

Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Social inequalities in the prevalence of indicators of active aging in the Brazilian population: National Health Survey, 2013

Neuciani Ferreira da Silva Sousa^I , Lhaís de Paula Barbosa Medina^{II} ,
Tássia Fraga Bastos^{III} , Camila Nascimento Monteiro^{IV} ,
Margareth Guimarães Lima^V , Marilisa Berti de Azevedo Barros^{VI} 

RESUMO: *Objetivo:* Analisar desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população idosa brasileira. *Métodos:* Estudo transversal com amostra de 11.177 idosos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil em 2013. Estimaram-se as prevalências de cinco domínios do envelhecimento ativo (atividades sociais, participação cívica, atividade física de lazer, trabalho remunerado e trabalho voluntário) segundo sexo, raça/cor, escolaridade, renda e posse de plano privado de saúde. As razões de prevalência e os intervalos de confiança foram calculados pela regressão de Poisson. *Resultados:* O percentual de envolvimento em atividades sociais organizadas, participação cívica e atividade física foi de 25,1; 12,4 e 13,1%, respectivamente. Em relação ao trabalho, 20,7% exerciam trabalho remunerado e 9,7% participavam de trabalho voluntário. As mulheres apresentaram maiores prevalências de participação em atividades sociais organizadas e em trabalho voluntário; e entre os homens prevaleceu a participação cívica e o trabalho remunerado. Entre os brancos, foram observadas maiores frequências de participação em atividades sociais, trabalho voluntário e atividade física de lazer, explicadas pela escolaridade. E os estratos com maior nível de escolaridade, renda e com posse de plano privado de saúde apresentaram maiores prevalências de participação em todas as atividades consideradas. *Conclusão:* As cinco atividades analisadas se apresentam como desafiadoras à proposta política de envelhecimento ativo por serem marcadas por considerável desigualdade social.

Palavras-chave: Desigualdade social. Disparidades nos níveis de saúde. Envelhecimento. Idoso.

^IInstituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá (MT), Brasil.

^{II}Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^{III}Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic – Campinas (SP), Brasil.

^{IV}Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação, Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Neuciani Ferreira da Silva Sousa. Rua 217, Quadra 44, n. 5, CEP: 78088-225, Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: neuciani@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.

ABSTRACT: *Objective:* To analyze social inequalities in the prevalence of indicators of active aging in the Brazilian older adult population. *Methods:* This is a cross-sectional study with a sample of 11,177 older adults who participated in the Brazilian National Health Survey in 2013. We estimated the prevalence of five domains of active aging (social activities, civic engagement, leisure-time physical activity, paid work, and volunteer work) according to gender, ethnicity, schooling, income, and private health insurance. Prevalence ratios and confidence intervals were calculated using Poisson regression. *Results:* The percentage of involvement in organized social activities, civic engagement, and physical activity was 25.1, 12.4, and 13.1%, respectively. Regarding work, 20.7% of the sample had a paid job, and 9.7% participated in volunteer work. Women had a higher prevalence of participation in organized social activities and volunteer work; while civic engagement and paid work were more frequent among men. White people were more likely to participate in social activities, volunteer work, and leisure-time physical activity, explained by their schooling. The strata with a higher level of schooling, income, and who had private health insurance showed a greater incidence of participation in all activities studied. *Conclusion:* The five activities analyzed are challenging for the proposed policy of active aging, as they are marked by considerable social inequality.

Keywords: Social inequality. Health status disparities. Aging. Aged.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores tarefas sociais do tempo presente é responder ao fenômeno irreversível do envelhecimento populacional em grande escala, o que tem suscitado intensa investigação científica e elaboração política sobre o tema¹. O imperativo a uma vida ativa compõe o ideário para a fase da velhice e ganhou força a partir da publicação do Marco Político de Envelhecimento Ativo pela Organização Mundial da Saúde (OMS)². A intenção da OMS era chamar a atenção para o caráter multidimensional do envelhecimento ativo em contraposição às abordagens recorrentes, que o restringiam à participação em atividade física ou econômica. A abordagem da OMS concebe o envelhecimento ativo como a participação na sociedade em atividades sociais, culturais, intelectuais, físicas, cívicas, políticas e econômicas^{2,3}. O referido marco político foi revisado em 2015 pelo Centro Internacional de Longevidade do Brasil em resposta ao surgimento de um forte movimento internacional que busca reforçar os direitos da pessoa idosa. O documento reforça a necessidade de se examinar o envelhecimento à luz de fatos importantes como a urbanização, a globalização, a migração e a crescente desigualdade social³.

Em relação a esse último aspecto, sabe-se que as oportunidades para desfrutar de uma velhice próspera e ativa, acrescida de saúde e bem-estar, estão distribuídas de forma desigual dentro e entre as sociedades¹. Diante do desafio que as sociedades enfrentam de oportunizar que todos os grupos de idosos envelheçam ativamente e com dignidade, tem sido enfatizada a relevância da abordagem das desigualdades sociais no contexto do envelhecimento ativo, não apenas investigando a distribuição dos recursos entre diferentes gerações, mas dedicando atenção especial às desigualdades sociais na velhice^{1,4}.

No Brasil, o conhecimento sobre as desigualdades sociais no perfil de engajamento em atividades tem sido pouco explorado em estudos com dados representativos do conjunto da população idosa brasileira⁵⁻⁷. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as desigualdades demográficas e socioeconômicas que prevalecem em indicadores de envelhecimento ativo na população idosa brasileira.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013. A PNS é um inquérito de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸. A PNS buscou fornecer dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como a atenção à saúde⁹. Adicionalmente, os aspectos relacionados às desigualdades existentes na população brasileira mereceram particular atenção na pesquisa^{8,10}.

A PNS foi delineada para representar o Brasil, suas grandes regiões, Unidades de Federação (UF), regiões metropolitanas e capitais. A amostra da PNS foi selecionada por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. No primeiro estágio foram selecionados os setores censitários ou conjuntos de setores constitutivos das unidades primárias de amostragem (UPA); no segundo estágio foram selecionados os domicílios; e no terceiro estágio foi selecionado, com equiprobabilidade entre todos os residentes adultos do domicílio, um morador com 18 anos ou mais de idade para responder ao questionário individual^{8,11}.

A amostra da PNS foi composta de 64.348 domicílios. Os moradores selecionados que realizaram a entrevista específica sobre estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas totalizaram 60.202 indivíduos. Os demais moradores selecionados ($n = 4.146$) não tiveram suas informações consideradas por recusarem responder ao questionário específico ou por apresentarem informações inconsistentes¹².

O questionário de coleta de dados da PNS foi subdividido em três partes:

- domiciliar;
- relativa a todos os moradores do domicílio;
- individual.

As duas primeiras partes do questionário foram respondidas por um residente do mesmo domicílio que soubesse informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os seus moradores. O questionário individual foi respondido pelo morador selecionado e incluiu diversos blocos temáticos, como características do trabalho e apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilo de vida, doenças crônicas, saúde bucal e atendimento médico¹³. Este estudo analisou apenas os dados dos moradores selecionados que tinham 60 anos ou mais de idade, perfazendo uma amostra de 11.177 indivíduos. Mais detalhes sobre o processo amostral e ponderação estão disponíveis em outras publicações^{8,11}.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores devidamente treinados, utilizando-se computadores de mão (PDA)⁸.

Em relação às variáveis do estudo, entre as questões disponíveis no questionário, foram selecionados cinco indicadores de envelhecimento ativo pertencentes a três dimensões:

- Dimensão social – foram consideradas duas variáveis:
 - a. participação em atividades sociais, investigada por meio da questão: “Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)?”;
 - b. participação cívica, investigada com base na pergunta: “Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, movimentos comunitários ou similares?” Os idosos que referiram qualquer frequência de participação foram considerados ativos nesse domínio.

- Dimensão da atividade física – entre os idosos que referiram praticar atividade física ou esporte nos três meses anteriores à entrevista, foi verificado se essa prática atendia à recomendação da OMS quanto ao tempo semanal gasto¹⁴. Para tanto, um escore acima de 150 minutos por semana foi utilizado como ponto de corte para classificar os indivíduos como *fisicamente ativos no lazer*.

- Dimensão do trabalho – foram considerados dois domínios:
 - a. trabalho remunerado, estimado a partir da questão “Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?”;
 - b. trabalho voluntário, analisado por meio da questão “Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) participou de trabalho voluntário não remunerado?”. Os idosos que referiram qualquer frequência de participação foram considerados ativos nessa atividade.

Foram estimadas as prevalências de cada indicador de envelhecimento ativo segundo as seguintes variáveis: sexo (feminino e masculino); raça/cor da pele (branca e negra, sendo esta última composta dos que se autodeclararam de cor preta ou parda); nível de escolaridade (sem instrução ou com menos de um ano de estudo; ensino fundamental incompleto ou completo; ensino médio incompleto ou completo; ensino superior incompleto ou completo); renda familiar em salários mínimos *per capita* (< 0,5; 0,5 a 1,0; 1,0 a 3,0; > 3,0); posse de plano privado de saúde (sim e não).

As diferenças entre as proporções foram analisadas por meio do teste do χ^2 de Pearson, considerando-se estatisticamente significativas aquelas com $p < 0,05$. As razões de prevalências (RP) de cada indicador do envelhecimento ativo, bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados com o uso da regressão de Poisson e ajustados por sexo, idade e região geográfica de residência. As análises segundo sexo e raça/cor da pele foram ajustadas também por nível de escolaridade. O efeito do desenho amostral complexo foi considerado em todas as análises realizadas, utilizando-se o módulo *survey* do *software* Stata 14.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde. Os indivíduos selecionados para responder à entrevista manifestaram seu acordo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As estimativas aqui analisadas são baseadas nas respostas de 11.177 indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Levando-se em consideração as devidas ponderações amostrais, 56,4% dos entrevistados eram do sexo feminino e tinham entre 60 e 69 anos, 13,6% tinham idade maior ou igual 80 anos, 53,6% se autodeclararam de cor branca e 44,9% de cor preta ou parda. Em relação à escolaridade, 32,1% não tinham instrução ou possuíam menos de um ano de estudo, enquanto 45,6 e 12,2% tinham cursado pelo menos uma série do ensino fundamental e médio, respectivamente. A proporção de idosos com ensino superior completo ou incompleto na população de estudo foi de 10,2%. Quanto à renda familiar, 43,0% possuíam menos de 0,5 salário mínimo *per capita* (smpc), 24,2% pertenciam ao estrato com > 1,0 e < 3,0 smpc e a proporção de idosos com 3 ou mais smpc foi de 6,9%. A posse de plano privado de saúde foi referida por 32,0% dos idosos.

As prevalências dos indicadores de envelhecimento ativo na população total e segundo sexo estão apresentadas na Tabela 1. O percentual de envolvimento em atividades sociais foi de 25,1%, sendo 30% mais prevalente entre as mulheres, enquanto a participação cívica

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência de indicadores de envelhecimento ativo, segundo sexo. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Dimensões/ indicadores	n	Total	Sexo (%)		Valor p*	RP ^a ajustada ^b	IC95%
			Feminino (n = 6.622)	Masculino (n = 4.555)			
Social							
Atividades sociais	2.751	25,1	28,8	20,3	< 0,0001	0,70	0,62 – 0,79
Participação cívica	1.412	12,4	11,1	14,1	0,0035	1,25	1,07 – 1,47
Atividade física							
Ativo no lazer	1.464	13,1	14,0	12,4	0,1582	1,09	0,93 – 1,28
Trabalho							
Trabalho remunerado	2.282	20,7	13,0	30,5	< 0,0001	2,33	2,03 – 2,64
Trabalho voluntário	1.012	9,7	10,8	8,1	0,0041	0,73	0,60 – 0,88

*Teste do χ^2 ; ^acategoria de referência: sexo feminino; ^brazão de prevalência ajustada por idade, região e escolaridade; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

foi relatada por 12,4% dos idosos, sendo maior entre os homens (RP = 1,27). Quanto à dimensão da atividade física, apenas 13,1% referiram praticar atividade física de lazer dentro dos níveis recomendados, sem diferenças entre os sexos. O trabalho remunerado foi referido por 20,7% dos idosos, sendo maior entre os homens (RP = 2,34), enquanto o trabalho voluntário foi relatado por 9,7% da população, sendo 25% mais prevalente entre as mulheres.

Na avaliação segundo raça/cor da pele (Tabela 2), observou-se maior frequência de participação em atividades sociais e em trabalho voluntário na população que se autodeclarou de raça/cor branca, quando comparada à população negra (RP = 1,14 e 1,46, respectivamente). Além disso, também se observou maior frequência de brancos considerados fisicamente ativos no lazer (RP = 1,33). Por outro lado, quanto à participação cívica e ao exercício de trabalho remunerado, as prevalências observadas segundo raça/cor foram semelhantes. Após o ajuste pelo nível de escolaridade, todas as diferenças encontradas perderam a significância estatística.

A análise do perfil de envelhecimento ativo segundo nível de escolaridade (Tabela 3) revelou que todas as atividades pesquisadas foram significativamente mais prevalentes nos segmentos de maior escolaridade, com destaque para a participação em atividades físicas de lazer dentro dos níveis recomendados e no exercício de trabalho voluntário, cujas prevalências quadruplicaram em relação ao estrato inferior (RP = 4,42 e 4,43; respectivamente).

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência de indicadores de envelhecimento ativo, segundo raça/cor. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Dimensões/ indicadores	Prevalência		Valor p**	Razão de prevalência ^a			
	Raça/cor*			RP ^b	IC95%	RP ^c	IC95%
	Negros (n = 5.701)	Branco(s) (n = 5.314)					
Social							
Atividades sociais	23,2	26,6	0,0264	1,14	1,01 – 1,29	1,03	0,92 – 1,17
Participação cívica	11,6	12,7	0,2599	1,15	0,98 – 1,35	1,01	0,85 – 1,18
Atividade física							
Ativo no lazer	10,8	14,4	0,0013	1,33	1,12 – 1,58	0,99	0,84 – 1,17
Trabalho							
Trabalho remunerado	20,3	20,8	0,7048	1,10	0,98 – 1,24	0,98	0,87 – 1,11
Trabalho voluntário	7,4	11,4	0,0001	1,46	1,19 – 1,80	1,12	0,91 – 1,37

*Excluídos os amarelos e indígenas em virtude da pequena representação na amostra e baixa precisão das estimativas; **teste do χ^2 ; ^acategoria de referência: população negra; ^brazão de prevalência ajustada por sexo, idade e região; ^crazão de prevalência ajustada por sexo, idade, região e escolaridade; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Quanto à análise segundo a renda (Tabela 4), os entrevistados situados no maior nível (três ou mais smpc) apresentaram maior prevalência de participação em todas as atividades analisadas, sendo observadas diferenças de maior magnitude para a prática de atividade física de lazer (RP = 4,12) e trabalho voluntário (RP = 3,07).

A Tabela 5 apresenta as prevalências de indicadores de envelhecimento ativo segundo a posse de plano privado de saúde. Entre os idosos que possuíam plano de saúde, houve maior prevalência de envolvimento em todas as atividades analisadas no estudo, quando comparados àqueles que dependiam exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). A maior diferença entre esses grupos foi observada para a prática de atividade física de lazer (RP = 2,21).

DISCUSSÃO

Neste estudo foram apresentados os resultados da PNS sobre a prevalência de participação dos idosos em cinco atividades referentes às dimensões social, da atividade física e do trabalho. Os achados revelam desigualdades sociais significativas na forma de envelhecer dos idosos brasileiros segundo sexo, raça/cor da pele, nível de escolaridade, renda familiar *per capita* e posse de plano privado de saúde.

Quanto à dimensão social, a frequência de envolvimento em atividades sociais organizadas (25,1%) foi superior à estimada para a participação cívica (12,4%), coadunando a perspectiva

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência de indicadores de envelhecimento ativo, segundo nível de escolaridade. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Dimensões/ indicadores	Nível de escolaridade* (%)				Valor p**	RP ^a ajustada ^b (4/1)	IC95%
	1 n = 3.861	2 n = 4.671	3 n = 1.470	4 n = 1.175			
Social							
Atividades sociais	18,5	26,5	29,6	33,7	< 0,001	1,78	1,43 – 2,20
Participação cívica	9,9	10,6	18,3	21,4	< 0,001	1,92	1,48 – 2,50
Atividade física							
Ativo no lazer	6,5	11,6	19,3	32,8	< 0,001	4,42	3,35 – 5,84
Trabalho							
Trabalho remunerado	13,9	19,9	27,1	37,7	< 0,001	1,97	1,63 – 2,38
Trabalho voluntário	4,5	8,6	16,0	23,2	< 0,001	4,43	3,21 – 6,11

*1: sem instrução; 2: ensino fundamental; 3: ensino médio; 4: ensino superior; **teste do χ^2 ; ^acategoria de referência: sem instrução; ^brazão de prevalência ajustada por sexo, idade e região; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 4. Prevalência e razão de prevalência de indicadores de envelhecimento ativo, segundo a renda. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Dimensões/ indicadores	Renda (smpc) (%)				Valor p*	RP ^a ajustada (d/a)	IC95%
	< 0,5 n = 3.883 a	0,5 a < 1,0 n = 2.805 b	1,0 a < 3,0 n = 3.488 c	≥ 3 n = 1.001 d			
Social							
Atividades sociais	17,2	21,7	26,0	31,2	< 0,001	1,78	1,38 – 2,29
Participação cívica	9,1	9,0	12,2	20,5	< 0,001	2,29	1,60 – 3,26
Atividade física							
Ativo no lazer	6,5	6,6	12,9	27,7	< 0,001	4,12	2,62 – 6,49
Trabalho							
Trabalho remunerado	13,7	14,8	20,1	35,7	< 0,001	2,54	1,93 – 3,35
Trabalho voluntário	6,0	5,8	9,0	20,2	< 0,001	3,07	2,02 – 4,68

smpc: salário mínimo *per capita*; a: < 0,5; b: 0,5 a 1,0; c: 1,0 a 3,0; d: ≥ 3,0; *teste do χ^2 ; ^arazão de prevalência ajustada por sexo, idade e região; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5. Prevalência e razão de prevalência de indicadores de envelhecimento ativo, segundo posse de plano privado de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013.

Dimensões/ indicadores	Posse de plano de saúde		Valor p*	RP ^a ajustada ^b	IC95%
	Não (n = 7.834)	Sim (n = 3.343)			
Social					
Atividades sociais	22,4	30,6	0,0000	1,34	1,19 – 1,51
Participação cívica	10,6	16,3	0,0000	1,59	1,32 – 1,91
Atividade Física					
Ativo no lazer	9,4	20,8	0,0000	2,21	1,88 – 2,59
Trabalho					
Trabalho remunerado	19,3	23,6	0,0041	1,29	1,13 – 1,46
Trabalho voluntário	7,2	14,9	0,0000	1,98	1,62 – 2,40

*Teste do χ^2 ; ^acategoria de referência: população sem posse de plano de saúde; ^brazão de prevalência ajustada por sexo, idade e região; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

de que quanto mais recursos individuais e habilidades compartilhadas forem exigidos para o envolvimento em determinada atividade, menor será sua taxa de participação¹⁵.

O envolvimento na dimensão social apresentou variações significativas entre os segmentos sociais analisados. Nota-se, por exemplo, uma clara polarização por gênero, em que as mulheres referiram maior participação em atividades sociais organizadas, enquanto os homens eram mais ativos em atividades cívicas. Uma possível explicação para tal contraste é a maior resistência masculina ao engajamento em atividades de cunho mais cultural, educacional e lúdico, que predominam em espaços como os centros de convivência de idosos e grupos comunitários^{16,17}. Por outro lado, a sub-representação feminina na participação cívica demonstrada neste estudo, mas que também se estende a outros espaços de tomada de decisão^{18,19}, revela, sobretudo, uma injustiça qualitativa, na medida em que sinaliza a primazia nas arenas decisórias de determinados temas, grupos e interesses em detrimento de outros¹⁸. Esses achados indicam que existe uma diferenciação ainda forte na sociedade sobre as atividades e comportamentos considerados tipicamente femininos e masculinos. Uma variedade de atividades é usada como recurso na estruturação e reconstrução do gênero, tais como as atividades sociais, o trabalho, as tarefas domésticas e os esportes²⁰. Quanto às diferenças na dimensão social segundo raça/cor, os resultados mostraram que os brancos eram mais participativos do que os negros em atividades sociais organizadas. Tal diferença foi explicada pela escolaridade, reforçando que o acesso aos recursos sociais ao longo do curso de vida favorece a participação social³. Porém, não houve diferenças entre esses grupos na participação cívica. Isso sugere que o pertencimento a um grupo racial pode não afetar, de forma substancial, a propensão para atuar politicamente. No Brasil, fatores socioeconômicos como renda e escolaridade são nitidamente mais relevantes para potencializar esse tipo de participação do que o efeito direto da raça²¹. Tanto é que os estratos mais elevados de escolaridade e renda se mostraram mais ativos na dimensão social, coadunando outros estudos^{4,15}.

Quanto à dimensão da atividade física, o presente estudo analisou o domínio do lazer tendo em vista seus efeitos benéficos mais expressivos sobre a saúde quando comparada à atividade física em outros domínios²². A prevalência nacional de idosos fisicamente ativos no lazer (13,1%) está aquém da estimada para a população idosa mundial (45%) em 2010²³ e da observada para a população com 65 anos ou mais residente nas capitais brasileiras (22,3%)⁵.

Apesar da baixa prevalência, chama a atenção o fato de que não foi observada diferença entre os sexos, contrapondo os achados de uma revisão sistemática que identificou maior prevalência de atividade física de lazer entre os homens²⁴. O presente estudo também mostrou que o ajuste pela escolaridade explicou toda a diferença observada para negros e brancos quanto à prática da atividade física. Também se observou que a magnitude das desigualdades na atividade física de lazer foi semelhante para as duas variáveis de nível socioeconômico (educação e renda), sugerindo que ambos os efeitos podem ser igualmente importantes²⁵. As causas das desigualdades no envolvimento em atividade física de lazer podem estar associadas ao efeito educacional no conhecimento sobre suas consequências positivas para a saúde e/ou relacionadas às possibilidades financeiras de se envolver nesse tipo de atividade^{25,26}.

Quanto à dimensão do trabalho, o estudo relevou uma prevalência de 20,7% de participação em trabalho remunerado. Tal estimativa pode ser considerada baixa e coaduna a tendência de queda que esse indicador vem apresentando no Brasil. Em 2005, o nível de ocupação da população idosa brasileira era de 30,2% e reduziu para 26,3% em 2015²⁷. Por outro lado, a participação em trabalho voluntário foi referida por 9,7% dos entrevistados, sendo mais que o dobro da observada em outro inquérito nacional, que estimou em 4,6% a prevalência dessa prática no Brasil, considerando a população com 50 anos ou mais de idade²⁸.

A dimensão do trabalho também revelou uma polaridade entre os gêneros. De um lado, os homens eram mais ativos no trabalho remunerado, enquanto as mulheres eram mais envolvidas em trabalho voluntário. A maior frequência de homens no mercado de trabalho tem sido associada, principalmente, aos padrões tradicionais de divisão do trabalho e influências culturais^{4,19,29}. Outro fator que pode influenciar a permanência dos homens idosos no mercado de trabalho é a necessidade de reforçar o orçamento familiar, mesmo após a aposentadoria, com vistas a atender demandas financeiras próprias e de familiares dependentes, em consequência de fatores como crise econômica, desemprego, divórcio e dependência química, especialmente nos estratos de baixa renda³⁰. Por outro lado, as diferenças de gênero no trabalho voluntário são divergentes na literatura^{4,31} e podem se correlacionar com diferenças nos níveis de renda e experiências de emprego de homens e mulheres, além de aspectos culturais^{4,31}. A análise da dimensão do trabalho segundo raça/cor revelou uma diferença entre brancos e negros apenas em relação ao trabalho voluntário, explicada pela escolaridade. A relevância da estratificação por raça/cor de pele em estudos sobre voluntariado se deve ao seu potencial de identificar diferenças em medida de qualidade de vida que tornam o voluntariado possível, tais como educação e renda, ou evidenciar o efeito direto da discriminação racial no acesso desigual ao voluntariado^{32,33}. Quanto às diferenças por nível socioeconômico, o presente estudo apontou que os idosos mais escolarizados e com maior renda eram mais participativos no trabalho remunerado e voluntário. Uma possível explicação para a diferença no trabalho remunerado é que os indivíduos de nível socioeconômico mais baixo costumam apresentar piores condições de saúde e ocupar postos de trabalho mais exigentes fisicamente e menos gratificantes, favorecendo a saída precoce do mercado de trabalho³⁴. E quanto ao voluntariado, as prevalências encontradas podem ser consideradas baixas quando comparadas a outras regiões do mundo^{4,31}, sinalizando possível falta de oportunidade ou falta de incentivo à uma “cultura do voluntariado”³.

O estudo apontou ainda que a população beneficiária de planos privados de saúde era também mais ativa na dimensão social, na prática de atividade física e no envolvimento em trabalho remunerado e voluntário. Essa análise não foi ajustada por renda ou escolaridade com o objetivo de revelar o perfil de engajamento em atividades daqueles que dependem exclusivamente do sistema público de saúde. Nessa perspectiva, o estudo reforça, entre outros aspectos, o papel e a importância do SUS no estímulo à participação social, tendo em vista seu potencial para promover a saúde física e mental dos idosos³⁵. Outro aspecto que o estudo evidenciou foi a desigualdade na prática de atividade física entre a população com e sem plano de saúde. Tal constatação enfatiza a necessidade de ampliação do acesso a práticas corporais e atividade física por meio de programas como a Academia da Saúde e da

atuação efetiva dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerados aliados importantes na redução da inatividade física entre idosos, bem como da desigualdade nessa prática^{36,37}.

Por se tratar de um estudo transversal, é possível ter ocorrido viés de sobrevivência, considerado como erro lógico de se estudar os idosos que sobreviveram à mortalidade precoce, mais comum entre pessoas com maiores exposições ao risco ao longo da vida. As forças do estudo se devem ao tamanho da amostra, que permitiu estimar a maioria dos indicadores de envelhecimento ativo com bom nível de precisão nos estratos considerados, à qualidade dos dados coletados e ao uso de indicadores pouco explorados para a população idosa brasileira.

CONCLUSÃO

O estudo contribuiu para dar visibilidade a cinco atividades que ainda se apresentam como desafiadoras à proposta política de envelhecimento ativo, tanto por sua baixa prevalência entre os idosos brasileiros, como por serem marcadas por considerável desigualdade social. Os dados mostraram que a participação em distintas atividades na velhice pode estar relacionada aos papéis tradicionais de gênero que se naturalizaram ao longo do ciclo de vida. O estudo também identificou que os idosos com maior nível de renda e escolaridade são mais envolvidos em atividades sociais, físicas e produtivas, reforçando a importância do combate à desigualdade educacional e de renda como forma de promover o envelhecimento ativo. Ainda foi possível evidenciar as possibilidades de contribuição do SUS na efetivação do envelhecimento ativo no Brasil, seja promovendo ações específicas de saúde que favorecem a vida ativa, seja fomentando a participação em atividades com vistas a retroalimentar a saúde dos idosos.

Esses achados reforçam que o enfrentamento das desigualdades sociais é parte importante da estratégia de implementação do envelhecimento ativo, de modo a fornecer soluções adaptadas e apropriadas para os diferentes grupos de idosos e a evitar a imposição de metas pouco factíveis.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Ministério da Saúde pelo financiamento do projeto sob convênio nº 817122/2015 e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a bolsa de produtividade de M. B. A. Barros (Processo nº 309073/2015-4).

REFERÊNCIAS

1. Timonen V. *Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing*. Bristol: Policy Press; 2016.
2. World Health Organization. *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Centro Internacional de Longevidade Brasil. *Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

4. Ilinca S, Rodrigues R, Schmidt A, Zolyomi E. Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: 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 2016. Brasil: Ministério da Saúde; 2017.
6. Peixoto SV, Mambrini JVM, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Souza Junior PRB, Andrade FB, et al. Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl. 2): 5s. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000605>
7. Ferreira FR, César CC, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Proietti FA. Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl. 2): 18s.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
9. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(2): 333-42. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>
10. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Supl. 1): 159-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>
11. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 207-16. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
12. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 297-304. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>
13. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 197-206. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200002>
14. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Bukov A, Maas I, Lampert T. Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57(6): P510-7. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p510>
16. Barreto KML, Carvalho EMF, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3: 339-54.
17. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12): 2798-808. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008>
18. Almeida C, Lüchmann L, Ribeiro E. Associativismo e representação política feminina no Brasil. *Rev Bras Ciênc Polít* 2012; (8): 237-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522012000200009>
19. World Economic Forum. The Global Gender Gap Report. Geneva: World Economic Forum; 2017.
20. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50(10): 1385-401.
21. Bueno NS. Raça e comportamento político: participação, ativismo e recursos em Belo Horizonte. *Lua Nova* 2012; (85): 187-226. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452012000100006>
22. Abu-Omar K, Rütten A. Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Prev Med* 2008; 47(3): 319-23. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.03.012>
23. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
24. Notthoff N, Reisch P, Gerstorf D. Individual Characteristics and Physical Activity in Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology* 2017; 63(5): 443-59. <https://doi.org/10.1159/000475558>
25. Beenackers MA, Kamphuis CBM, Giskes K, Brug J, Kunst AE, Burdorf A, et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 116. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-116>
26. Del Duca GF, Rombaldi AJ, Knuth AG, Azevedo MR, Nahas MV, Hallal PC. Associação entre nível econômico e inatividade física em diferentes domínios. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2009; 14(2): 123-31. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.14n2p123-131>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016: Outras formas de trabalho. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
29. He W, Goodkind D, Kowal P. Census Bureau (US), International Population Reports P95/16-1: An Aging World: 2015. Washington, D.C.: Department of Commerce (US); 2016.
30. Oliveira MB, Silva NM. Participação de aposentados nas transferências de recursos nas famílias. *Rev Ciênc Hum* 2012; 12(1): 135-44.
31. Principi A, Chiatti C, Lamura G, Frerichs F. The Engagement of Older People in Civil Society Organizations. *Educ Gerontol* 2012; 38(2): 83-106. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.515898>
32. Dannefer D. Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc* 2003; 58(6): S327-37. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.s327>
33. Tang F, Copeland VC, Wexler S. Racial Differences in Volunteer Engagement by Older Adults: An Empowerment Perspective. *Social Work Res* 2012; 36(2): 89-100. <http://dx.doi.org/10.1093/swr/svs009>
34. Reinhardt JD, Wahrendorf M, Siegrist J. Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries. *Occup Environ Med* 2013; 70(3): 156-63. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100924>
35. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. *Aust Health Rev* 2017; 41(4): 455-62. <https://doi.org/10.1071/AH16038>
36. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSSCA, Oliveira TP, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(6): 1849-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>
37. Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(6): 1829-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07482016>

Recebido em: 17/12/2018

Versão final apresentada em: 21/02/2019

Aprovado em: 11/03/2019

Contribuição dos autores: N. F. S. Sousa participou da concepção, análise, interpretação dos dados e redação do texto. L. P. B. Medina, T. F. Bastos e C. N. Monteiro participaram da análise, interpretação dos dados e revisão crítica do texto. M. G. Lima participou da concepção, análise, interpretação dos dados e revisão crítica do texto. M. B. A. Barros participou da concepção, análise, interpretação dos dados, revisão crítica do texto e aprovação final da versão a ser publicada.

