



ISSN 2318-5104 | e-ISSN 2318-5090

CADERNO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

*Physical Education and Sport Journal*

[v. 16 | n. 2 | p. 39-49 | 2018]

RECEBIDO: 20-03-2018

APROVADO: 27-06-2018

ARTIGO ORIGINAL

## O padrão da atividade física no lazer de idosos brasileiros

*The standard of physical activity in the leisure of brazilian elderly*

DOI: <http://dx.doi.org/10.36453/2318-5104.2018.v16.n2.p39>

Dartel Ferrari Lima<sup>1</sup>, Lohran Anguera Lima<sup>2</sup>, Oldemar Mazzardo<sup>1</sup>,  
Maria das Graças Anguera<sup>1</sup>, Verônica Gabriela Silva Piovani<sup>1</sup>, Arestides Pereira da Silva Junior<sup>1</sup>,  
Michael Pereira Silva<sup>3</sup>, Adelar Aparecido Sampaio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

<sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SP

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná (UNICENTRO)

### RESUMO

Com o decorrer da idade, ser fisicamente ativo ou permanecer fisicamente ativo pode se tornar dificultoso devido às barreiras funcionais, emocionais e sociais inerentes ao envelhecimento. O objetivo do estudo foi avaliar o padrão da atividade física e o perfil sociodemográfico e comportamental de idosos residentes nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Estudo descritivo com amostra de adultos entrevistados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel (2016). Foram entrevistados 53.210 adultos. Destes, 18.854 adultos (6.199 homens e 12.655 mulheres) tinham à época, 60 anos ou mais de idade. A caminhada foi a atividade física mais relatada. A frequência semanal mais adotada foi de 3 a 4 dias com duração de 60 minutos ou mais. O percentual de ativos no lazer foi menor com o aumento da idade e com a diminuição da escolaridade. Os ativos foram mais frequentes para a auto avaliação otimista da saúde e menos frequentes para o consumo de tabaco quando comparados aos seus pares inativos. O estudo revelou que, aproximadamente, metade da amostra negou a participação em atividade física no lazer, com um cenário mais desfavorável para as mulheres. O padrão de atividade física nos idosos ativos se alinhava às recomendações do Ministério da Saúde. A promoção de estilos de vida ativa deve fazer parte do planejamento de cuidados de saúde para os idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Exercício; Envelhecimento da População; Atividades de Lazer.

### ABSTRACT

With the passing of age, being physically active or remaining physically active can become difficult due to the functional, emotional or social barriers inherent to the aging. The aim of this study was to evaluate the pattern of physical activity and the sociodemographic and behavioral profile of elderly residents in the capitals of the Brazilian states and in the Federal District. Descriptive study with a sample of adults interviewed by the Surveillance of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases by Telephone Surveillance - Vigitel (2016). A total of 53,210 adults answered the interview. Of these respondents, 18,854 adults (6,199 men and 12,655 women) were then 60 years or older. Walking was the most reported physical activity. The most adopted weekly frequency was 3 to 4 days per week with a duration of 60 minutes or more. The percentage were more frequent for optimistic health self-assessment and less frequent for tobacco use when compared to their inactive peers. The study revealed that approximately half of the sample denied participation in leisure-time physical activity, with a more unfavorable scenario for women. The pattern of PA in the active elderly was aligned with the recommendations of the Ministry of Health. The promotion of active lifestyles should be part of health care planning for the elderly.

**KEYWORDS:** Exercise; Ageing population; Leisure activities.



Direitos autorais são distribuídos a partir da licença  
Creative Commons  
(CC BY-NC-SA - 4.0)



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico e anatômico que ocorre ao longo do tempo (ZAITUNE et al., 2010). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade inicial se estende para 65 anos (WHO, 2002). O processo do envelhecimento é acompanhado por um declínio gradual no desempenho e provoca mudanças individuais nas habilidades sociais, econômicas, mentais e físicas das pessoas (ROCHA et al., 2013).

A autonomia para as pessoas idosas é umas das premissas básicas no campo da promoção da saúde, uma vez que possibilita a esses indivíduos as tomadas de decisões e o gerenciamento de ações que influenciam a saúde e a qualidade de suas vidas (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

A participação em atividade física (AF) é um pré-requisito para a manutenção da independência funcional e para manter equilibrada a saúde física, mental e social dos idosos, permitindo-lhes um envelhecimento saudável (DHHS, 2008; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; HASKELL et al., 2007; ROCHA et al., 2013; ZAITUNE et al., 2010; WHO, 2005).

Os relatos de 2018 da Organização Mundial da Saúde evidenciam que 31% dos indivíduos com idade acima de 15 anos em todo o mundo têm um nível insuficiente de AF, sendo a insuficiência crescente com o aumento da idade (WHO, 2018). De acordo com as Diretrizes para Atividades Físicas para Americanos de 2008, apenas 14% dos estadunidenses com idade entre 65 a 74 anos e 7% com mais de 75 anos de idade apresentavam AF regular (DHHS, 2008). Na Inglaterra, os dados nacionais do último Inquérito de Saúde do ano de 2012, mostram que entre os adultos mais velhos (65-74 anos), 47% atingem os níveis recomendados de AF, decrescendo para 10% entre os homens e 2% entre as mulheres ao alcançarem 75 anos de idade (HSE, 2012). No mesmo sentido, segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2016, apenas 22% dos idosos brasileiros estavam fisicamente ativos (BRASIL, 2017).

Na maioria dos países, adultos mais velhos têm menos oportunidades de acesso a programas adequados e a lugares nos quais possam praticar AF com segurança, reforçando as desigualdades na saúde do idoso decorrente das diferenças sociais, demográficas, econômicas, culturais, biológicas ou outras. O ponto positivo desta perspectiva é que as decorrências que os diferenciam negativamente podem ser melhoradas pelas ações humanas (WHO, 2010).

A AF é, portanto, uma parte crucial dos programas de promoção de estilo de vida saudável. A avaliação e o monitoramento da participação de idosos em AF no tempo livre podem fornecer dados importantes para os planejadores de saúde e especialistas interessados no envelhecimento saudável. Na premissa de que o conhecimento da participação dos idosos em AF no lazer favorece a compreensão do modo que os idosos poderiam alcançar e manter as metas de AF recomendadas, este estudo se preocupou em avaliar o padrão da AF e o perfil sociodemográfico e comportamental de idosos residentes nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, para que seja possível estabelecer estratégia do setor da saúde pública para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população idosa.

## MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo, com dados secundários coletados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (Vigitel) referente ao inquérito transversal realizado no ano de 2016, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Os métodos empregados pelo Vigitel podem ser encontrados em publicação prévia (BRASIL, 2017).

No ano de 2016, o Vigitel estabeleceu um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade, para estimar, com nível de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco à saúde entre a população adulta.

Para selecionar os praticantes de AF no lazer, propôs-se aos entrevistados do inquérito a seguinte questão:

*Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?*

As respostas afirmativas conduziam à próxima pergunta:

*Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr (a) praticou?*

Coube ao entrevistador marcar a primeira atividade citada pelo respondente, dentro de uma lista de 17 opções: 1) caminhada; 2) caminhada em esteira; 3) corrida; 4) corrida em esteira; 5) musculação; 6) ginástica aeróbia; 7) hidrogenástica; 8) ginástica em geral; 9) natação; 10) artes marciais e luta; 11) bicicleta (que passa a ser denominado de ciclismo na sequência do texto); 12) futebol/futsal; 13) basquetebol; 14) voleibol/futevôlei; 15) tênis; 16) dança; 17) outros. Para efeitos de análise, foram agrupados os valores referentes à caminhada com os da caminhada em esteira; da corrida com os da corrida em esteira; da ginástica aeróbia com os da ginástica geral.

A frequência das atividades foi expressa em dias por semana (agrupada em: todos os dias; 5–6 dias; 3–4 dias; 1–2 dias) e a duração das atividades foi expressa em minutos (agrupada em: menos de 30 minutos; de 30 a 60 minutos; maior do que 60 minutos).

O conceito ‘ativo no lazer’ foi atribuído ao participante que respondeu ter participado de uma das 17 opções de exercício físico ou esporte apresentadas pelo entrevistador, pelo menos uma vez por semana, no decorrer dos três meses anteriores à realização do inquérito. O conceito de ‘inativo’ foi atribuído aos participantes que responderam negando a participação de qualquer modalidade de exercício físico ou esporte no tempo livre entre as 17 opções apresentadas pelo entrevistador.

As variáveis sociodemográficas consideradas para a análise da amostra foram: sexo (feminino e masculino); idade (igual ou maior do que 60 anos); nível de escolaridade (agrupado em anos de estudo: 0-8 anos; 9-11 anos; 12 anos ou mais); estado civil (agrupados em: solteiro; casado e/ou união estável há mais de seis meses; viúvo; separado ou divorciado).

As variáveis comportamentais consideradas para a análise da amostra foram: consumo de bebidas alcoólicas; consumo abusivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais doses para homem ou quatro ou mais doses para mulher, em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias à data da entrevista); tabagismo (quantidade de cigarros consumidos por dia, agrupado em: menos de 20 cigarros/dia e 20 ou mais cigarros/dia); auto avaliação do estado de saúde (agrupado em: muito bom e bom; regular; ruim e muito ruim); morbidade referida (hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*); hábito sedentário (assistir à televisão por três ou mais horas diárias – sim/não).

Pesos de pós-estratificação foram considerados para extrapolar os resultados à população das capitais sem telefone fixo. O chamado método ‘rake’ foi utilizado para estimar a população total de cada cidade, com base em dados censitários do ano de 2016. Foram estimadas as frequências das variáveis de interesse para o conjunto da amostra, para os ativos segundo o sexo com respectivos intervalos de confiança da ordem de 95% (IC95%). Para a comparação da distribuição das frequências entre as categorias das variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado para tendência *Linear-by-Linear Association*. Mudanças significativas foram indicadas quando o valor foi de  $p < 0,05$ . Todas as análises foram realizadas pelo pacote estatístico Stata®, versão 11.

O projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde. O banco de dados do inquérito Vigitel, impossibilita a identificação dos entrevistados. Trata-se, portanto, de um estudo dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o inquérito do Vigitel referente ao ano de 2016, inicialmente foram sorteadas 127.200 linhas telefônicas. Com base em critérios preestabelecidos, foram computadas 77.671 linhas elegíveis, das quais 53.210 responderam à entrevista; 20.258 homens e 32.952 mulheres concederam entrevistas completas. A média da idade dos entrevistados foi de 50,2 ( $\pm 18,0$  anos). Do conjunto da amostra, 18.854 respondentes (6.199 homens e 12.655 mulheres) tinham à época, 60 anos ou mais de idade. A média da idade dos entrevistados idosos foi de 70,1 ( $\pm 7,7$  anos).

A Tabela 1 mostra a frequência relativa de variáveis sociodemográficas e comportamentais, agrupados

por temas que envolvem a participação dos idosos em AF no lazer, nível de escolaridade, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, hábitos sedentários no tempo livre e morbidades referidas. As estimativas para o conjunto da amostra das 27 cidades são também apresentadas segundo o nível de AF e o sexo.

**Tabela 1.** Frequência relativa de variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde em idosos das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por participação em atividade física de lazer e sexo, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2016.

Variáveis	Total de Ativos % (IC95%)	Valor p	Sexo	
			Masculino % (IC95%)	Feminino % (IC95%)
<b>Idade</b>				
60-70 anos	52,2 (49,0 - 56,9)	<0,001	55,8 (51,9 - 59,6)	50,3 (47,4 - 54,4)
71 a 80 anos	46,6 (42,0 - 48,8)		54,0 (51,2 - 57,6)	43,2 (39,8 - 46,3)
81-90 anos	37,4 (34,5 - 40,5)		47,2 (42,9 - 51,2)	33,8 (28,9 - 38,3)
≥ 90 anos	28,0 (25,0 - 31,1)		33,3 (30,8 - 36,8)	26,6 (22,4 - 30,5)
<b>Estado Civil</b>				
Casado/união estável	51,5 (47,9 - 55,3)	0,567	54,8 (51,2 - 57,6)	48,1 (44,1 - 51,1)
Separado/divorciado	49,6 (46,6 - 52,8)		52,6 (49,1 - 55,2)	48,6 (44,4 - 51,5)
Viúvo	43,4 (39,5 - 47,8)		51,5 (47,9 - 55,3)	42,6 (39,1 - 47,1)
Solteiro	43,3 (40,0 - 46,8)		61,3 (57,3 - 63,9)	40,5 (36,9 - 43,5)
<b>Escolaridade</b>				
0 a 8 anos	37,7 (33,8 - 39,8)	<0,001	41,1 (37,8 - 44,3)	36,3 (34,0 - 39,7)
9 a 11 anos	51,7 (47,7 - 54,4)		56,3 (51,6 - 62,3)	49,5 (46,6 - 52,8)
≥ 11 anos	64,1 (60,9 - 67,7)		69,1 (63,8 - 74,0)	60,8 (57,0 - 63,6)
<b>Estado de saúde</b>				
Muito bom/bom	67,6 (62,6 - 73,3)	0,034	70,2 (65,8 - 75,2)	65,3 (51,0 - 78,1)
Regular	29,8 (26,9 - 33,5)		27,7 (22,0 - 28,8)	31,0 (27,5 - 36,9)
Muito ruim/ruim	3,2 (2,1 - 3,8)		2,1 (1,7 - 2,8)	3,7 (3,2 - 4,5)
<b>Hipertensão</b>				
sim	41,0 (34,4 - 46,1)	0,334	45,3 (40,4 - 49,1)	37,7 (32,0 - 44,2)
<b>Diabetes</b>				
sim	39,0 (33,4 - 45,9)	0,267	43,9 (36,1 - 47,5)	37,1 (31,2 - 43,0)
<b>Diabetes e Hipertensão</b>				
sim	37,5% (32,2 - 44,7)	<0,001	41,8 (35,7 - 46,8)	36,0 (31,7 - 43,8)
<b>Fumante</b>				
Sim	5,0 (4,5 - 6,7)	0,004	5,9 (3,4 - 6,8)	4,5 (3,6 - 5,7)
< 20 cigarros/dia	76,3 (67,8 - 79,2)		70,3 (64,8 - 76,2)	80,6 (72,9 - 86,5)
≥ 20 cigarros dia	23,7 (21,0 - 25,2)		29,2 (27,0 - 32,4)	19,4 (17,1 - 22,8)

No ano de 2016, foi detectado decréscimo progressivo na frequência da participação de idosos ativos no lazer com o aumento da idade. Na faixa etária de 60 a 70 anos, havia 52,2% de idosos ativos, regredindo para 28,0% ao atingir a faixa etária de 90 anos ou mais.

Os idosos com maior tempo de escolaridade relataram maior participação em AF no lazer. Para aqueles com 11 anos ou mais de escolaridade, 64,1% estavam ativos no tempo livre, enquanto para aqueles com tempo de escolaridade (0 a 8 anos), somente 37,7% estavam ativos.

Aproximadamente 70% dos idosos ativos de ambos os sexos avaliaram o próprio estado de saúde de modo otimista. Curiosamente, mesmo diante de tal otimismo, 41,0% deles informaram ter hipertensão, 39,0%

informaram ter diabetes e outros 37,5% informaram ter concomitantemente, ambas as doenças.

O tabagismo foi informado por 5,0% dos entrevistados, sendo o consumo de tabaco mais prevalente entre os homens. O consumo de bebida alcoólica foi informado por 32,5% dos ativos, sendo mais prevalente em homens idosos (39,4%) quando comparado às mulheres idosas (25,8%).

Em relação aos hábitos sedentários, aproximadamente 41,2% dos idosos, de ambos os sexos, informaram dedicar de uma a três horas diárias do tempo livre para assistir à televisão. Não houve diferenças significativas entre o tempo dispensado a assistir à televisão entre ativos e inativos ( $p=0,84$ ). A Tabela 2 mostra a frequência relativa dos principais tipos de AF praticados no tempo livre, da frequência semanal e da duração das sessões das atividades de lazer dos idosos brasileiros.

**Tabela 2.** Frequência relativa do padrão da atividade física de lazer de idosos nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por tipo principal de atividade física ou esporte praticado, frequência semanal, duração de cada sessão e sexo, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2016.

Variáveis	Total de Ativos % (IC95%)	Sexo	
		Masculino % (IC95%)	Feminino % (IC95%)
<b>Modalidade</b>			
Caminhada	56,1 (52,1 - 58,0)	64,4 (60,4-67,3)	51,2 (48,2 - 52,4)
Ginástica	14,2 (11,4 - 16,6)	7,2 (5,8-9,2)	18,3 (15,3 - 20,1)
Hidroginástica	9,2 (7,6 - 11,1)	2,3 (1,6-2,9)	13,1 (11,4 - 15,1)
Musculação	5,8 (4,3 - 6,5)	5,6 (3,8 - 7,0)	5,8 (3,9 - 7,2)
Ciclismo	3,9 (3,2 - 5,1)	7,1 (5,6-9,1)	2,0 (0,7 - 3,3)
Dança	1,7 (1,4 - 1,9)	0,4 (0,04-0,8)	2,3 (1,6 - 2,9)
Corrida	1,6 (0,5-2,7)	2,9 (1,8-4,0)	0,8 (0,2-1,4)
Natação	1,4 (0,2-2,8)	1,9 (1,4-2,2)	1,0 (0,7-1,3)
Futebol	1,2 (0,3-1,9)	3,3 (2,7 - 4,9)	0,02 (0,004-0,04)
Tênis	0,3 (0,04-0,6)	0,7 (0,2-1,4)	-
Lutas	0,2 (0,03-0,5)	0,3 (0,2-0,5)	0,1 (0,01-0,2)
Voleibol	0,07 (0,005-0,01)	0,1 (0,01-0,2)	0,05 (0,02-0,09)
Basquetebol	0,03(0,006-0,06)	-	0,03 (0,006-0,06)
Outros	5,0 (3,8-8,0)	4,6 (3,8 - 6,3)	5,2 (4,0 - 6,9 8)
<b>Frequência semanal</b>			
1 a 2 dias	28,8 (26,2 - 31,5)	22,6 (21,0 - 27,7)	32,6 (28,7 - 33,8)
3 a 4 dias	37,1 (34,4 - 40,1)	34,6 (31,5 - 36,2)	38,7 (35,4 - 41,9)
5 a 6 dias	23,2 (19,9 - 27,0)	27,3 (25,2 - 29,7)	20,7 (16,9 - 24,6)
Todos os dias	10,9 (8,3 - 12,6)	15,5 (12,7 - 16,8)	8,0 (6,3 - 10,8)
<b>Duração (sessão)</b>			
< 30 minutos	8,4 (6,0 - 10,8)	9,1 (7,4 - 10,8)	8,1 (6,1 - 9,9)
30 a 60 minutos	37,7 (36,1 - 40,0)	37,4 (34,4 - 40,1)	37,6 (35,8 - 39,5)
> 60 minutos	54,3 (50,8 - 57,5)	53,5 (49,2 - 56,4)	54,3 (52,0 - 57,8)

A caminhada foi o tipo principal de AF mais relatado por homens e mulheres idosos (56,1%), mostrando ser mais frequente entre os homens (64,4%) quando comparado às mulheres (51,2%). A frequência semanal da participação dos idosos em AF no lazer foi mais prevalente, de 3 a 4 dias na semana (37,1%). Os homens

idosos se apresentaram mais assíduos nas AF de lazer quando comparados às mulheres ( $p < 0,001$ ). Em relação à duração das atividades, a maior parte dos ativos (54,3%), de ambos os sexos, dispôs de mais de 60 minutos para cada sessão.

Está bem documentada na literatura a concordância para a associação do sexo e da idade com a participação em AF no lazer. Os estudos coincidem em mostrar maior participação da AF no lazer entre os homens e tendência decrescente desta participação com o aumento da idade, em ambos os sexos (HALLAL et al., 2012; LIMA, 2014).

Os resultados apresentados neste estudo mostram 51,3% de adultos ( $\geq 60$  anos de idade) inativos, com o cenário mais desfavorável para as mulheres. Para os adultos com idade menor do que 60 anos, a proporção entre ativos e inativos no lazer também se apresentou desfavorável para as mulheres (LIMA, 2014), evidenciando que a distribuição da frequência de participantes em AF a favor dos homens não é um fenômeno exclusivo do envelhecimento, a sim, é uma condição que não foi resolvida anteriormente.

A menor participação em AF no lazer com o aumento da idade pode ser atribuída, pelo menos em parte, à limitação física causada por doenças crônicas e por suas consequências. Essas doenças tendem a aumentar as limitações funcionais, criando um círculo vicioso: as doenças limitam a participação em AF, que, por sua vez, têm efeitos adversos sobre a capacidade funcional do idoso (LIMA, 2014). Romper esse círculo vicioso, quando presente, torna-se imprescindível para a melhoria da saúde e da qualidade de vida do idoso.

Os hábitos dedicados ao tempo livre geralmente se relacionam com as experiências do sujeito durante o seu desenvolvimento, as quais, ao se repetirem se transformam em costumes (FORMIGA; AYROZA; DIAS, 2005). Assim, se os hábitos de lazer se constituem ao longo da vida, parece coerente supor que mudança de comportamento efetiva deve ser construída ao longo de toda a vida.

Alinhadas ao cenário de envelhecimento da população global, as adversidades pela falta de AF repercutirão, sobretudo, no grupo dos adultos de mais idade (WHO, 2010). Nesse sentido, sendo as mulheres menos ativas no lazer do que os homens em todas as fases da vida, é esperado que elas se exponham mais às adversidades da inatividade física. Sobre isso, Vagetti et al. (2013), em estudo transversal envolvendo 1.806 mulheres (60,0 a 92,7 anos de idade), verificou que a idade crescente foi inversamente associada ao alcance das recomendações mínimas de AF preconizadas pela OMS em 2010 (*odds ratio*: 0,77-0,48).

O estado civil dos idosos ativos comparado aos inativos não apresentou diferença significativa. Este resultado contraria aquele apresentado por Vitória e colaboradores (2012) ao analisarem o comportamento recreativo de idosos com idade de 60 a 79 anos, residentes no interior da Bahia. Os autores mostraram naquele estudo que solteiros e separados estavam mais ativos do que o grupo constituído de casados, em união estável e viúvos. As diferenças do tamanho da amostra e da localidade podem ter contribuído para a discrepância.

Esta pesquisa mostrou que o percentual de ativos no lazer foi maior no grupo com maior tempo de escolarização, alinhando-se com os resultados de Eakin et al. (2007), ao verificarem em um grupo de 1.818 australianos, maior nível de AF entre os mais escolarizados, independentemente do local de residência. No Brasil, Salles-Costa et al. (2003) avaliaram 4.030 funcionários de uma universidade na cidade do Rio de Janeiro e destacaram a menor chance do grupo de menor escolaridade se engajar em AF. Mourão et al. (2013), ao pesquisarem idosos da cidade de Maceió, evidenciaram que os idosos com menor escolaridade apresentaram maior prevalência de serem insuficientemente ativos no lazer.

Neste sentido, considera-se que a maior escolaridade pode significar que os idosos com maior instrução educacional apresentem renda mais elevada e, por isso, maior acessibilidade a locais, a serviços e a materiais para a prática de AF no lazer, além de apresentarem maior nível de conhecimento, de informação e maior tendência de residir em contextos espaciais e ambientais favoráveis à prática de AF. Assim, a inclusão social dos idosos menos escolarizados passa a ser vista como um fator importante para aumentar a prática de AF no tempo livre (HALLAL et al., 2012).

Este estudo evidenciou que para o conjunto dos idosos ativos, a autopercepção do estado de saúde foi mais otimista quando comparado aos inativos. Os estudos encontrados na literatura envolvendo a relação do estado de saúde com a prática de AF mostram o mesmo sentido. Cardoso et al. (2008), ao avaliarem idosos (média da idade de 70 anos), verificaram que o grau de satisfação com o estado de saúde foi maior para aqueles com nível de AF mais elevado. A revisão sistemática conduzida por Vancea et al. (2011), em estudos

publicados entre 2005 a 2009, corroborou as observações anteriores.

A metade dos idosos hipertensos e diabéticos estava ativa no lazer. O diagnóstico prévio da hipertensão arterial e do diabetes pode incentivar os portadores a buscarem a atenuação do problema mediante a participação em AF, podendo reforçar a proteção atribuída à AF (HALLAL et al., 2012).

Neste estudo também foi observado o menor percentual de idosos fumantes e ativos no lazer quando comparado com os idosos fumantes e inativos. Essa observação corrobora o estudo de Miranda, Almeida e Marques (2009). O tabagismo, além de ser fator de risco a diversas morbidades, também está envolvido com a capacidade de esforço. A sensação desagradável provocada pela fadiga é antecipada pelo tabagismo. A fadiga precoce é uma barreira que deve ser eliminada ou mitigada como fator que desmotiva os idosos a participarem de AF (AOYAGI et al., 2010).

De modo complementar, foi evidenciado o maior percentual de idosos ativos consumidores de bebidas alcoólicas quando comparados com seus pares inativos. Os motivos que levam os idosos ativos serem mais bebedores que os inativos ainda são incertos. As pesquisas publicadas com esse escopo, quase sempre envolvem a amostra com participantes jovens (CAVALCANTE, 2010; CISA, 2013).

Segundo o Departamento Nacional de Saúde dos Estados Unidos, ativos consomem mais bebidas alcoólicas devido a características comportamentais (EUA, 2008). Mais recentemente, tem-se especulado que alterações nos circuitos cerebrais supostamente desencadeados pela AF podem desempenhar um papel estimulante para o consumo de bebida alcoólica, porém não está claro como o mecanismo de recompensa interage e se manifesta (LEASURE; NIXTON, 2010; LIMA et al., 2018).

O tempo utilizado para assistir à televisão é um parâmetro usado pelo Vigitel para monitorar os hábitos sedentários do cotidiano. Postula-se que quanto maior for o tempo dispensado para assistir à televisão, maior será o tempo dedicado a hábitos sedentários. Embora haja controvérsias da utilização desse indicador para atender a esse objetivo, neste estudo não foram observadas diferenças significativas do tempo dedicado a assistir à televisão com a participação em AF no lazer (SAUNDERS et al., 2013).

O padrão da AF de lazer observada neste estudo mostra que as atividades de intensidade moderada totalizaram mais de 90% da preferência dos idosos. Isso parece coerente com a idade, considerando que, de modo geral, os idosos apresentam menor aptidão física do que os mais jovens e se adaptam melhor às modalidades menos intensas. Essa decisão está de acordo com a maioria das diretrizes que recomendam AF para idosos (CDC, 2010; DHHS, 2008; HASKELL et al., 2007; WHO, 2010).

A caminhada foi o tipo de AF no lazer responsável em manter ativa a maior quantidade de idosos (55%). Outros autores encontraram a mesma tendência (MOURÃO et al., 2013; ZAITUNE et al., 2007). A prática da caminhada como AF de lazer ganhou força no Brasil em meados da década de 1970, e atualmente, segundo o monitoramento da AF realizada pelo Vigitel, a caminhada se apresenta como a escolha de preferência para a prática de AF de mais de 60% dos idosos brasileiros (BRASIL, 2012). Por ser uma atividade natural, de baixo impacto e sem custo, o idoso se adapta melhor à caminhada, favorecendo a adesão e a aderência desta atividade (SANTOS; FORONI; CHAVES, 2009).

A ginástica e a hidroginástica, a segunda e a terceira modalidades mais relatadas, respectivamente, foram predominantemente de participação feminina, enquanto o ciclismo e o futebol foram predominantemente de participação masculina. Os exercícios de resistência (musculação), são recomendados para combater a perda de força muscular inerente ao envelhecimento, foi a quarta opção de AF no lazer mais prevalente, relatado como a principal modalidade por, aproximadamente, 6% dos idosos ativos. Muito embora a OMS recomende para idosos a prática de musculação duas vezes na semana, não foi possível identificar no inquérito do Vigitel a prevalência da musculação como atividade secundária.

Neste estudo, as mulheres idosas apresentaram menor frequência semanal das atividades quando comparadas aos homens. Este fenômeno foi contributivo para que as mulheres não alcançassem a quantidade mínima de AF recomendada pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Esta observação já havia sido apontada por Mourão et al. (2013) ao verificarem maior proporção de mulheres idosas subativas no lazer (80,6%) quando comparadas aos homens (66,0%).

Segundo o estudo de Lima (2014), a realização de sessões de AF de 1 a 2 vezes por semana foi apresentada como o fator que mais concorreu para que os adultos ativos não alcançassem as recomendações OMS de

2010. Para aquele estudo, o autor simulou um acréscimo hipotético de uma sessão para cada um dos 6.233 adultos classificados como 'insuficientemente ativos' sem modificar qualquer outro parâmetro. A simulação resultou na mudança da classificação de 529 participantes (85%), passando-os de 'insuficientemente ativos' para 'suficientemente ativos'.

Naquele mesmo estudo, uma segunda simulação foi realizada para o mesmo grupo de adultos "insuficientemente ativos". Dessa vez, foi acrescentado tempo em minutos para a duração das atividades, sem modificar qualquer outro parâmetro. O tempo acrescentado permitiu que todos os participantes tivessem para cada sessão realizada, a duração não inferior de 60 minutos. Entre os 6.233 adultos 'insuficientemente ativos', apenas 11% obtiveram mudança do nível de AF. Assim, há de se ressaltar que o aumento da duração do esforço com o objetivo de aumentar o nível da AF.

A determinação ideal da frequência semanal ainda não é uma discussão encerrada. A Organização Mundial da Saúde e o Departamento de Saúde dos Estados Unidos orientam à população global a realização de 150 minutos de AF moderada ou 75 minutos de AF vigorosa ou qualquer combinação entre as duas intensidades de esforço, com qualquer frequência semanal (WHO, 2010). No entanto, a maioria das mudanças morfofuncionais do organismo ocorre mediada pelos processos de adaptação funcional em resposta à AF e a sua magnitude diminui ou se desfaz à medida que aumenta o intervalo entre os estímulos (BARROWS; FLEURY, 2016). Desse modo, não explicitar a distribuição das atividades ao longo da semana pode induzir, erradamente, as pessoas a se esforçarem excessivamente para alcançar a meta em uma única sessão.

Finalmente, os resultados aqui apresentados mostram que não houve diferenças significativas na duração das atividades entre os sexos. A duração das atividades está alinhada às recomendações da maioria das diretrizes que recomendam à suas comunidades, a AF com duração entre de 30 a 60 minutos (CDC, 2010; DHHS, 2008; HASKELL et al., 2007; WHO, 2010).

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. Os dados do Vigitel foram obtidos exclusivamente por entrevistas de residentes em moradias com linha de telefone fixo. Segundo o IBGE (2018), as moradias com telefone fixo apresentam um rendimento per capita de seus ocupantes superior às moradias sem telefone fixo. O uso de pesos pós-estratificados procurou minimizar possíveis diferenças entre a população total e a população analisada. Contudo, existe a possibilidade de viés de seleção residual. Os pesos pós-estratificados não permitem extrapolar os resultados deste estudo para a população residente nas cidades do interior do país. A pergunta sobre o principal tipo de AF no inquérito do Vigitel não é uma questão de múltipla escolha. A preferência por uma das opções não exclui outra possibilidade de prática estar ocorrendo simultaneamente. Assim, a possibilidade de subestimação do número real da participação em algumas modalidades necessita ser considerada.

Os pontos fortes deste estudo encontram-se nas informações sobre a prática de AF no lazer de numerosa amostra de brasileiros com 60 anos ou mais de idade residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, onde habitam aproximadamente 25% da população brasileira, periodicamente monitorada pelo Vigitel, desde o ano de 2006. Os resultados representam evidências relevantes sobre o comportamento da população com mais idade em relação à participação em AF espontânea no tempo livre, especialmente para os profissionais da Educação Física e agentes interessados em planejar e promover a AF da população idosa no lazer. A análise do perfil sociodemográfico, da percepção de acessibilidade, de segurança e das características peculiares dos idosos reforça a necessidade de ações voltadas a assegurar o início ou a continuidade da participação do idoso em AF no tempo livre, quando a idade significar uma barreira a essa prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo baseou-se na crescente expectativa de vida ao nascer da população brasileira e na condição da AF no lazer como contributo favorável para a saúde física e mental de pessoas mais velhas e como componente importante do envelhecimento bem sucedido. A participação em AF no lazer decresceu com a idade de modo mais evidente entre as mulheres e aumentou com o maior tempo de escolaridade. A maior parte da amostra avaliou otimistamente o estado de saúde. O consumo de bebidas alcoólicas foi mais evidente do que o consumo de cigarros, principalmente entre os homens. A caminhada foi a atividade responsável por



manter ativa mais da metade da amostra no tempo livre, com homens repetindo as atividades mais vezes por semana do que as mulheres. Para ambos os sexos, cada sessão de atividade durava 60 minutos ou mais.

Os profissionais envolvidos na atenção primária à saúde dos idosos devem desempenhar um papel mais efetivo para combater a inatividade física dos idosos no tempo livre. Portanto, à luz das informações apresentadas, o aumento da atenção para a elaboração e para a implementação de políticas públicas de combate a inatividade pode contribuir para uma vida mais longa e de melhor qualidade. Não menos importante, é a continuidade do monitoramento da participação da AF na vida da população pelo Vigitel.

## REFERÊNCIAS

AOYAGI, Y.; PARK, H.; PARK, S.; SHEPHARD, R. J. Habitual physical activity and health-related quality of life in older adults: interactions between the amount and intensity of activity. **Quality of Life Research**, Rockville Pike, v. 19, n. 3, p. 333-8, 2010.

BARROWS, J.; FLEURY, J. Systematic review of yoga interventions to promote cardiovascular health in older adults. **Western Journal of Nursing Research**, Durham, v. 38, n. 6, p. 753-81, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37078](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37078)>. Acessado em: 10 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel - Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>. Acessado em: 10 de janeiro de 2018.

CARDOSO, A. S.; MAZO, G. Z.; SALIN, M. S.; SANTOS, C. A. X. Percepção subjetiva de saúde e nível de atividade física de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 81-91, 2008.

CAVALCANTE, P. A. M. Nível de atividade física e nível de consumo de álcool e drogas em universitários de Educação Física. **Lectures: Educación Física y Deportes**, Revista Digital, Buenos Aires, v. 151, n.15, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd151/consumo-de-alcool-e-drogas-em-universitarios.htm>>. Acessado em: 05 de fevereiro de 2018.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **State indicator report on physical activity. Atlanta (U.S)**. Department of Health and Human Services, 2010. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/physicalactivity/resources/reports.html>>. Acessado em: 05 de fevereiro de 2018.

CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **Compreensão da coocorrência de comportamentos como consumo de álcool, transtornos alimentares, prática de atividades físicas a partir da drunkorexia**. CISA: São Paulo. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/index.php>>. Acessado em 10 de julho de 2015.

DHHS. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for americans. Washington (DC). DHHS, 2008. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines>>. Acessado em: 12 de agosto de 2016.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685-92, 2011.

EAKIN, E. G.; LAWLER, S. P.; VANDELANOTTE, C.; OWEN, N. Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, Michigan, v. 32, n. 5, p. 419-434, 2007.

FORMIGA, N. S.; AYROZA, I.; DIAS, L. Escala das atividades de hábitos de lazer: construção e validação em jovens. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, Cubatão, v. 6, n. 2, p. 71-9, 2005.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F. C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, London, v. 380, p. 247-57, 2012.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sport Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianápolis, v. 3, n. 2, p. 1423-34, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua - PNAD Contínua: 2012-2016**. Características Gerais dos Moradores. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/habitacao/17270-pnad-continua.html?edicao=18264&t=sobre>>. Acessado em: 20 de fevereiro de 2018.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. D. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 480-90, 2015.

LEASURE, J. L.; NIXON, K. Exercise neuroprotection in a rat model of binge alcohol consumption. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, Medford, v. 34, p. 4-14, 2010.

LIMA, D. F. **Atividade física de adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: um estudo transversal**. 2014. 162f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MIRANDA, J. S.; ALMEIDA, J. B.; MARQUES, S. F. G. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma unidade universitária. **Enfermagem Brasil**, São José do Rio Preto, v. 8, n. 5, p. 14-22, 2009.

MOURÃO, A. R. de C.; NOVAIS, F. V.; ANDREONI, S.; RAMOS, L. R. Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceió, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 1112-22, 2013.

ROCHA, S. V.; DE ALMEIDA, M. M. G.; DE ARAÚJO, T. M.; SANTOS, L. B.; RODRIGUES, W. K. M. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 191-5, 2013.

SALLES-COSTA, R.; WERNECK, L. G.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1095-1105, 2003.

SANTOS, P. L. dos; FORONI, P.M.; CHAVES, M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p. 54-60, 2009.

SAUNDERS, L. E.; GREEN, J. M.; PETTICREW, M. P.; STEINBACH, R.; ROBERTS, H. What are the health benefits of active travel? A systematic review of trials and cohort studies. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 8, 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069912>>. Acessado em: 05 de fevereiro de 2018.

VAGETTI, G. C.; BARBOSA FILHO, V. C.; MOREIRA, N. B.; DE OLIVEIRA, V.; MAZZARDO, O.; CAMPOS, W. de. The prevalence and correlates of meeting the current physical activity for health guidelines in older people: a cross-sectional study in brazilian women. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Oklahoma, v. 56, n. 3, p. 492-500, 2013.

VANCEA, L. A.; BARBOSA, J. M. V.; MENEZES, A. S.; SANTOS, C. M. Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 3, p. 246-54, 2011.

VITÓRIO, V. M.; GIL, C. C. N.; ROCHA, S. V.; CARDOSO, J. P.; CARNEIRO L. R. V.; AMORIM C.R. Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 75-89, 2012.

WHO. World Health Organization. Active ageing – a police framework. **A contribution of the world health organization to the second united nations world assembly on aging**. Madrid: WHO, 2002. Disponível em: <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>>. Acessado em: : 05 de maio de 2017.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento\\_ativo.pdf?sequence=1](http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1)>. Acessado em: 14 de junho de 2016.

WHO. World Health Organization. **Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa>>. Acessado em: 10 de abril de 2018.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/>>. Acessado em: xx 05 de maio de 2012.

ZAITUNE, M. P. D. A.; BARROS, M. B. D. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6. p. 329-38, 2007.

ZAITUNE, M. P. D. A.; BARROS, M. B. D. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. 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**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1606-18, 2010.

---

Autor correspondente: **Dartel Ferrari Lima**

E-mail: **dartelferrari07@gmail.com**

Recebido: **20 de março de 2018.**

Aceito: **27 de junho de 2018.**

\* \* \* \* \*