bassett DR, Pucher J, Buehler R, Thompson DL, Crouter SE. Walking, cycling, and obesity rates in Europe, North America and Australia. *Journal Physical Activity and Health*. 2008;5(6):795–814.
 83. Toscano JJ de O, de Oliveira ACC. Quality of life in elderly subjects with different levels of physical activity. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2009;15(3):169–73.
 84. Cillekens B, Lang M, Van Mechelen W, Verhagen E, Huysmans MA, Holtermann A, et al. How does occupational physical activity influence health? An umbrella review of 23 health outcomes across 158 observational studies. *British Journal of Sports Medicine*. 2020;54(24):1474–81.
 85. Bielemann RM, Knuth AG, Hallal PC. Physical activity and cost savings for chronic diseases to the Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2010;15(1):9–14.
 86. Kang SW, Xiang X. Physical activity and health services utilization and costs among U.S. adults. *Preventive Medicine*. 2017;96:101–5.
 87. Jacobs JM, Rottenberg Y, Cohen A, Stessman J. Physical activity and health service utilization among older people. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(2):125–9.
 88. Bertoldi AD, Hallal PC, Barros AJ. Physical activity and medicine use: Evidence from a population-based study. *BMC Public Health*. 2006;6:224: 1–6.
 89. Nahas MV. Revisão dos métodos para determinação dos níveis de atividade física habitual em diversos grupos populacionais. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saude*. 1996;1(4):27–37.
 90. Rabacow FM, Gomes MA, Marques P, Benedetti TRB. Questionnaires for

- measuring physical activity in the elderly. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2006;8(4): 99-106.
91. Melanson ELJ, Freedson PS. Physical Activity Assessment: A Review of Methods. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 1996;36(5):385–96.
 92. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993;46(2):153–62.
 93. Godard MP, Standley CM. Relationship between CHAMPS physical activity questionnaire and functional fitness outcomes in older adults. *Activities, Adaptation & Aging*. 2008;31(1):19–40.
 94. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2012;6(2):5–18.
 95. Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) [2]. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2004;36(3):556.
 96. Benedetti TRB, Antunes PDC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski ÉL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2007;13(1):11–6.
 97. The IPAQ Group. Guidelines for data processing and analysis concerning the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short and Long Forms. Revised november. 2005:1-15.
 98. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2003;35(8):1381–95.
 99. Dipietro L, Carl J Caspersen, Ostfeld AM, Nadel ER. A survey for assessing physical activity among older adults. *Medicine & Science in Sports and Exercise*. 1993;25(5):628–42.
 100. Florindo AA, Latorre M do RD de O, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CA de F. Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(2):307–14.

101. Caspersen CJ, Bloemberg BPM, Saris WH, Merritt RK, Kromhout D. The prevalence of selected physical activities and their relation with coronary heart disease risk factors in elderly men: The zutphen study, 1985. *American Journal of Epidemiology*. 1991;133(11):1078–92.
102. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW, et al. Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9838):258–71.
103. Boing AC, Peres KG, Boing AF, Hallal PC, Silva NN, Peres MA. Inquérito de saúde EpiFloripa: Aspectos metodológicos e operacionais dos bastidores. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17(1):147–62.
104. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779): 1778-97.
105. Andrade FR, Narvai PC. Population surveys as management tools and health care models. *Rev Saude Publica*. 2013;47(Suppl.3):1–7.
106. Barros MBA. Health household surveys: Potentials and challenges. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11(supl. 1):6–19.
107. Victora CG. Por que precisamos de inquéritos populacionais sobre saúde? *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38(sup 1:e00010222):1–2.
108. United States Census Bureau. Nation Health Survey (NHIS). [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.census.gov/programs-surveys/nhis.html>. Acessado em 08/04/2023.
109. Overview of Topics. National Health Interview Survey [recurso eletrônico]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/nhis/physical_activity/pa_overview.htm. Acessado em 09/04/2023.
110. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11(supl 1):159–67.
111. Scholes S, Bridges S, Ng Fat L, Mindell JS. Comparison of the physical activity and sedentary behaviour assessment questionnaire and the short-form international physical activity questionnaire: An analysis of health survey for England data. *PLoS One*. 2016;11(3):1–30.
112. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey - Annual

- Component (CCHS). [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=1496481>. Acessado em 08/05/2023.
113. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>. Acessado em 08/05/2023.
114. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: History, methods and perspectives. *Epidemiol e Serviços de Saúde*. 2020;29(5):1–12.
115. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>. Acessado em 31/10/2023.
116. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019 : 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 2019*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acessado em 31/10/2023.
117. Lebrão ML, Duarte YA de O, Santos JLF, Silva NN da. 10 Anos do Estudo SABE : antecedentes , metodologia e organização do estudo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018;21(Suppl 2): 1-21.
118. Schmidt MI, Duncan BB, Mill JG, Lotufo PA, Chor D, Barreto SM, et al. Cohort profile: Longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *International Journal of Epidemiology*. 2015;44(1):68–75.

119. Alves MCGP, Escuder MML, Goldbaum M, Barros MB de A, Fisberg RM, Cesar CLG. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52(81): 1-11.
120. Fundação SEADE. SEADE Municípios [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://municipios.seade.gov.br/>. Acessado em 31/10/2023.
121. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas de desenvolvimento humano no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília; 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/acervo/biblioteca>. Acessado em 31/10/2023.
122. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: É preciso ter raça. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(7):1272–5.
123. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. In: *Anales da 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en salud* Washington, D.C.: 2001;1–93. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45890?locale-attribute=pt>. Acessado em 31/10/2023.
124. Petersen CB, Bauman A, Grønbaek M, Helge JW, Thygesen LC, Tolstrup JS. Total sitting time and risk of myocardial infarction, coronary heart disease and all-cause mortality in a prospective cohort of Danish adults. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014;11(13):1–11.
125. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36(1):1–10.
126. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*. 2008;46(7):647–53.
127. Nahas MV, Garcia LMT. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. 2010;24(1):135–48.
128. Brown W, Bauman A, Chey T, Trost S, Mummery K. Comparison of surveys used to measure physical activity. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2004;28(2):128–34.
129. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and

- sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*. 2020;54(24):1451–62.
130. Samitz G, Egger M, Zwahlen M. Domains of physical activity and all-cause mortality: Systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*. 2011;40(5):1382–400.
 131. White RL, Babic MJ, Parker PD, Lubans DR, Astell-Burt T, Lonsdale C. Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2017;52(5):653–66.
 132. Tribess S, Virtuoso JSJ, Oliveira RJ. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012;58(3):341–7.
 133. Florindo AA, Guimarães VV, Cesar CL, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: Prevalence and associated factors. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009;6(5):625–32.
 134. Costa TB, Neri AL. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(e190022): 1-15.
 135. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC de, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(Suppl. 2):65–73.
 136. Jurakić D, Pedišić Ž, Andrijašević M. Physical activity of Croatian population: Cross-sectional study using International physical activity Questionnaire. *Croatian Medical Journal*. 2009;50(2):165–73.
 137. Petersen CB, Thygesen LC, Grønbæk M, Tolstrup JS, Helge JW. Time trends in physical activity in leisure time in the Danish population from 1987 to 2005. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;38(2):121–8.
 138. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos : Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(8):1606–18.
 139. Siqueira F V., Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste

- do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(1):39–54.
140. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(2):302–7.
 141. Sjöström M, Oja P, Hagströmer M, Smith BJ, Bauman A. Health-enhancing physical activity across European Union countries : the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*. 2006;14(5):291–300.
 142. Matsudo S, Timoteo A, Braggion VM, Douglas A, Erinaldo A, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2001;6(2):5–18.
 143. Rodrigues PF, Melo M, Assis M, Oliveira A. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2017;22(3):217–32.
 144. Lopes MA, Krug RR, Bonetti A, Mazo GZ. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2016;38(1):76–83.
 145. Socoloski T da S, Rech CR, Correa Junior JA, Lopes RM, Hino AAF, Guerra PH. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2021;26(e0208):1–8.
 146. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Heal*. 2003;14(4):246–54.
 147. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciências & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):941–50.
 148. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(suppl 2):27–37.
 149. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, Schöttker B, Brenner H, Lorbeer R, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults:

- Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. *Maturitas*. 2017;103:37–44.
150. Rocha BMC, Goldbaum M, César CLG, Stopa SR. Sedentary behavior in the city of São Paulo, Brazil: ISA-Capital 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;22(e190050): 1-15.
151. Noronha BP, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Alcohol consumption patterns and associated factors among elderly Brazilians: National health survey (2013). *Ciências e Saúde Coletiva*. 2019;24(11):4171–80.
152. Lima D, Da Silva M, Júnior O, Lima L, Sampaio A, Luiz O. Associação da atividade física de lazer com o consumo de bebidas alcoólicas em adultos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2018;22(6):576–83.
153. Meneguci J, Sasaki JE, Santos A, Scatena LM, Damião R. Sitting time and quality of life in older adults: A population-based study. *Journal of Physical Activity and Health*. 2015;12(11):1513–9.
154. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302–10.
155. Dourado TEPS, Borges PA, Silva JI, Souza RAG, Andrade ACS. Associação entre atividade física de lazer e conhecimento e participação em programas públicos de atividade física entre idosos brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(4): e210148.
156. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, da Silva AG, Alves FTA, Vieira MLFP, et al. Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24(e210008):1-11.
157. Mielke GI, Malta DC, Sá GBAR, Reis RS, Hallal PC. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: Resultados da pesquisa nacional de saúde - 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18(suppl 2):158–69.
158. Rocha SV, Almeida MMG de, Araújo TM de, Santos LB, Rodrigues WKM. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos.

- Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2013;19(3):191–5.
159. Balbé G, Wathier C, Rech C. Características do ambiente do bairro e prática de caminhada no lazer e deslocamento em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2017;22(2):195–205.
160. Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017;26(2):305–17.
161. Mourão ARC, Novais FV, Andreoni S, Ramos LR. Physical activity in the older adults related to commuting and leisure, Maceió, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(6):1112–22.
162. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *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 e no Distrito Federal em 2023* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 131 p. 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>. Acessado em 31/10/2023.
163. Keadle SK, McKinnon R, Graubard BI, Troiano RP. Prevalence and trends in physical activity among older adults in the United States: A comparison across three national surveys. *Preventive Medicine*. 2016;89:37–43.
164. Hino AAF, Gonçalves PB, Reis RS. Relatório do Ranking das Capitais Brasileiras Amigas da Atividade Física [recurso eletrônico]. *Saúde é Vital*. 2018. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/fitness/relatorio-do-ranking-das-capitais-brasileiras-amigas-da-atividade-fisica>. Acessado em 10/09/2023.
165. Dias TG, Nunes APBO, Santos CO, Cruz MDS, Guerra PH, Bernal RTI, et al. Nível de atividade física no lazer em adultos paulistanos: uma análise de tendência de 2006 a 2016. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020;23(e200099):1–13.

166. Sa TH, Garcia LMT, Claro RM. Frequency , distribution and time trends of types of leisure-time physical activity in Brazil , 2006 – 2012. *International Journal Public Health*. 2014;59:975–82.
167. Lima DF, Lima LA, Mazzardo O, Anguera G, Gabriela V, Piovani S, et al. O padrão da atividade física no lazer de idosos brasileiros. *Caderno de Educação Física e Esporte*. 2018;16(2):39–49.
168. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Neto OLM, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2009;18(1):7–16.
169. Hamasaki H. Daily physical activity and type 2 diabetes: A review. *World Journal of Diabetes*. 2016;7(12):243-251.
170. Bélanger M, Townsend N, Foster C. Age-related differences in physical activity profiles of English adults. *Preventive Medicine*. 2011;52(3–4):247–9.
171. Ferretti F, Macagnan D, Canei FC, Silva MR, Santos MPM. Physical activity level among older adultsover 70 years old and very old adults. *Fisioterapia em Movimento*. 2020;33(e003327):1-10.
172. Silva PSC, Boing AF. Factors associated with leisure-time physical activity: Analysis of Brazilians with chronic diseases. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2021;26(11):5727–38.
173. Beenackers M, Kamphuis C, Giskes K, Brug B, Kunst A, Burdorf A, et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9(116):1–23.
174. Werneck AO, Oyeyemi AL, Szwarcwald CL, Silva DR. Association between physical activity and alcohol consumption: Sociodemographic and behavioral patterns in Brazilian adults. *Journal of Public Health*. 2019;41(4):781–7.
175. Jesus AS, Rocha SV. Comportamento sedentário como critério discriminador do excesso de peso corporal em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2018;23(e0030):1–6.
176. Malta DC, Bernal RTI, Vieira Neto E, Curci KA, Pasinato MTM, Lisbôa RM,

- et al. Trends in risk and protective factors for noncommunicable diseases in the population with health insurance in Brazil from 2008 to 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018;21(Suppl 1) e180020: 1-14.
177. Rombaldi AJ, Menezes AM, Azevedo MR, Hallal PC. Leisure-time physical activity: Association with activity levels in other domains. *Journal of Physical Activity and Health*. 2010;7(4):460–4.
178. Barnett I, Sluijs E Van, Ogilvie D, Wareham NJ. Changes in household , transport and recreational physical activity and television viewing time across the transition to retirement : longitudinal evidence from the EPIC-Norfolk cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(8):747–53.
179. Ide PH, Martins MSAS, Segri NJ. Trends in different domains of physical activity in Brazilian adults: data from the Vigitel survey, 2006-2016. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(8)e00142919: 1–12.
180. Barreto-Santos L, Vasconcelos-Rocha S, Souza-Lessa R, Alves-Vilela AB. Multimorbidade em idosos de um município do nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. *Revista de Salud Pública*. 2019;21(5):519–25.
181. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira [recurso eletrônico]. 2015. Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 35. Rio de Janeiro; IBGE, 20145 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acessado em 31/10/2023.
182. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA - Carta de Conjuntura - Mercado de Trabalho. 2013;39:1–23. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/tag/mercado-de-trabalho/>. Acessado em 31/10/2023.
183. Souza LM, Lautert L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008;42(2):371–6.
184. Ribeiro PCC, Almada DSQ, Souto JF, Lourenço RA. Permanence in the labour market and life satisfaction in old age. *Ciências e Saúde Coletiva*.

2018;23(8):2683–92.

185. Souza LM de, Lautert L, Hilleshein EF. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e autopercepção da saúde de idosos de Porto Alegre. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(3):561–9.
186. Rojas-rueda D, Nazelle A, Tainio M, Nieuwenhuijzen MJ. The health risks and benefits of cycling in urban environments compared with car use : health impact assessment study. *BMJ*. 2011;343(d4521):1–8.
187. Saunders LE, Green JM, Petticrew MP, Steinbach R, Roberts H. What are the health benefits of active travel ? A systematic review of trials and cohort studies. *PLoS One*. 2013;8(8):e69912):1–13.
188. Shephard RJ. Is active commuting the answer to population health ? *Sport Med*. 2008;38(9):751–8.
189. Ussery EN, Carlson SA, Whitfield GP, Watson KB, Berrigan D, Fulton JE. Transportation and leisure walking among U.S. adults: Trends in reported prevalence and volume, National Health Interview Survey 2005–2015. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;55(4):533–40.
190. Sahlqvist S, Song Y, Ogilvie D. Is active travel associated with greater physical activity? The contribution of commuting and non-commuting active travel to total physical activity in adults. *Preventive Medicine*. 2012;55(3):206–11.
191. Norwood P, Eberth B, Farrar S, Anable J, Ludbrook A. Active travel intervention and physical activity behaviour : An evaluation. *Social Science & Medicine* . 2014;113:50–8.
192. Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS da, Tomasi E, Thumé E, et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(1):165–74.
193. Mielke GI, Costa DJS, Stopa SR, Campos MO, Pureza DY da, Silva MMA da. Tendência temporal de indicadores da prática de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Norte do Brasil: 2006-2013. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2015;20(2):130-40.
194. Kruger J, Ham SA, Berrigan D, Ballard-Barbash R. Prevalence of transportation and leisure walking among U. S. adults. *Preventive Medicine*.

2008;47:329–34.

195. Ethisan P, Somrongthong R, Ahmed J, Kumar R, Chapman RS. Factors related to physical activity among the elderly population in rural Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2017;8(2):71–6.
196. Haselwandter EM, Corcoran MP, Folta SC, Hyatt R, Fenton M, Nelson ME. The built environment, physical activity , and aging in the United States : A state of the science review. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2015;23(2):323–9.
197. Sari N. Physical inactivity and its impact on healthcare utilization. *Health Economics*. 2009;18(8):885–901.
198. Duijvestijn M, de Wit GA, van Gils PF, Wendel-Vos GCW. Impact of physical activity on healthcare costs: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):572: 1-13.
199. Wang F, McDonald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, physical activity, and health care utilization/costs among medicare retirees. *Obesity Research*. 2005;13(8):1450–7.
200. Raza W, Krachler B, Forsberg B, Sommar JN. Health benefits of leisure time and commuting physical activity: A meta-analysis of effects on morbidity. *Journal of Transport & Health*. 2020;18(June):100873.1-36.
201. Denche-zamorano Á, Mendoza-muñoz M, Carlos-vivas J, Muñoz-bermejo L. Associations between Physical Activity Level and Health Services Use in Spanish Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14);8867: 1–14.
202. Nunes BP, Chiavegatto Filho ADP, Pati S, Teixeira DSC, Flores TR, Camargo-Figuera FA, et al. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: A cross-sectional national-based study. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015885. 1-12.
203. Van Oostrom SH, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HSJ, et al. Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: Data from general practices and health surveys. *PLoS One*. 2016;11(8):e0160264.1–14.
204. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. [recurso eletrônico]. World Health Organization. 2008. 53 p. Disponível em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43811/9789241563536_eng.pdf?sequence=1. Acessado em 31/10/2023.

205. Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros : Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2020;37(e0117):1–15.
206. Redondo-sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6(155):1–9.
207. Zhang J, Xu L, Sun L, Li J, Qin W. Gender difference in the association of frailty and health care utilization among Chinese older adults : results from a population-based study. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(10):1985–91.
208. Nguyen HQ, Ackermann RT, Berke EM, Cheadle A, Williams B, Lin E, et al. Impact of a managed-medicare physical activity benefit on health care utilization and costs in older adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(1):43–8.
209. Maresova K, Vokoun M. The association between physical inactivity and health care utilization in the Czech Republic in 2008. 2013;1–17. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257916741>. Acessado em 31/10/2023.

9. ANEXOS

Anexo I - Carta de autorização para uso do Banco de Dados



Inquérito de Saúde no
município de São Paulo

São Paulo, 15 de outubro de 2020.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o uso do banco de dados ISA-Capital 2015 pelo pesquisador Bruno Holanda Ferreira, sob orientação do Prof. Dr. Moisés Goldbaum, na pesquisa intitulada: "**Atividade física entre idosos residentes no município de São Paulo: prevalência e fatores associados**".

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Chester L. Galvão Cesar', is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

Pesquisador principal

Inquérito ISA-Capital

Anexo II - Carta de Aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inquérito de saúde de base populacional no município de São Paulo 2014

Pesquisador: Chester Luiz Galvão Cesar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32344014.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 719.661

Data da Relatoria: 15/08/2014

Apresentação do Projeto:

Informações básicas sobre o projeto foram parcialmente substituídas pelo Pesquisador, alegando equívoco na versão anterior.

Carta de esclarecimento anexa explicita que a presente pesquisa será exclusivamente baseada em questionários, não envolvendo coleta de sangue.

Objetivo da Pesquisa:

Mantido objetivo de avaliar o estado de saúde da população residente no município de São Paulo segundo as condições de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantido risco mínimo, decorrente do desconforto das entrevistas. Nega coleta de material biológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1) O Pesquisador esclareceu que não se trata de estudo multicêntrico e que estará sendo realizado apenas em São Paulo.
- 2) Apresentou documento que comprova a concordância da Instituição Coparticipante (Secretaria da

Saúde do Município).

3) Mantido o TCLE mencionando riscos mínimos (devido às entrevistas), uma vez que afirma que não contemplar coleta de sangue neste projeto, tendo havido equívoco na versão anteriormente apresentada. Na carta de esclarecimentos nega que "haverá retenção de amostras para armazenamento em banco".

4) O cronograma atual encontra-se adequado.

5) O sigilo da pesquisa será mantido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos/documentos necessários para atender princípios éticos.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu às pendências, tendo modificado algumas informações básicas sobre o projeto. Nega que haverá coleta de sangue.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Relator considerou que o Pesquisador forneceu esclarecimentos e atendeu às pendências, considerando aprovado o projeto quanto aos aspectos éticos. O Colegiado acata este parecer.

SAO PAULO, 16 de Julho de
2014

Assinado por:

**Sandra Roberta Gouvea
Ferreira Vivolo
(Coordenador)**

**Anexo III – Relação dos blocos e questionários do ISACapital-2015
utilizados no projeto**

**Inquérito de Saúde no
Município de São Paulo
2014**



RELAÇÃO DE MORADORES DOS DOMICÍLIOS

BLOCO A

A 06. Quadro de moradores no domicílio:

	nº	Nome	Relação com o responsável pela família	Sexo (F, M)	Idade (anos)	Sorteio (X)	nº de ordem dos sorteados	Trabalha (S, N)
A 06a.	1		Responsável 1					
A 06b.	2							
A 06c.	3							
A 06d.	4							
A 06e.	5							
A 06f.	6							
A 06g.	7							
A 06h.	8							
A 06i.	9							
A 06j.	10							
A 06k.	11							
A 06l.	12							
A 06m.	13							

A 06n.	14							
A 06o.	15							

FOLHA DE CONTROLE
BLOCO B

B 01. Número de identificação: |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

End.:		Nº:	Compl.:
Tel.:	Cel.:	e-mail:	
Nome do selecionado:			

B 02. número do domicílio: |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

B 03. número da família: |_|_|

B 04. número de ordem do entrevistado: |_|_| / |_|_|

visita	Data	Hora	Nome do entrevistador	Observações	Resultado da visita
1ª	/ /				
2ª	/ /				
3ª	/ /				
4ª	/ /				

Resultado da entrevista:

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 1. aceita | 5. recusa parcial |
| 2. adiada | 6. outro |
| 3. morador ausente | 7. encerrar definitivamente |
| 4. recusa total | |

B 05. nº. de visitas realizadas: |_|_|

B 06. resultado final das visitas: |_|_|

B 07. data de nascimento: |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

B 08. sexo: 1. masculino 2. feminino

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

BLOCO L

L 01. Qual é a sua cor ou raça?

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra → ir para L 02.
9. NS/NR

L 02. Outra. Qual?

NS/NR

99.

L 10a. Qual é a sua situação conjugal?

1. casado no civil ou religioso
2. vive em união conjugal estável ou vive junto
3. solteiro
4. separado
5. desquitado ou divorciado
6. viúvo
9. NS/NR

L 13. O(a) Sr.(a) frequenta atualmente algum curso regular em escola ou universidade/faculdade?

1. não → pular para L 16. 2. sim 9. NS/NR → pular para L 16.

L 16. Até que ano da escola o(a) Sr.(a) completou?

01. nunca frequentou, não sabe ler e escrever
02. nunca frequentou, sabe ler e escrever
11. 1º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) - antigo pré
12. 2º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) – antiga 1ª. série
13. 3º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) – antiga 2ª. série
14. 4º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) – antiga 3ª. série
15. 5º ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (1ª série do Ginásio) – antiga 4ª. série
16. 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª. série

- 17. 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª. série
- 18. 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª. série
- 19. 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (5ª série do Ginásio) – antiga 8ª. Série

- | | |
|--|-------------------------------|
| 21. 1ª série do Ensino Médio (2o grau ou Colegial) | 30. curso superior incompleto |
| 22. 2ª série do Ensino Médio (2o grau ou Colegial) | 31. curso superior completo |
| 23. 3ª série do Ensino Médio (2o grau ou Colegial) | 32. pós-graduação incompleta |
| 25. cursos técnicos de nível médio incompletos | 33. pós-graduação completa |
| 26. cursos técnicos de nível médio completos | 99. NS/NR |

L 19. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

- 01. sim, em atividade
- 02. sim, mas afastado(a) por motivo de doença
- 03. sim, e também aposentado(a)
- 04. não, desempregado(a)
- 05. não, aposentado(a)
- 06. não, dona de casa
- 07. não, pensionista
- 08. não, só estudante
- 09. outros
- 99. NS/NR

PLANOS DE SAÚDE

BLOCO G3

G3 01. O(a) Sr.(a) tem ou já teve convênio ou plano de saúde médico ou odontológico?

- 1. não → **pular para Bloco G4.**
- 2. sim, tem → **pular para G3 03.**
- 3. sim, já teve
- 9. NS/NR → **pular para Bloco G4.**

1. não → pular para C2 05a. 2. sim 9. NS/NR →

pular para C2 05a.

C2 07a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr(a) tem ou teve **câncer**?

1. não → pular para C2 08a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 08a.

C2 08a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **artrite, reumatismo ou artrose**?

1. não → pular para C2 09a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 09a.

C2 09a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **osteoporose**?

1. não → pular para C2 10a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 10a.

C2 10a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **asma ou bronquite asmática**?

1. não → pular para C2 11a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 11a.

C2 11a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **enfisema, bronquite crônica ou doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**?

1. não → pular para C2 12a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 12a.

C2 12a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **rinite**?

1. não → pular para C2 13a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 13a.

C2 13a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **sinusite crônica**?

1. não → pular para C2 14a. 2. sim 9. NS/NR →
pular para C2 14a.

C2 14a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **outra doença do pulmão**?

1. não → pular para C2 15a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 15a.

C2 15a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **tendinite, LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)**?

1. não → pular para C2 16a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 16a.

C2 16a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **varizes de membros inferiores**?

1. não → pular para C2 17a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 17a.

C2 17a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) teve **acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame**?

1. não → pular para C2 18a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 18a.

C2 18a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea**?

1. não → pular para C2 19a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 19a.

C2 19a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **colesterol elevado**?

1. não → pular para C2 20a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 20a.

C2 20a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **doença de coluna ou problema de coluna**?

1. não → pular para C2 21a. 2. sim 9. NS/NR → pular para C2 21a.

C2 21a. O(a) Sr.(a) tem algum tipo de **problema emocional ou mental** como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, TOC (transtorno obsessivo compulsivo) esquizofrenia ou algum outro?

1. não → pular para C2 22a.
pular para C2 22a.

2. sim

9. NS/NR →

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

BLOCO G

Vou fazer algumas perguntas sobre o uso de serviços de saúde.

G1 01. Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a) procurou um serviço de saúde?

1. há menos de 2 semanas
2. entre 15 dias e um mês
3. mais de 1 mês a 3 meses
4. mais de 3 meses a 6 meses
5. mais de 6 meses a 1 ano
6. mais de 1 ano
9. NS/NR

3 a 6 e 9 → pular para G1 03.

G1 02. Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi ao serviço de saúde **nos últimos 30 dias**?

|_|_| vezes

99. NS/NR

G1 03. Qual foi o principal motivo pelo qual o(a) Sr.(a) procurou o serviço de saúde **na última vez**?

1. doença/ problema de saúde (consulta inicial ou de acompanhamento/controle) → ir para G1 04.
2. lesão → pular para G1 05.
3. problema de saúde mental
4. consulta de rotina
5. outro motivo → pular para G1 07.
9. NS/NR

3 e 4 e 9 → pular para G1

HOSPITALIZAÇÕES E CIRURGIAS

BLOCO G2

G2 01. O(a) Sr.(a) foi internado(a)/ hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

1. não → pular para G2 11.

2. sim

9. NS/NR → pular para

G2 11.

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

BLOCO K1

K1 01. Qual a sua altura?

|_| m. e |_|_| cm.

9/99. NS/NR

K1 02. Qual o seu peso?

|_|_| kg. e |_|_| g.

999/999. NS/NR

TABAGISMO

BLOCO K3

K3 03. O(a) Sr.(a) fuma atualmente? Se sim, fuma todos os dias?

1. não
2. sim, diariamente → **pular para K3 11.**
3. sim, mas não diariamente → **pular para K3 12.**
9. NS/NR

CONSUMO DE BEBIDAS

BLOCO K4

K4 01. Qual é a bebida de sua preferência?

Bebidas não alcoólicas

- 01 - Água
- 02 - Leite ou achocolatado
- 03 - Café
- 04 - Café com leite ou capuccino
- 05 - Chá ou chimarrão
- 06 - Refrigerante
- 07 - Refrigerante diet, light ou zero
- 08 - Suco de fruta natural/ polpa congelada
- 09 - Suco industrializado (pronto, concentrado, em pó ou xarope)
- 10 - Iogurte
- 11 - Vitamina de frutas com ou sem leite
- 12 - Bebida energética (*Red Bull, Flash Power*) ou isotônica (*Gatorade, SportDrink, Marathon*, etc.)
- 13 - Cerveja sem álcool

QUALIDADE DE VIDA

BLOCO F

F1 01. **Em geral**, o Sr.(a) diria que sua saúde é:

1. excelente/muito boa
2. boa
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

F1 02. **Comparado há um ano atrás**, como o Sr.(a) classificaria sua saúde em geral, **agora?**

L

1. muito melhor agora do que há um ano
2. um pouco melhor agora do que há um ano
3. quase a mesma de um ano atrás
4. um pouco pior agora do que há um ano
5. muito pior agora do que há um ano
9. NS/NR

QUEDAS

BLOCO D2

Não é raro nós cairmos, sofrermos quedas, em casa, na rua, ao tropeçarmos, escorregarmos ou por sofrermos alguma tontura ou desmaio. Algumas dessas quedas podem não provocar ferimentos, mas outras podem prejudicar muito a nossa saúde.

D2 01. O(a) Sr.(a) sofreu alguma **queda**, seja leve ou grave, nos **últimos 12 meses?**

1. não → **pular para Bloco D3.**
2. sim
9. NS/NR → **pular para Bloco D3.**

ATIVIDADE FÍSICA

BLOCO K2

As questões que se seguem estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr.(a) utiliza fazendo atividade física em uma semana **NORMAL, USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que o(a) Sr.(a) faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões, lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

SEÇÃO 1 - ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui AS ATIVIDADES QUE O(A) SR.(A) FAZ NO SEU SERVIÇO, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que o(a) Sr.(a) faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

K2 01a. Atualmente o(a) Sr.(a) trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

1. não → pular para seção 2. 2. sim 9. NS/NR → pular para seção 2.

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que o(a) Sr.(a) faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que o(a) Sr.(a) faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

K2 01b. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividades **VIGOROSAS**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para K2 01d.
9. NS/NR

K2 01c. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 01d. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades **MODERADAS**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para K2 01f.

9. NS/NR

K2 01e. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho?**

|_|_| horas |_|_| minutos

99. NS/NR

K2 01f. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) anda, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para seção 2.

9. NS/NR

K2 01g. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho?**

|_|_| horas |_|_| minutos

99. NS/NR

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como o(a) Sr.(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

K2 02a. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

|_| dias por **SEMANA** → e colocar o número zero (0), pular para K2 02c.

9.

NS/NR

K2 0 b. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta **POR DIA** utilizando **carro, ônibus, metrô ou trem?**

|_|_| horas |_|_| minutos

99. NS/NR

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

K2 02c. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício.

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para K2 02e.
9. NS/NR

K2 02d. Nos dias que o(a) Sr.(a) pedala, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 0 e. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para seção 3.
9. NS/NR

K2 02f. Quando o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** o(a) Sr.(a) gasta? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

<p style="text-align: center;">SEÇÃO 3 - ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA</p>
--

<p>Esta parte inclui as atividades físicas que o(a) Sr.(a) faz em uma semana NORMAL na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense somente naquelas atividades físicas que o(a) Sr.(a) faz por pelo menos 10 minutos contínuos.</p>
--

K2 03a. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades físicas **VIGOROSAS NO JARDIM OU QUINTAL** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para K2 03c.
9. NS/NR

K2 03b. Nos dias que o(a) Sr.(a) faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 03c. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **O JARDIM OU QUINTAL**?

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para K2 03e.
9. NS/NR

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para K2 04e.

9. NS/NR

K2 04d. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 04e. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades **MODERADAS no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar na velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

|_| dias por **SEMANA** → se colocar o número zero (0) → pular para seção 5.

9. NS/NR

K2 04f. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre**, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

K2 05a. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta sentado durante um **dia de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 05b. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

OUTRAS QUESTÕES RELATIVAS À ATIVIDADE FÍSICA

K2 06. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta assistindo TV durante um **dia de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 07. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta assistindo TV durante um **dia de final de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 08. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta no computador durante um **dia de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos 99. NS/NR

K2 09. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta no computador durante um **dia de final de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos

99. NS/NR

K2 11. Qual(is)?

01 a. caminhada (não vale como deslocamento)

02 a. corrida/corrida em esteira

03 a. bicicleta (não vale como deslocamento)

04 a. academia / ginástica em geral (ex: aula de step, jump, glúteo, aula de spinning, bicicleta ergométrica)

05 a. musculação

06 a. hidrogenástica

07 a. natação

08 a. yoga/ pilates

09 a. artes marciais e lutas

10 a. voleibol

11 a. basquetebol ou handebol

12 a. futebol

13 a. dança

14 a. educação física (escola)

15 a. outros

99 a. NS/NR