

Influência do nível de atividade física no lazer na qualidade de vida de idosos

Influence of leisure physical activity level on elderly quality of life

Carlos Brendo Ferreira Reis^{1,2,3*}, Lucas Lima Galvão², Leonardo Araújo Vieira², João Gabriel Ribeiro Smith³, Lucas Rangel Affonso de Miranda^{1,2}, Thales Couto Bergantini^{1,2}, Victor Hugo Gasparini Neto^{1,2}, Luciana Carletti^{1,2}, Romulo Bruzaca Soares³, Richard Diego Leite^{1,2}

- 1 Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- 2 Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGEF/UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- 3 Faculdade Estácio de São Luís, São Luís, Maranhão, Brasil.

* Correspondência: carlosbrendo16@gmail.com*

Resumo: *Objetivo:* Avaliar a influência do nível de atividade física realizado no lazer na qualidade de vida de idosos. *Métodos:* Estudo observacional de corte transversal. Participaram 32 idosos de ambos os sexos: idade: $65,59 \pm 6,11$ anos, massa corporal: $66,46 \pm 13,39$ kg e estatura $150,25 \pm 6,35$ cm, integrantes do programa de extensão para a terceira idade da Faculdade Estácio de São Luís. Os idosos foram divididos em três grupos com base em quartis, sendo: (G1) 180 min/semanais; (G2) $>180 - 720$ min/semanais e; (G3) >720 min/semanais. Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário *Medical Outcomes Study - Short Form Health Survey (SF-36)*. Para comparar as diferenças entre os domínios do SF-36, foi utilizado teste de *Kruskal-Wallis* com correção de *Bonferroni*. Para as comparações entre o grupo ativo (150 a 299 min/sem) e muito ativo (≥ 300 min/sem) utilizou-se o teste *U* de *Mann-Whitney*. Foi utilizada correlação de *Spearman* entre o nível de atividade física e os domínios de qualidade de vida. *Resultados:* Idosos classificados como Muito Ativo apresentaram maior domínio na capacidade funcional em comparação aos Ativos. O G3 apresentou maior escore na capacidade funcional em comparação com o G1 e G2. Houve uma correlação positiva moderada ($r = 0,415$) no nível de atividade física e capacidade funcional. *Conclusão:* O nível de atividade física no lazer influencia positivamente na capacidade funcional de idosos.

Citação: Reis, C. B. F.; Galvão, L. L.; Vieira, L. A.; Smith, J. G. R.; Miranda, R. A.; Bergantini, T. C.; Neto, V. H. G.; Carletti, L.; Soares, R. B.; Leite, R. D. Influência do nível de atividade física no lazer na qualidade de vida de idosos. *Arq Cien do Esp*.

Recebido:

Aceito:

Nota do Editor: A revista "Arquivos de Ciências do Esporte" permanece neutra em relação às reivindicações jurisdicionais em mapas publicados e afiliações institucionais

Palavras-chave: Exercício físico; Saúde; Atividade de lazer.

Abstract: *Objective:* To assess the influence of leisure-time physical activity levels on the quality of life of elderly individuals. *Methods:* Cross-sectional observational study. Thirty-two elderly individuals of both sexes participated, with the following characteristics: age, 65.59 ± 6.11 years; body mass, 66.46 ± 13.39 kg; and height, 150.25 ± 6.35 cm. They were members of the senior extension program at Estácio de São Luís University. The elderly participants were divided into three groups based on quartiles, as follows: (G1) 180 min/week; (G2) $>180 - 720$ min/week; and (G3) >720 min/week. For the assessment of quality of life, the Medical Outcomes Study - Short Form Health Survey (SF-36) questionnaire was administered. To compare the differences between the domains of the SF-36, the Kruskal-Wallis test with Bonferroni correction was utilized. For comparisons between the active group (150 to 299 min/week) and highly active group (≥ 300 min/week), the Mann-Whitney U test was employed. Spearman correlation was used to assess the relationship between physical activity



Copyright: © 2024 pelos autores. Enviado para possível publicação em acesso aberto sob os termos e condições da licença de Creative Commons Attribution (CC BY) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

levels and quality of life domains. *Results:* Elderly individuals classified as Highly Active demonstrated a higher domain in functional capacity compared to Active individuals. G3 showed a higher score in functional capacity compared to G1 and G2. There was a moderate positive correlation ($r = 0.415$) between physical activity level and functional capacity. *Conclusion:* Leisure-time physical activity level positively influences the functional capacity of elderly individuals.

Keywords: Physical exercise; Health; Leisure activity.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global resultante de fatores que incluem a queda das taxas de fertilidade e do aumento da expectativa de vida. Atualmente existem aproximadamente 703 milhões de pessoas idosas no mundo, sendo estimado que em 2050 a população idosa global atingirá 1,5 bilhões de pessoas¹. O Brasil é um dos países que apresenta uma das maiores taxas de envelhecimento populacional no mundo, sendo demonstrado que no ano de 2022 a população idosa ultrapassou os 32 milhões, posicionando o país como o quinto com maior número de idosos^{2,3}. Embora o envelhecimento populacional possa ser considerado uma conquista da sociedade moderna, esse fenômeno traz diversos desafios sociais, principalmente para a área de saúde.

Deste modo, o envelhecimento é um processo normal e inevitável na vida humana, caracterizado por mudanças sociais, psicológicas e biológicas⁴, ocasionando alterações na composição corporal, como redução da massa muscular esquelética, aumento do tecido adiposo e redução na força muscular, entre outras mudanças⁵. No sentido oposto, a prática regular de atividade física (AF) promove à atenuação de marcadores biológicos relacionados ao processo de envelhecimento⁶, sendo associada à diversos benefícios para a saúde e qualidade de vida (QV) na população idosa⁷.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a população idosa, realize pelo menos 150 a 300 minutos de AF aeróbica de moderada intensidade; ou pelo menos 75 a 150 minutos de AF aeróbica de vigorosa intensidade; ou uma combinação equivalente de AF de moderada e vigorosa intensidade⁸. Em complemento, as pessoas idosas devem praticar atividades de fortalecimento muscular, bem como AF multicomponentes que incorporem treinamento de força e equilíbrio para melhorar a função física e prevenir queda⁸. Contudo, as recomendações brasileiras não adotaram a ampliação das recomendações de 300 minutos semanais de AF moderada e 150 minutos semanais de AF vigorosa recomendado pela OMS, sendo apontado que isso poderia desestimular à prática por parecer algo inatingível⁹.

Cabe desatacar que embora tenha ocorrido um importante aumento na prática de AF nos últimos anos, atualmente, aproximadamente 50% das pessoas idosas brasileiras não alcançam as recomendações de prática de AF no lazer¹⁰, o que acarreta em prejuízos para a saúde e QV dessa população^{7,11}. O enfoque no domínio do lazer (ou tempo livre), em detrimento aos demais domínios (deslocamento, trabalho ou estudo e tarefas domésticas), deve-se ao fato de que esse é o que melhor se relaciona à prática de AF como um direito¹² e também por ser aquele que apresenta os melhores benefícios para a saúde cardiovascular¹³, mental¹⁴ e para a redução do risco de mortalidade¹⁵.

Na literatura existem robustas evidências sobre a associação positiva entre a prática de AF e QV em pessoas idosas⁷. Porém, a avaliação da influência do nível de AF em idosos ativos e muito ativos na QV ainda é pouco explorada e que precisa ser investigada para compreender os possíveis impactos das diferenças entre o teto das recomendações da OMS e das recomendações brasileiras. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência do nível de AF realizado no lazer na QV de idosos. A hipótese é que quanto maior o nível de AF das pessoas idosas no lazer, melhores serão os indicadores relacionados à QV.

2. Métodos

Estudo observacional, do tipo analítico com delineamento transversal. A população da pesquisa constituiu-se de pessoas idosas de ambos os sexos participantes de um dos programas de extensão voltados para a prática de AF (“Vivendo e jogando” e “Gente que faz”) para pessoas idosas da Faculdade Estácio de São Luís, Maranhão, Brasil. A frequência semanal variava de acordo com a disponibilidade semanal de cada idoso, variando de duas a seis vezes por semana.

Para seleção da amostra, foi utilizado uma amostragem não probabilística simples, tendo como universo o total de 32 idosos (Tabela 1). Os voluntários foram classificados como ativos e muito ativos⁸ e não possuíam déficit cognitivo ou doenças neurológicas que comprometessem a compreensão dos testes. Foram adotados como critérios de inclusão, estar matriculado em um dos programas de extensão; ter frequentado as aulas por no mínimo um mês, antes do início da pesquisa; apresentar idade ≥ 60 anos. Como critério de exclusão: idosos que se recusassem a participar ou que faltassem no dia da coleta da pesquisa. Os voluntários foram informados sobre o objetivo, procedimento, benefícios e possíveis riscos da participação. Após o consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os procedimentos envolvidos no estudo ocorreram em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo comitê de ética de Pesquisa em Humanos da Universidade Federal do Maranhão (CAAE: nº. 53496416.3.0000.5087).

Procedimento experimental

Inicialmente, os voluntários responderam a uma anamnese (questionário autodeclarado) de avaliação inicial para obtenção de dados pessoais referentes à: idade, sexo, situação ocupacional, frequência e duração semanal nos programas de AF, com o objetivo de calcular em minutos/semana, e classificar o nível de AF através do auto relato na anamnese. Além disso, a anamnese era composta por dados sociodemográficos, com base no questionário do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)¹⁶, que serve para analisar os níveis de renda e posse de bens domiciliares. Após o preenchimento da anamnese, foi calculado os minutos/semana praticado e dividido em três grupos com base em quartis, sendo assim, dividido em: (G1) idosas que praticavam 180 min/semanais; (G2) $>180 - 720$ min/semanais; (G3) >720 min/semanais.

Em seguida, foi aplicado o questionário *Medical Outcomesstudy - Short Form Health Survey* (SF-36), já validado e traduzido para a língua portuguesa¹⁷. O questionário é uma ferramenta para avaliar a QV. Nele, inclui 36 questões, que compõem 8 subescalas/domínios, com 2 a 10 questões. Os domínios são subdivididos em: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental. As opções de resposta variam de 2 a 5 classificações. A pontuação das subescalas e componentes do SF-36 varia de 0 a 100, com a pontuação baseada em normas das 8 subescalas/domínios, tendo o valor médio de 50¹⁷.

Para avaliação antropométrica, foram coletadas as medidas de estatura (cm) e peso corporal (kg) através da balança mecânica adulta da marca *Welmy*[®] (Modelo R-110) com régua antropométrica acoplada, com capacidade de pesagem mínima de 2 kg e máxima de 150 kg (divisões de 100 g). A régua antropométrica possui escala de 2,00 m, e as medidas seguiram as recomendações de Machado, Alexandre; Abad, César¹⁸. Posteriormente, como indicador de saúde, utilizou-se o peso corporal (kg)/ estatura (cm)² para calcular o índice de massa corporal (IMC), utilizado também para caracterização dos voluntários da pesquisa, bem como na identificação de riscos de doenças e estado nutricional¹⁸.

Análise Estatística

Foi realizada estatística descritiva, com cálculo de frequência absoluta e relativa e cálculo de medida de tendência central e dispersão [desvio padrão (DP) e intervalo interquartil (IIQ)], para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*.

As diferenças médias entre os domínios da qualidade de vida e os grupos de AF (G1: 180 min/sem; G2: entre >180 a 720 min/sem; e G3: >720 min/sem), foram avaliados pelo teste de *Kruskal-Wallis* e quando necessário, utilizada a correção de *Bonferroni*. Para as comparações entre o grupo ativo (150 a 299 min/sem de AF) e muito ativo (≥ 300 min/sem) foi utilizado o teste *U* de *Mann-Whitney*.

A fim de verificar a força e sentidos das correlações, foi utilizado a correlação de *Spearman* entre o nível de AF e os domínios de qualidade de vida, para classificar o nível da correlação foram adotados os pontos de corte propostos por Cohen¹⁹, de 0,10 e 0,29 considerados fraca; escores entre 0,30 e 0,49 considerados como médios e valores entre 0,50 e 1, interpretados como forte. As análises foram conduzidas no software SPSS 26.0 e foi adotado o nível de significância de 5% para todas as análises.

3. Resultados

Participaram do estudo 32 participantes, destes $n= 29$ do sexo feminino e $n= 3$ do sexo masculino, a idade média foi de $65,59 \pm 6,11$, variando de 53 a 78 anos, a média de massa corporal foi respectivamente de $66,46 \pm 13,39$ kg e estatura $150,25 \pm 6,35$ cm. Demais informações descritivas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos participantes do estudo.

	n	%
Sexo		
Feminino	29	90,6
Masculino	3	9,4
Índice de massa corporal		
Eutrófico	7	21,9
Sobrepeso	15	46,9
Obesidade	10	31,3
Classificação Econômica		
B1	5	15,6
B2	3	9,4
C1	11	34,4
C2	9	28,1
D	4	12,5
Nível de Atividade Física		
180min/sem	15	46,9
>180 a 720min/sem	7	21,9
>720/min/sem	10	31,3

Os valores médios e amplitude referente dos domínios da QV estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos domínios da QV dos participantes pelo SF-36.

	Média ± DP	Amplitude
Capacidade Funcional	78,43 ± 18,77	60
Limitação Física	64,84 ± 35,84	100
Dor	65,43 ± 19,34	59
Estado de Saúde	61,68 ± 14,95	82
Vitalidade	80,93 ± 14,22	50
Aspecto Social	76,10 ± 22,86	64,5
Limitação Emocional	62,49 ± 42,12	100
Saúde Mental	81,25 ± 17,84	72
Média total	71,46 ± 15,17	58,05

Ao avaliar as diferenças dos domínios da QV entre os grupos muito ativo e ativo, foi observada uma diferença significativa ($p = 0,037$) apenas para o domínio da capacidade funcional, com maior pontuação para o grupo muito ativo, enquanto os demais domínios não foram observadas diferenças estatísticas ($p > 0,005$) (Tabela 3).

Tabela 3. Diferenças medianas dos domínios da QV pelo SF-36 com os grupos de AF.

	Muito Ativo	Ativo	<i>p</i>
	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	
Capacidade Funcional	90,0 (12,5)	75,0 (40,0)	0,037
Limitação Física	75,0 (62,5)	75,0 (75,0)	0,495
Dor	62,0 (40,0)	62,0 (21,0)	0,880
Estado de Saúde	67,0 (11,0)	62,0 (17,0)	0,108
Vitalidade	80,0 (22,5)	80,0 (15,0)	0,677
Aspecto Social	100,0 (31,2)	75,0 (37,5)	0,158
Limitação Emocional	100,0 (66,7)	66,6 (100,0)	0,677
Saúde Mental	88,0 (18,0)	80,0 (28,0)	0,270
Média total	80,2 (23,10)	73,0 (29,3)	0,174

IIQ= Intervalo Interquartil

Ao separar os grupos pelos níveis de G1 (180 min/sem), G2 (>180 a 720 min/sem) e G3 (>720 min/sem), foi observada diferença apenas na capacidade funcional, cujo scores aumentaram de acordo o nível de AF (Tabela 4).

Tabela 4. Diferenças medianas dos domínios da QV pelo SF-36 com os grupos de AF.

	G1	G2	G3	<i>p</i>
	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	
Capacidade Funcional	60,0 (40,0)	80,0 (10,0)	95,0 (11,2)*	0,025
Limitação Física	75,0 (75,0)	75,0 (75,0)	87,5 (62,5)	0,761
Dor	72,0 (23,0)	52, (21,0)	72,0 (48,2)	0,105

Estado de Saúde	57,0 (25,0)	67,0 (10,0)	64,5 (14,0)	0,112
Vitalidade	80,0 (30,0)	80,0 (15,0)	90,0 (21,2)	0,365
Aspecto Social	75,0 (37,5)	75,0 (50,0)	100,0 (28,1)	0,266
Limitação Emocional	66,6 (100,0)	66,6 (100,0)	100,0 (66,7)	0,625
Saúde Mental	76,0 (36,0)	80,0 (16,0)	90,0 (17,0)	0,254
Média total	77,4 (30,62)	71,2 (18,5)	81,6 (17,7)	0,121

*Diferença significativa para o G1.

As correlações entre os domínios da QV e o nível de AF estão apresentados na Tabela 5. Não foram observadas correlações significantes entre o nível de AF e os domínios da QV, com exceção da capacidade funcional que apresentou correlação positiva moderada ($r=0,415$; $p=0,018$).

Tabela 5. Correlações entre os domínios da QV e a AF.

	AF	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Capacidade Funcional	0,415	0,018
Limitação Física	0,118	0,520
Dor	0,022	0,906
Estado de Saúde	0,332	0,063
Vitalidade	0,161	0,380
Aspecto Social	0,252	0,164
Limitação Emocional	0,067	0,714
Saúde Mental	0,263	0,146
Média total	0,264	0,144

4. Discussão

O estudo teve como objetivo avaliar a influência do nível de AF realizado no lazer na QV de pessoas idosas participantes de projetos de extensão. Foi possível observar que os idosos classificados como muito ativo apresentaram melhor QV apenas para o domínio capacidade funcional. Quando analisamos os grupos (G1, G2 e G3) pelos níveis de AF semanal, o grupo com maior nível de AF (>720 min/sem), também apresentou significativamente um maior escore no domínio de capacidade funcional, em comparação aos outros domínios (Limitação Física, Dor, Estado de Saúde, Vitalidade, Aspecto Social,

Limitação Emocional e Saúde Mental), assim como, houve uma correlação positiva moderada entre QV e nível de AF no lazer.

No presente estudo, 90,6% dos participantes eram do sexo feminino, sendo apenas 9,4% do sexo masculino. Similar aos nossos resultados, no estudo conduzido por Vieira et al.²⁰ e, Caporicci e Neto²¹, também foram reveladas baixa participação de idosos do sexo masculino. Embora seja desejável ampliar a prática de AF entre os idosos, de forma geral, é preciso destacar que no Brasil existem importantes desigualdades socioeconômicas no acesso à prática de AF, sendo as pessoas idosas, do sexo feminino, raça/cor parda ou preta e com menor renda e escolaridade, são as que apresentam menor prevalência de prática de AF no lazer, principalmente quando consideradas as interseccionalidades entre essas características²².

Diante do exposto, é preciso reconhecer que existem diferentes tipos de barreiras (intrapessoais, interpessoais e ambientais) relacionados à prática de AF pelas pessoas idosas²³ que dificultam o acesso à prática e o alcance dos níveis recomendados²⁴. Portanto, as políticas públicas de promoção da AF, incluindo aqueles ofertados por meio de projeto de extensão das universidades, a exemplo desse estudo, são estratégicos para ampliar o acesso e reduzir as iniquidades²⁵.

Em relação à QV, a escala SF-36 se destaca como uma ferramenta pela sua simplicidade na administração e interpretação, aliada à sua abrangência global, consagrando-se como uma aliada indispensável na pesquisa e prática clínica para avaliação da QV²⁶. Em nosso estudo não foi observado diferença na média geral do escore do SF-36 entre o grupo ativo e muito ativo, contudo, numericamente os valores absolutos foram superiores aos apresentados por Laguardia et al.²⁷. Esses resultados são, de certa forma, semelhantes aos encontrados em estudos prévios que também não encontraram diferença na QV entre idosos ativos e inativos²¹, embora existam estudos que revelaram diferenças entre esses grupos em alguns domínios do SF-36²⁰.

No que tange a capacidade funcional avaliada pelo SF-36, os valores médios para idosos entre 65 a 74 anos é de 58,2²⁷, portanto, os valores encontrados no presente estudo foram superiores, tanto para o grupo ativo quanto no grupo muito ativo. Isso pode ser explicado pelo fato dos idosos praticarem valores acima do recomendado de AF semanal^{8,9}, podendo até haver um efeito teto. Além disso, quando analisada entre os grupos por tempo semanal de AF, foi possível identificar um aumento no valor da capacidade funcional conforme o maior do tempo de prática, sendo revelado que no G3 os valores do domínio da capacidade funcional do SF-36 foram semelhantes aos valores médios de pessoas com 25 a 34 anos²⁷. Apesar disso, esses valores foram semelhantes aos encontrados em idosos ativos participantes de programas de AF do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰, o que permite inferir que o investimento em programas públicos de AF podem contribuir para uma melhor capacidade funcional das pessoas idosas, e conseqüentemente para a saúde e QV.

Somado a isso, o presente estudo encontrou uma correlação positiva para o nível de AF e capacidade funcional ($P=0,018$), mostrando que quanto maior o nível de AF no lazer maior será a força para a capacidade funcional. Os resultados vão de encontro com a

orientação da OMS que preconiza que adultos e idosos devem realizar AF de forma regular, igual ou superior a 150 minutos semanais⁸ para se ter possíveis benefícios para a saúde. Sendo que em nosso estudo, todos os participantes praticavam acima do recomendado, e observamos melhoras em diferentes domínios, tais como na capacidade funcional, nos aspectos físicos, na dor, no estado geral de saúde, na vitalidade, nos aspectos sociais, nos aspectos emocionais e na saúde mental. Sendo assim, Da Silva et al.²⁸ comparou dois grupos de idosos, grupo ativo e grupo inativo. Onde foi observado que o grupo ativo apresentou respostas significativas nos seguintes domínios de capacidade funcional, aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, saúde mental e escore geral, representando a importância da prática regular do exercício físico na vida dos idosos.

Observamos que AF no lazer é importante especialmente na QV dos idosos, indicando que quanto maior o tempo de prática melhores os benefícios. Esses resultados reiteram os achados de Holtermann et al.²⁹ que demonstraram que a AF no lazer é de maneira geral de alta intensidade, baixa duração, dinâmica e com tempo de recuperação suficientes, promovendo alterações importantes e significativas para a população idosa. Essas associações são associadas com a QV em diferentes intensidades e domínios³⁰.

Nossas limitações encontram-se no baixo tamanho amostral, na inclusão apenas de idosos fisicamente ativos, não possuindo um grupo insuficientemente ativo para comparação e na falta de instrumento validado para avaliação do nível de AF como o IPAQ, BAECKE, por exemplo. Pesquisas futuras, com desenho longitudinal são necessárias para avaliar a influência das atividades físicas ofertadas no aumento da prática de AF e da QV na população idosa. E ainda, é necessário avaliar a influência das diferentes modalidades ofertadas pelo programa de extensão universitária no nível de AF, QV e indicadores de saúde na população idosa, uma vez que as recomendações internacionais e nacionais preconizam a inclusão de exercícios multicomponentes, com exercícios de fortalecimento e de equilíbrio, associados à prática de atividades aeróbias.

Dentre os pontos fortes, nosso estudo apresenta comparações de idosos que atendem as recomendações de AF com diferentes níveis e comparados aos diferentes domínios de QV, contribuindo para a literatura e demonstrando que a maior prática de AF regular no lazer é benéfica para a saúde dos idosos.

5. Conclusão

O nível de AF no lazer influencia positivamente a capacidade funcional de idosos. A prática de AF no domínio do lazer acima de 180 min/semanais influencia positivamente em diferentes domínios da QV da população de idosos. Contudo, quando o tempo de prática é superior à 720 min/semanais os benefícios para a QV são ainda maiores, especificamente no domínio da capacidade funcional.

Agradecimentos: Agradecemos sinceramente ao Prof. Me José Alípio Assis Dos Santos Filho e ao Professor Ruy por gentilmente nos permitirem acessar seus projetos para realizarmos nossa pesquisa. Também expressamos nossa gratidão aos participantes da pesquisa pelo tempo generosamente dedicado e pela valiosa contribuição com suas participações.

Contribuição dos autores: CBFR, JGRS e RBS elaboraram o desenho do estudo. CBFR, JGRS e RBS coletou os dados. LLG e LAV realizaram análises estatísticas. CBFR, LLG, LAV, LRAM, TCB, VHGN, LC e RDL contribuíram significativamente para o conteúdo intelectual deste artigo. CBFR, LLG, LAV, VHGN, LC e RDL aprovação do produto final. Todos os autores concordaram com a versão final do artigo.

Financiamento da pesquisa: Financiamento próprio.

Aprovação Ética: CAAE - nº 53496416.3.0000.5087

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. United Nations Population. World Population Ageing 2019.; 2019. http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/65executivesummaryspanish.pdf%0Ahttp://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-5204-7_6.
2. Diz JBM, Leopoldino AAO, Moreira B de S, et al. Prevalence of sarcopenia in older Brazilians: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(1):5-16. doi:10.1111/ggi.12720
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. 2022.
4. Psarrou A, Adamakidou T, Apostolara P, et al. Associations between Physical Activity and Health-Related Quality of Life among Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Urban Greece. *Geriatr.* 2023;8(3). doi:10.3390/geriatrics8030061
5. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169
6. Rebelo-Marques A, Lages ADS, Andrade R, et al. Aging hallmarks: The benefits of physical exercise. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2018;9(MAY):1-15. doi:10.3389/fendo.2018.00258
7. Cunningham C, O' Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sport.* 2020;30(5):816-827. doi:10.1111/sms.13616
8. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
9. Coelho-Ravagnani C de F, Sandreschi PF, Piola TS, et al. Atividade física para idosos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 2021;26:1-8. doi:10.12820/rbafs.26e0216
10. Soares MM, Caldeira TCM, de Sousa TM, de Rezende LFM, Claro RM. Leisure time physical activity among older adults in Brazil: a time series analysis of a population-based survey (2009-2020). *Cad Saude Publica.* 2023;39(8). doi:10.1590/0102-311XEN212622
11. World Health Organization. Ageing and Health. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
12. Messing S, Krennerich M, Abu-Omar K, Ferschl S, Gelius P. Physical activity as a human right? *Health Hum Rights.* 2021;23(2):201-211.
13. Holtermann A, Schnohr P, Nordestgaard BG, Marott JL. The physical activity paradox in cardiovascular disease and all-cause mortality: The contemporary Copenhagen General Population Study with 104 046 adults. *Eur Heart J.* 2021;42(15):1499-1511. doi:10.1093/eurheartj/ehab087

14. Loch MR, Augusto NA, Souza BLS, Rufino JV, Carvalho FFB de. Associação entre domínios da atividade física e sintomas depressivos em adultos brasileiros: todo movimento conta? *Cad Saude Publica*. 2024;40(3). doi:10.1590/0102-311xpt095723
15. Lee DH, Rezende LFM, Joh HK, et al. Long-term leisure-time physical activity intensity and all-cause and cause-specific mortality: a prospective cohort of US adults. *Circulation*. 2022;146(7):523. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.058162
16. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.
17. Rozana Mesquita MRC, Marcos Bosi F, Wilton S, Ivone M, Quaresma. Brazilian-Portuguese version of the SF-36 questionnaire: A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(January):143-150.
18. Machado, Alexandre; Abad C. *Manual de Avaliação Física*. 2a. (Ícone Edit, ed.). São Paulo, Brasil; 2012.
19. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Second Edition*. (Cohen J, ed.). Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Vieira LA, Cruz JL da, Razuk M, Rinaldi NM. Analysis of postural control and muscle function performance of older adults participating in a multicomponent exercise program in primary health care. *Geriatr Gerontol Aging*. 2022;16:1-11. doi:10.53886/gga.e0220007
21. Caporicci S, Neto MFO. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*. 2011;7(2):15-24. doi:10.6063/motricidade.7(2).107
22. Mielke GI, Malta DC, Nunes BP, Cairney J. All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1-11. doi:10.1186/s12889-021-12428-7
23. 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. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2021;26:1-8. doi:10.12820/rbafs.26e0208
24. Harvey JA, Chastin SFM, Skelton DA. How Sedentary Are Older People? A Systematic Review of the Amount of Sedentary Behavior. *J Aging Phys Act*. 2015;23(3):471-487. doi:10.1123/JAPA.2014-0164
25. Vieira LA, Silva VL da, Rossi EM, Louzada MCG, Mazzini LB, Carvalho FFB de. Equidade na promoção das práticas corporais e atividades físicas no SUS : reflexões a partir do serviço de. 2024. doi:10.5216/rpp.v27.76978
26. Faria CDCM, Teixeira-Salmela LF, Nascimento VB, Costa AP, Brito NDP, Rodrigues-De-Paula F. Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Brazilian J Phys Ther*. 2011;15(5):399-405. doi:10.1590/s1413-35552011005000023
27. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, dos Anjos LA, Vasconcellos MM. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):889-897. doi:10.1590/S1415-790X2013000400009
28. Da Silva LSP, Dos Santos ALG, De Sá GB, Pastore JCF, Dos Santos LS, Zarife AS. ESTUDO COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ATIVOS E SEDENTÁRIOS. *Pesqui Educ A DISTÂNCIA*. 2024;31:1-10. <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=2013EAD1&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=9363>.
29. Holtermann A, Krause N, Van Der Beek AJ, Straker L. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. *Br J Sports Med*. 2018;52(3):149-150. doi:10.1136/BJSPORTS-2017-097965
30. Li X, Wang P, Jiang Y, et al. Physical activity and health-related quality of life in older adults: depression as a mediator. *BMC Geriatr*. 2024;24(1). doi:10.1186/S12877-023-04452-6