



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

Helenna Oyarzabal Siqueira

**Associação entre comportamentos de risco e desfechos de envelhecimento
saudável em idosos brasileiros: dados de uma pesquisa nacional**

Araranguá

2025

Helenna Oyarzabal Siqueira

**Associação entre comportamentos de risco e desfechos de envelhecimento
saudável em idosos brasileiros: dados de uma pesquisa nacional**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Fisioterapia do Centro de Ciência, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia

Orientador(a): Profa. Maruí Weber Corseuil Giehl, Dra.

Araranguá

2025

Helenna Oyarzabal Siqueira

**Associação entre comportamentos de risco e desfechos de envelhecimento saudável em idosos
brasileiros: dados de uma pesquisa nacional**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharela e
aprovado em sua forma final pelo Curso de Fisioterapia

UFSC Campus Araranguá – R. Gov. Jorge Lacerda, 3201 – Jardim das Avenidas, Araranguá - SC, 27
de novembro de 2025.



Prof. Alexandre Marcio Marcolino
Coordenação do Curso

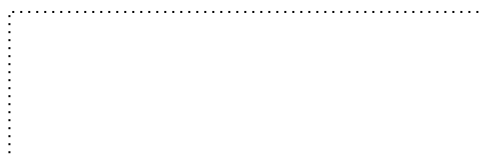
Banca examinadora



Prof. Maruí Weber Corseuil Giehl, Dra.
Orientadora



Prof. Nicolas Kickhofel Weissahn, Dr.
UFSC Campus Araranguá



Prof. Simone Farias Antunez Reis, Dra.
UFSC Campus Araranguá

Araranguá, 2025

Oyarzabal Siqueira, Helenna

Associação entre comportamentos de risco e desfechos de envelhecimento saudável em idosos brasileiros : dados de uma pesquisa nacional / Helenna Oyarzabal Siqueira ; orientadora, Maruí Weber Corseuil Giehl, 2025.

33 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Fisioterapia, Araranguá, 2025.

Inclui referências.

1. Fisioterapia. 2. Idosos. 3. Comportamentos de risco.
4. Envelhecimento. I. Weber Corseuil Giehl, Maruí. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Fisioterapia. III. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais, que me ensinaram a ser persistente e depositar amor em todas as coisas que eu me propusesse a fazer.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que não me permitiu desistir, mesmo com os obstáculos no caminho.

À minha mãe, Carmen, minha maior referência de ser humano e de amor, a primeira pessoa a quem contei sobre a minha escolha de curso, que me apoiou desde o início, e que luta muito para que eu possa viver este sonho.

Ao meu pai, Leonel (in memoriam), a quem recorro em oração e que me enviou força todas as vezes que a jornada se tornava mais cansativa, fazendo-me sentir o seu amor durante toda a vida.

Às minhas irmãs, minhas grandes inspirações, Paola, minha melhor amiga e que juntas partilhamos todos os desafios e glórias dessa fase que estamos vivendo, e Mariáh, que me apoiou a buscar uma universidade pública, me preparou para as redações desde a escola e fez com que eu tivesse capacidade de escrever este trabalho.

Ao meu sobrinho, Fernando, pelo amor incondicional.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Maruí Weber Corseuil Giehl, pelo tempo e atenção dedicados a este trabalho e por apresentar-me este tema, o qual eu aprendi a amar.

À minha banca avaliadora pela disponibilidade para contribuir com este trabalho.

À família Machado que me acolheu com muito carinho em Araranguá.

À toda a equipe da CICE, em especial aos coordenadores da minha bolsa, Vítor e Samira, pela oportunidade de trabalhar e aprender com vocês e por toda a compreensão com meus horários para que eu conseguisse equilibrar as atividades e concluir este trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de estudar em uma das melhores instituições de ensino do país.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana."

Carl G. Jung

RESUMO

O envelhecimento é consequência do avanço da idade e depende dos hábitos e do estilo de vida do idoso. Os comportamentos de risco à saúde foram considerados variáveis significativas nesse processo. Neste estudo, o objetivo foi analisar as associações entre os comportamentos de risco à saúde e o envelhecimento saudável de idosos brasileiros. Tratou-se de um estudo transversal que utiliza a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 para investigar a prevalência de comportamentos de risco à saúde segundo características do indivíduo. Dados foram analisados no pacote estatístico STATA SE 14.2. Os desfechos de envelhecimento saudável considerados são: ausência de multimorbidade, ausência de sintomas depressivos e independência funcional. Foram considerados fatores de risco à saúde: inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool e excesso de peso. Foi utilizado um modelo de regressão Logística para análise da associação entre os desfechos e os fatores de risco com ajuste para sexo, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, renda. Observou-se que os idosos que apresentaram dois ou mais fatores de risco demonstravam um pior estado de saúde em comparação àqueles com apenas um fator. Ao avaliar os comportamentos individualmente, a multimorbidade foi apontada como a variável mais prevalente, ao afetar aproximadamente um terço dos idosos da pesquisa. Quando combinados, os comportamentos mais prevalentes foram a inatividade física e o excesso de peso. Verificou-se também que indivíduos sem fatores de risco tendem a apresentar menores níveis de incapacidade funcional, multimorbidade e sintomas depressivos. Os achados reforçam que a multiplicidade de determinantes, aliada à complexidade dos comportamentos humanos, frequentemente resulta na coexistência de diferentes comportamentos de risco, o que agrava o estado de saúde dos indivíduos.

Palavras-chave: Idoso; Comportamentos de risco; Envelhecimento saudável.

ABSTRACT

Aging is a consequence of advancing age and depends on the habits and lifestyle of the elderly. Health risk behaviors were considered significant variables in this process. This study aimed to analyze the associations between health risk behaviors and healthy aging in Brazilian older adults. This was a cross-sectional study using the 2019 National Health Survey database to investigate the prevalence of health risk behaviors according to individual characteristics. Data were analyzed using the STATA SE 14.2 statistical package. The healthy aging outcomes considered were: absence of multimorbidity, absence of depressive symptoms, and functional independence. Health risk factors considered were: physical inactivity, smoking, excessive alcohol consumption, and overweight. A logistic regression model was used to analyze the association between the outcomes and risk factors, adjusted for sex, age group, race/skin color, education, and income. It was observed that older adults who presented two or more risk factors showed a worse health status compared to those with only one factor. When evaluating the behaviors individually, multimorbidity was identified as the most prevalent variable, affecting approximately one-third of the elderly in the survey. When combined, the most prevalent behaviors were physical inactivity and overweight. It was also found that individuals without risk factors tend to present lower levels of functional disability, multimorbidity, and depressive symptoms. The findings reinforce that the multiplicity of determinants, combined with the complexity of human behaviors, frequently results in the coexistence of different risk behaviors, which worsens the health status of individuals.

Keywords: Elderly; Risk behaviors; Healthy aging.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e de saúde de idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).	23
Tabela 2 - Prevalência das combinações dos indicadores do estado de saúde em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).	25
Tabela 3 - Prevalência das combinações dos fatores de risco em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).	26
Tabela 4 - Prevalências dos indicadores do estado de saúde de acordo com a simultaneidade de fatores de risco em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.	27
Tabela 5 - Prevalências do estado de saúde de acordo com a simultaneidade de fatores de risco em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.	27
Tabela 6 - Análise bruta e ajustada da associação entre o estado de saúde e as variáveis socioeconômicas em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	16
2	19
2.1	19
2.2	19
2.3	20
2.4	21
2.4.1	22
2.5	22
2.6	23
3	24
4	29
5	32

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é conceituado como um processo que associa-se a mudanças biológicas, fisiológicas, ambientais, psicológicas, comportamentais e sociais do ser humano. No Brasil, a população idosa tem crescido de forma exponencial nas últimas décadas e estima-se que, até 2030, uma em cada seis pessoas no país terá 60 anos ou mais (OPAS, 2020). Como objetivo de promover melhores condições de vida e favorecer um envelhecimento saudável da população, o período de 2021 a 2030 foi declarado como “A Década do Envelhecimento Saudável nas Américas”. Essa iniciativa global liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), busca articular esforços conjuntos entre governos, instituições acadêmicas, equipes multiprofissionais de saúde, meios de comunicação e sociedade civil, com vistas a garantir bem-estar e inclusão social aos idosos (Morsch; Vega, 2022).

O Brasil destaca-se entre os países da América dado ritmo acelerado do seu envelhecimento populacional (OPAS, 2025). Atualmente, estima-se que 10,9% da população brasileira, aproximadamente 22 milhões de pessoas, tenham 65 anos ou mais (IBGE, 2023). A transição demográfica vivenciada no país durante as últimas décadas não ocorre de maneira uniforme entre os idosos, refletindo as profundas desigualdades sociais do país (Veras, 2009). À medida que os indivíduos atingem a velhice, aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), bem como de limitações físicas e cognitivas (Ramos, 2003).

Um estudo de base populacional realizado no estado de São Paulo- Brasil, demonstrou que idosos com maiores níveis de escolaridade, renda e acesso a plano de saúde privado apresentam melhores condições para a adoção de hábitos de vida saudável, prática de atividades físicas, participação em atividades de lazer e engajamento social, em comparação àqueles em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica (Sousa *et al.*, 2021).

Por outro lado, os comportamentos de saúde também constituem fatores determinantes para envelhecimento saudável. Esses comportamentos englobam um conjunto de práticas, como a atividade física regular, o tabagismo e o consumo de álcool (Wu, Yuhang *et al.*, 2024). Idosos que mantêm hábitos não saudáveis ao longo da vida apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de DCNTs, como o câncer e o diabetes mellitus (DM) (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para idosos (a partir de 65 anos) indicam a realização de pelo menos 150 a 300 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de atividade vigorosa, distribuídos ao longo da semana. Além disso, é fundamental incluir exercícios que enfatizem o fortalecimento muscular,

o equilíbrio e a coordenação, realizados duas a três vezes por semana, para prevenir quedas e manter a funcionalidade. A prática regular de atividade física contribui para a melhora da saúde cardiovascular, muscular, cognitiva e da qualidade de vida, além de reduzir o risco de doenças crônicas e fragilidade funcional (OMS, 2020).

O sedentarismo manifesta-se como um dos principais obstáculos ao envelhecimento saudável, pois está significativamente associado ao aumento da carga de DCNTs, declínio funcional e mortalidade precoce entre idosos. Além disso, a inatividade física compromete a capacidade cardiorrespiratória, a força muscular e o equilíbrio, favorecendo o surgimento de limitações funcionais e aumentando o risco de quedas, hospitalizações e perda de autonomia (Lee *et al.*, 2012; OMS, 2020).

Paralelamente, observa-se um padrão alimentar caracterizado pelo consumo frequente de alimentos ultraprocessados, de baixo valor nutricional e elevado teor de gorduras saturadas, o qual contribui para o ganho de peso e, em muitos casos, para o desenvolvimento da obesidade. Idosos que adotam comportamentos de risco, como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, tendem também a apresentar dietas hipercalóricas, o que agrava o estado nutricional e aumenta a vulnerabilidade a diversas condições crônicas (Gomes *et al.*, 2020).

Hábitos de risco, como o consumo excessivo de álcool e o tabagismo, também comprometem o envelhecimento saudável. O uso do tabaco é associado à maior multimorbidade em idosos, constituindo um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e respiratórias (São José *et al.*, 2017). Além disso, o uso contínuo do cigarro está associado à elevação dos níveis de cortisol, o que favorece o acúmulo de gordura corporal e aumenta a possibilidade de obesidade (Gonçalves *et al.*, 2024). Considerando que muito idosos fazem uso contínuo de medicamentos devido a condições de crônicas de saúde, a combinação de álcool e tabaco pode intensificar a gravidade dessas doenças, dificultar a recuperação clínica e comprometer ainda mais o estado de saúde (Senger *et al.*, 2009).

Além disso, é essencial considerar a simultaneidade dos fatores de risco. Indivíduos que apresentam múltiplos comportamentos de saúde negativos são mais suscetíveis a piores desfechos quando comparados àqueles com um único fator ou nenhum comportamento de risco (Cruz *et al.*, 2013). Um estudo realizado em coortes da Inglaterra, Finlândia, França e Suíça, identificou redução significativa da expectativa de vida saudável entre homens e mulheres com múltiplos fatores de risco em comparação àqueles com apenas um fator (Stenholm *et al.*, 2016).

De forma complementar, um estudo realizado com 4.868 idosos chineses, verificou que características sociodemográficas (escolaridade e renda familiar) e comportamentos de risco à saúde (tabagismo, álcool, alimentação saudável, sedentarismo, sobrepeso e distúrbio do

sono), estão associados à pior qualidade de vida relacionada à saúde. Por outro lado, idosos que com maior capital social e comportamentos de saúde mais favoráveis apresentaram melhores condições de vida e envelhecimento (Yang et al., 2020).

O envelhecimento populacional é inevitável, cuja qualidade é influenciada diretamente pelas condições sociais e contextuais e pelos hábitos individuais (Oliveira, 2019). O processo de envelhecimento permanece relevante e individual a cada adulto, uma vez que sua experiência de envelhecimento saudável pode sempre se tornar mais ou menos positiva a depender do estilo de vida (OMS, 2015). A experiência de envelhecimento saudável é singular, podendo tornar-se mais ou menos favorável conforme o estilo de vida adotado (OMS, 2015). No contexto nacional, ainda são escassos estudos que relacionem, de forma integrada, a adesão a comportamentos de risco e o envelhecimento saudável. Assim, este estudo tem como objetivo analisar as associações entre comportamentos de risco à saúde e desfechos relacionados ao envelhecimento saudável em idosos brasileiros.

2 MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS

Este trabalho tratou-se de um estudo observacional do tipo transversal, que utilizou os dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019, como base de dados para relacionar os comportamentos de risco à saúde e o envelhecimento saudável de idosos brasileiros.

A PNS é um inquérito de saúde de base domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde juntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O foco do projeto é apurar as condições de saúde da população brasileira e seu estilo de vida. Os dados obtidos servem para contribuir com a formação de políticas públicas relacionadas à promoção, vigilância e atenção em saúde do SUS. Os resultados obtidos pela PNS contribuem significativamente para monitorar os dados sobre o estilo de vida dos brasileiros e DCNTs.

A PNS analisou temáticas comportamentais da população, como o consumo alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, tabagismo e doenças crônicas que serão utilizadas para realizar a pesquisa deste trabalho (Stopa *et al.*, 2020).

2.2 PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM E COLETAS DE DADOS

A amostra da segunda edição da PNS, em 2019, retrata moradores de Domicílios Particulares Permanentes (DPP) no Brasil e representa a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD). O plano amostral desenvolvido pela PNS consiste em uma amostra conglomerada em três estágios: (1) seleção das unidades primárias de amostragem (UPA), (2) seleção dos domicílios em cada setor censitário sorteado, (3) uma amostragem aleatória simples de cada domicílio sorteado, respondida por um morador com idade igual ou superior a 15 anos (Stopa *et al.*, 2020).

Foram encontrados na amostra um total de 8.036 UPAs, 108.525 domicílios, além de terem sido realizadas 94.114 entrevistas domiciliares, com uma taxa 6,4% sem resposta. Neste estudo, foram utilizadas apenas as informações dos indivíduos idosos de 60 anos ou mais, e que responderam ao questionário individual para o morador selecionado. A amostra final deste

estudo foi de 22.728 indivíduos. Mais informações sobre a metodologia da PNS 2019 podem ser acessadas em publicação prévia (IBGE, 2020).

2.3 VARIÁVEL DESFECHO

A variável desfecho do presente estudo foi o envelhecimento saudável. Os indicadores utilizados como *proxy* do envelhecimento saudável foram: multimorbidade, incapacidade funcional e sintomas depressivos. O envelhecimento saudável foi considerado “ótimo” quando o idoso não apresentava nenhum dos indicadores, “regular” quando o idoso apresentava um dos indicadores, e “ruim” quando apresentava a combinação de dois ou mais indicadores.

A multimorbidade foi avaliada considerando uma lista de 14 morbidades autorrelatadas disponíveis no estudo. Dessas, 11 morbidades foram identificadas no “Módulo Q - Doenças Crônicas” pela seguinte pergunta: “Algum médico já diagnosticou você com...?” (cada condição). As seguintes morbidades foram incluídas: pressão alta, diabetes, hipercolesterolemia, problemas cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, asma, artrite ou reumatismo, distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, doenças pulmonares, doença renal crônica e câncer. Entre as mulheres, foram excluídos episódios de hipertensão e diabetes durante a gravidez. Em casos de depressão ou outra doença mental, a pergunta foi: “Algum médico ou profissional de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo) já o (a) diagnosticou com...?”. Para identificar problemas na coluna vertebral, a pergunta foi: “O (a) Sr. (a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, dor lombar, ciática, problemas nas vértebras ou nos discos?”. Conforme sugerido pela OMS, o ponto de corte para definir multimorbidade foi ≥ 2 condições crônicas.

A incapacidade funcional foi avaliada nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e instrumentais (AIVD). Foram investigadas sete ABVD (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar de um cômodo para outro, levantar-se ou deitar-se na cama e sentar-se ou levantar-se de uma cadeira) e nove AIVD (fazer compras, gerenciar suas finanças, tomar medicamentos, ir ao médico e utilizar meios de transporte). O idoso foi considerado com incapacidade quando respondeu às opções “não consegue”, “tem grande dificuldade” ou “tem pequena dificuldade” em pelo menos uma dentre as ABVD e/ou AIVD. Aqueles que responderam a opção “não tem dificuldade” foram considerados sem problemas funcionais.

A avaliação dos sintomas depressivos foi realizada por meio do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que mede a frequência de sintomas depressivos nas duas

semanas anteriores à entrevista. Esse instrumento foi validado no Brasil, e possui aplicabilidade para diagnóstico de depressão com os pontos de corte > 9 e > 10 . A presença de sintomas depressivos foi determinada pelo escore PHQ-9, conforme a classificação de gravidade recomendada por Kroenke *et al.* (ano): nenhum (1-4 pontos), leve (5-9), moderada (10-14), moderadamente grave (15-19) e grave (20-27 pontos). Neste estudo, um escore igual ou superior a 10 pontos no PHQ-9 foi considerado indicativo de sintomas depressivos, sendo esse o ponto de corte ideal para tal detecção clinicamente relevante.

2.4 VARIÁVEIS EXPLORATÓRIAS PRINCIPAIS

A escolha das variáveis de exposição presentes no estudo decorreu do objetivo de analisar as associações entre comportamentos de risco à saúde e desfechos relacionados ao envelhecimento saudável, sendo estas: tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada, excesso de peso e inatividade física.

O tabagismo foi avaliado pela seguinte: “Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco?”, com as opções de respostas de: “sim, diariamente”, “sim, menos que diariamente” e “não fumo atualmente”. Para considerar o entrevistado como tabagista, foi necessário que ele tenha respondido “sim, diariamente” ou “sim, menos que diariamente”, aqueles que responderam com “não fumo atualmente” não foram classificados como tabagistas.

Para estimar o consumo excessivo de álcool, foram utilizadas as perguntas: “Quantos dias por semana o(a) Sr(a). costuma consumir bebida alcoólica?” e “Em geral, nos dias em que o(a) Sr(a). bebe, quantas doses de bebida alcoólica consome?”. Uma dose foi estabelecida como 1 lata de cerveja, uma taça de vinho ou 1 dose de destilado. O cálculo para avaliar o total semanal foi obtido através da multiplicação das respostas das duas perguntas. Definindo como consumidores excessivos de álcool para aqueles que consomem 8 ou mais doses por semana para mulheres e 15 ou mais doses para homens.

O excesso de peso foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), sendo categorizado em: (1) baixo peso, IMC inferior a 22 kg/m²; (2) eutróficos, IMC entre 22 e 27 kg/m²; (3) excesso de peso, IMC superior a 27kg/m² (Lipschitz, 1994).

Para avaliar a inatividade física foram utilizadas as seguintes perguntas: “Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”, “Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência?” e “Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”. Na primeira questão, o entrevistado

poderia informar o número de dias ou selecionar a opção “Nunca ou menos de uma vez por semana”. A segunda questão continha uma lista de atividades físicas, incluindo: caminhada; caminhada em esteira; corrida/cooper; corrida em esteira; musculação; ginástica aeróbica/spinning/step/jump; hidroginástica; ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga; natação; artes marciais e lutas; bicicleta/bicicleta ergométrica; futebol; basquetebol; voleibol; tênis; dança; e “Outros”. A terceira pergunta foi respondida em horas e minutos. O tempo total semanal de atividade física foi calculado com base na frequência (dias/semana), duração média das sessões (minutos/dia) e tipo de atividade. A partir desse cálculo, foram considerados fisicamente ativos no lazer os indivíduos que praticavam ≥ 150 minutos semanais de atividade física leve ou moderada, ou ≥ 75 minutos semanais de atividade física vigorosa.

2.4.1 Variáveis de Ajuste

Como variáveis de ajuste, foram incluídas o sexo (feminino ou masculino), raça/cor da pele (amarelo, branco, preto, pardo ou indígena), faixa etária (de 60 a 69 anos e 70 a 79 e 80 anos ou mais), a escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, ensino médio completo ou superior incompleto ou superior completo), renda familiar *per capita* (até um salário mínimo, mais de um a três salários mínimos ou mais de três salários mínimos).

2.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada no software Stata 14.2, considerando o efeito de delineamento do processo de amostragem complexo em todas as análises, utilizando o módulo *survey*.

A descrição da amostra ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas. Também foram estimadas as prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) para o desfecho e seus indicadores em relação às variáveis de exposição representada pelos comportamentos de risco (teste do qui-quadrado). As análises bivariadas e multivariadas foram conduzidas por meio de regressão Logística Multinomial, estimando-se razões de chances (RC) com nível de significância de 5%. Na análise ajustada, as variáveis relacionadas aos comportamentos de risco foram incluídas no modelo final, após ajuste pelas variáveis demográficas (faixa etária, sexo e cor da pele) e socioeconômicas (escolaridade e renda).

Associações com $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas, e variáveis com $p < 0,20$ foram mantidas no modelo final para controle de possíveis fatores de confusão.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa utilizou dados secundários da PNS, que se encontra disponível em domínio público para acesso e utilização de pesquisadores e gestores. Como foram mantidos o sigilo e o anonimato dos participantes, não foi possível identificá-los por meio da manipulação dos dados. Assim, o presente estudo atende aos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que garante a confidencialidade e o anonimato aos participantes, respeitando os princípios éticos. A PNS recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de protocolo 328.159 e CAAE:10853812.7.0000.0008.

3 RESULTADOS

A amostra do presente estudo incluiu 22.728 indivíduos com 60 anos ou mais. A maioria era do sexo feminino (56,7%) e tinha entre 60 e 69 anos (56,3%). Mais da metade autodeclararam-se de cor da pele branca (51,4%). Quanto à escolaridade, 63,3% não possuíam instrução ou tinham apenas o ensino fundamental incompleto, enquanto 11,3% haviam concluído o ensino superior. Em relação à renda, 42,7% declararam receber até três salários mínimos. No tocante ao estado de saúde, cerca de um terço dos idosos foi classificado em condição ruim, ou seja, relatando dois ou mais agravos (30,0%). Quanto à simultaneidade de fatores de risco, aproximadamente metade apresentava um fator (46,3%), enquanto 37,6% tinham dois ou mais (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e de saúde de idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).

Variáveis	n	(%)	IC95%
Sexo			
Masculino	10.193	43,3	42,3-44,4
Feminino	12.535	56,7	55,6-57,7
Faixa-etária			
60 - 69 anos	12.555	56,3	55,2-57,4
70 - 79 anos	7.157	30,1	29,2-31,1
≥ 80 anos	3.016	13,6	12,8-14,3
Cor da pele			
Branca	9.901	51,4	50,3-52,6
Parda/preta	12.456	48,6	47,4-49,7
Escolaridade			
Superior completo	2.408	11,3	10,5-12,1
Médio completo/superior incompleto	3.322	15,9	15,0-16,8
Fundamental completo/médio incompleto	2.011	9,5	8,9-10,2
Sem instrução/fundamental incompleto	14.987	63,3	62,1-64,4
Renda domiciliar per capita			
Mais de 3 SM	3.571	15,6	14,7-16,6
De 1 até 3 SM	8.904	42,7	41,6-43,8

Até 1 SM	10.250	41,7	40,6-42,9
Estado de saúde			
Ótimo	6.932	30,5	29,5-31,6
Regular	8.448	39,4	38,3-40,6
Ruim	6.345	30,0	29,0-31,1
Simultaneidade de fatores de risco			
Nenhum fator	3.508	16,1	15,3-16,9
Um fator	10.605	46,3	45,1-47,4
Dois ou mais fatores	8.613	37,6	36,5-38,8

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Quanto à prevalência das combinações de agravos que compõem o desfecho, constatou-se que 30,5% dos idosos não apresentavam nenhum dos agravos analisados, sendo a multimorbidade (29%) o agravo mais prevalente. A combinação de agravos mais prevalente foi a de incapacidade funcional e multimorbidade, apresentando uma frequência de 20,1%. (Tabela 2)

Tabela 2. Prevalência das combinações dos indicadores do estado de saúde em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).

Número de agravos	Incapacidade e Funcional	Sintomas depressivos	Multimorbidade	% (IC95%)
0	-	-	-	30,5 (29,5-31,6)
1	+	-	-	9,6 (8,9-10,2)
1	-	+	-	0,9 (0,7-1,2)
1	-	-	+	29,0 (27,9-30,1)
2	+	+	-	0,9 (0,7-1,2)
2	+	-	+	20,1 (19,2-21,0)
2	-	+	+	2,8 (2,4-3,3)
3	+	+	+	6,2 (5,7-6,8)

Fonte: elaborado pela autora

No que diz respeito à prevalência das combinações de fatores de risco, observam-se os seguintes resultados: o fator de risco mais prevalente foi a inatividade física no lazer (31,8%) e o segundo mais prevalente foi o excesso de peso, que apresentou uma frequência de 11,2%. Em

seguida, a combinação mais prevalente foi a inatividade física e excesso de peso, com uma frequência de 25,0% (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência das combinações dos fatores de risco em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).

Número de fatores	IFL	EP	T	A	% (IC95%)
4	+	+	+	+	0,3 (0,2-0,4)
3	+	+	+	-	2,3 (2,0-2,6)
3	+	+	-	+	1,2 (1,0-150,5)
3	-	+	+	+	0,1 (0,1-0,3)
3	+	-	+	+	0,5 (0,4-0,7)
2	+	+	-	-	25,0 (24,0-26,0)
2	+	-	+	-	5,2 (4,7-5,7)
2	+	-	-	+	0,7 (0,57-0,9)
2	-	+	+	-	0,7 (0,6-0,9)
2	-	+	-	+	0,9 (0,7-1,1)
2	-	-	+	+	0,4 (0,3-0,5)
1	+	-	-	-	31,8 (30,9-32,79)
1	-	+	-	-	11,2 (10,5-11,9)
1	-	-	+	-	1,9 (1,6-2,2)
1	-	-	-	+	1,3 (1,1-1,7)
0	-	-	-	-	16,1 (15,3-16,8)

IFL: inatividade física de lazer; EP: excesso de peso; T: tabagismo; A: consumo abusivo de álcool.

Ao se analisar as prevalências dos desfechos que compõe o estado de saúde, conforme as categorias da simultaneidade de fatores de risco, observou-se maiores prevalências de sintomas depressivos e a multimorbidade em idosos que apresentavam dois ou mais fatores de risco (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalências dos indicadores do estado de saúde de acordo com a simultaneidade de fatores de risco em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Incapacidade funcional		Sintomas depressivos		Multimorbidade	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Simultaneidade de fatores de risco						
Nenhum fator risco	21,3	19,1-23,6	5,6	4,5-6,8	50,3	47,6-53,0
1 fator de risco	39,8	38,3-41,3	10,3	9,2-11,4	57,8	56,1-59,4
≥ 2 fatores de risco	39,7	38,1-41,5	13,5	12,1-15,0	61,9	60,1-63,7

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Obs: Foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo que todas as variáveis apresentaram $p < 0,005$.

A Tabela 5 apresenta a distribuição do estado de saúde dos idosos segundo a simultaneidade de fatores de risco. Entre aqueles sem fatores de risco, verificou-se maior proporção de indivíduos em ótimo estado de saúde (41,3%; IC95%: 38,7-43,9), enquanto apenas 16,3% (IC95%: 14,4-18,3) foram classificados em estado ruim. Nos idosos com dois ou mais fatores de risco, a prevalência de estado ótimo foi menor (27,0%; IC95%: 25,4-28,7), enquanto a de estado ruim atingiu 34,1% (IC95%: 32,4-35,9).

Tabela 5. Prevalências do estado de saúde de acordo com a simultaneidade de fatores de risco em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Estado de Saúde		
	Ótimo (0 agravo) % (IC95%)	Regular (1 agravo) % (IC95%)	Ruim (≥ agravos) % (IC95%)
Nenhum fator risco	41,3 (38,7-43,9)	42,4 (39,6-45,1)	16,3 (14,4-18,3)
1 fator de risco	29,5 (28,1-31,1)	38,9 (37,3-40,5)	31,5 (30,0-33,1)
≥ 2 fatores de risco	27,0 (25,4-28,7)	38,8 (37,1-40,6)	34,1 (32,4-35,9)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Obs: Foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo que todas as variáveis apresentaram $p < 0,005$.

Em relação às análises brutas e ajustadas, os resultados são apresentados na Tabela 6. Após ajuste por variáveis sociodemográficas, em comparação aos indivíduos sem fatores de risco, aqueles com um fator apresentaram maiores chances de estado de saúde regular (OR=1,18; IC95%: 1,02-1,37) e ruim (OR=1,36; IC95%: 1,17-1,60).

Tabela 6. Análise bruta e ajustada da associação entre o estado de saúde e as variáveis socioeconômicas em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).

Variáveis	Estado de Saúde			
	Regular (1 agravo)		Ruim (2 ou 3 agravos)	
	Bruta	Ajustada	Bruta	Ajustada
Fatores de risco	RC (IC95%)	RC (IC95%)	RC (IC95%)	RC (IC95%)
Nenhum fator de risco	1	1	1	1
1 fator de risco	1,28 (1,11-1,48)	1,18 (1,02-1,37)	1,40 (1,20-1,63)	1,36 (1,17-1,60)
≥ 2 fatores de risco	2,71 (2,27-3,22)	2,07 (1,72-2,50)	3,20 (2,68-3,82)	2,82 (2,34-3,40)

RC: razão de chance.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Modelo ajustado por sexo, cor da pele, escolaridade e renda.

Nos idosos com dois ou mais fatores de risco, as associações foram ainda mais pronunciadas: observou-se que idosos com dois ou mais fatores tiveram duas vezes mais chance de apresentar estado de saúde regular (OR: 2,07; IC95%: 1,72-2,50) e quase três vezes maior chance de apresentar estado de saúde ruim (OR: 2,82; IC95%: 2,34-3,40).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre comportamentos de risco e os desfechos relacionados ao envelhecimento saudável em idosos, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Três indicadores foram utilizados para avaliar o estado de saúde: multimorbidade, incapacidade funcional e sintomas depressivos. Os achados evidenciaram que os indivíduos com dois ou mais fatores de risco apresentaram piores condições de saúde em comparação àqueles com apenas um fator. Observou-se assim, um efeito cumulativo, no qual o aumento no número de comportamentos de risco está diretamente associado à piora das condições de saúde entre os idosos. Ao avaliar separadamente os indicadores do estado de saúde, observou-se que a multimorbidade apresentou a maior prevalência, sendo que aproximadamente um terço dos idosos apresentou esse agravo (29,0%). Um estudo coreano identificou resultados semelhantes, demonstrando que a multimorbidade está significativamente associada o pior estado de saúde e à redução da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos (Tran; Lee; Oh; Cho; 2022).

Verificou-se que aproximadamente um terço da amostra apresentava dois ou mais fatores de risco à saúde, sendo a inatividade física e o excesso de peso os fatores mais prevalentes entre eles. Esses achados são consistentes com os resultados de um estudo realizado em Pelotas, em 2017, o qual também identificou a inatividade física como o agravo mais expressivo entre os fatores comportamentais analisados (Cruz *et al.*, 2017). De modo semelhante, uma análise nacional sobre a coexistência de múltiplos fatores de risco evidenciou prevalências elevadas de determinados agrupamentos, destacando-se a combinação entre excesso de peso, inatividade física, consumo de álcool e alimentação inadequada, presente em mais de 50% dos indivíduos avaliados (Francisco *et al.*, 2019).

Ao analisar a combinação dos fatores de risco com os indicadores de estado de saúde, verificou-se que idosos sem nenhum fator de risco apresentaram prevalências significativamente menores de: incapacidade funcional (21,3%), sintomas depressivos (5,6%) e multimorbidade (50,3%), em comparação àqueles com dois ou mais fatores de risco (39,7%, 13,5% e 61,9%, respectivamente). Esses resultados sugerem um efeito cumulativo dos comportamentos de risco sobre o estado de saúde dos idosos. Corroborando esses achados, um estudo conduzido na Turquia avaliou a relação entre envelhecimento ativo e comportamentos de estilo de vida em indivíduos com 65 anos ou mais, e observou que aqueles que adotavam hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, mantinham

melhor capacidade funcional, maior participação em atividades sociais e, conseqüentemente, melhor qualidade de envelhecimento (Kalyoncuo; Kartin, 2024).

Em relação ao estado de saúde, idosos que apresentam um maior número de fatores de risco apresentaram prevalência mais elevada de estado de saúde regular e ruim, resultando em um quadro geral de saúde mais comprometido. Quanto à associação entre a simultaneidade de fatores de risco e o estado de saúde, observou-se um gradiente consistente de aumento nas razões de chance à medida em que cresce o número de fatores de risco comportamentais. Em comparação aos idosos sem fatores de risco, aqueles com um fator apresentaram probabilidade 18% maior de relatar estado de saúde regular (OR = 1,18; IC95%: 1,02–1,37) e 36% maior de relatar estado de saúde ruim (OR = 1,36; IC95%: 1,17–1,60). Entre os indivíduos com dois ou mais fatores de risco, essa associação foi ainda mais pronunciada, com chances de 2,07 (IC95%: 1,72–2,50) para estado de saúde regular e de 2,82 (IC95%: 2,34–3,40) para estado de saúde ruim.

Esses resultados reforçam a hipótese de um efeito cumulativo dos comportamentos de risco sobre a saúde global dos idosos, sugerindo que a coexistência de múltiplos fatores, como inatividade física, excesso de peso, tabagismo e consumo de álcool, potencializa o impacto negativo sobre a saúde física e mental. Tal padrão é coerente com evidências de estudos nacionais e internacionais que apontam que a combinação de comportamentos não saudáveis está associada a maior depressão, multimorbidade, declínio funcional e mortalidade (Weneck *et al*, 2022; Suhag, Webb, Holmes, 2024; Qiao *et al*, 2025).

Deve-se considerar que a multiplicidade de determinantes, aliada à complexidade dos comportamentos humanos, frequentemente resulta na coexistência de diferentes comportamentos de risco, o que agrava o estado de saúde dos indivíduos (Loch *et al.*, 2015). Nesse contexto, evidências de estudo realizado com dados populacionais representativos dos Estados Unidos e da Inglaterra demonstram que o agrupamento de fatores comportamentais de risco está associado à redução da expectativa de vida saudável (Paninotto; Head; Steptoe, 2020).

Os resultados do presente estudo corroboram essas evidências, indicando que a presença simultânea de múltiplos fatores de risco está diretamente relacionada à piora das condições de saúde da população idosa. Essa associação foi observada em indicadores centrais do processo de envelhecimento, como a inatividade física, o excesso de peso, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo. Por se tratarem de comportamentos modificáveis, seu enfrentamento constitui uma oportunidade estratégica para a promoção da saúde entre

idosos, uma vez que aqueles expostos a um menor número de fatores de risco apresentam melhores condições de saúde e potencial para um envelhecimento mais saudável.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o delineamento transversal impossibilita estabelecer relações de causalidade entre os comportamentos de risco e os desfechos de saúde analisados, restringindo as inferências a associações observacionais. Em segundo lugar, as variáveis utilizadas foram obtidas por autorrelato, o que pode ter introduzido vieses de memória, como sub ou superestimação de determinadas condições de saúde e comportamentos, particularmente no que se refere ao consumo de álcool, tabagismo e prática de atividade física. Apesar dessas limitações, a pesquisa destaca-se por utilizar uma amostra nacional representativa, permitindo estimativas robustas e generalizáveis para a população idosa brasileira, o que reforça a validade externa dos achados.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a presença simultânea de múltiplos comportamentos de risco, especialmente a inatividade física e o excesso de peso, estão significativamente associados ao pior estado de saúde entre os idosos brasileiros, caracterizado pela ocorrência de multimorbidade, sintomas depressivos e incapacidade funcional. Observou-se um padrão cumulativo, no qual o aumento do número de fatores de risco corresponde a uma maior probabilidade de comprometimento das condições de saúde e, conseqüentemente, do envelhecimento saudável.

Essas descobertas reforçam a necessidade de políticas públicas integradas e intersetoriais que abordem de forma combinada os comportamentos de risco, promovendo ambientes e oportunidades que favoreçam estilos de vida saudáveis ao longo do curso de vida. A adoção de estratégias voltadas principalmente à promoção da atividade física, à alimentação equilibrada e ao controle do peso corporal representa um caminho essencial para ampliar a longevidade saudável no Brasil.

Investimentos consistentes em ações de promoção e prevenção em saúde direcionadas à população idosa, com foco na modificação simultânea de múltiplos comportamentos, podem contribuir para reduzir desigualdades em saúde, prevenir agravos crônicos e prolongar os anos de vida vividos com qualidade e autonomia.

REFERÊNCIAS

CRUZ, Maurício Feijó da *et al.* Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ChBMRKYvFP7X354qmJx5vnk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 77-88, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDzy>. Acesso em: 9 out. 2025.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 53, p. 86, 2019. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/163424>. Acesso em: 9 out. 2025.

GONÇALVES, Leticia *et al.* Associação Individual e Simultânea entre Fatores de Risco para Doença Cardiovascular e Hábitos Inadequados do Estilo de Vida em uma Amostra do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 121, n. 10, p. 1-12, 2024. <https://abccardiol.org/article/associacao-individual-e-simultanea-entre-fatores-de-risco-para-doenca-cardiovascular-e-habitos-inadequados-do-estilo-de-vida-em-uma-amostra-do-brasil/>. Acesso em: 27 maio 2025.

GOMES, Ana Paula *et al.* Padrões alimentares de idosos e seus determinantes: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 1999-2008, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yqcmv64rYr4q8mh99pqSjZD/?lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida. Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Ministério da Saúde, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População por idade e sexo (Pessoas Idosas - 60 anos ou mais de idade)**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2023

JOSÉ, Bruno Piassi de São *et al.* Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 75-89, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/mNNBMg6NqyBwkYB6FBCxLyt/>. Acesso em: 27 maio 2025.

JUNG, Carl Gustav. Obras Completas. Volume VII. **Estudos Sobre a Psicologia Analítica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

KALYONCUO, Servet; RN, Pinar Tekinsoy Kartın. The relationship between active aging and healthy lifestyle behaviors of individuals aged 65 years and older: A cross-sectional study. **Geriatric Nursing**. [s. l.], v. 61, p. 316-323, 2024.

LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary care; v. 21, p. 55-67, 1994.

LOCH, Mathias Roberto *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Coletiva**. [s. l.], v. 23, n. 2, p. 180-187, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/gF5fcRPttkg643gw48SdJfz/?lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2025.

MORSCH, Patricia; VEJA, Enrique. O combate ao idadismo no marco da década do envelhecimento saudável. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 01-11, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/15225>. Acesso em: 27 maio 2025.

OLIVEIRA, Anderson Silva. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: 27 março 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário**. Geneva: WHO; 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial do Envelhecimento Saudável**. Geneva: WHO; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2015). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf. Acesso em: 27 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento Saudável**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 27 maio 2025.

QIAO, Luyao *et al.* Combined healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality risk in middle-aged and older US adults: A longitudinal cohort study. **Archives of gerontology and geriatrics**, [s. l.], v. 130, 105702, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105702>. Acesso em: 27 maio 2025.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HTZyxSqf7XmgDpbjttGnQXB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

SENGER, Ana Elisa Vieira *et al.* Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/jXqtvX8RFS54NmNs7vm65Lx/>. Acesso em: 27 maio 2025.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 5069-5080, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GVRSFDdPSnWtMLSLJyffp5f/?lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

STENHOLM, Sari *et al.* Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. **International Journal Epidemiology**, [s. l.], v. 45, n. 4, p. 1260-1270, 1 ago. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27488415/>. Acesso em: 27 maio 2025;

STOPA, Sheila Rizzato. *et al.* **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 5, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000501201&tlng=p. Acesso em: 27 maio 2025.

SUHAG, Alisha; WEBB, Thomas L; HOLMES, John. Longitudinal clustering of health behaviours and their association with multimorbidity in older adults in England: A latent class analysis. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 19, n. 1, e0297422, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297422>. Acesso em: 09 out. 2025.

TRAN, Thi-Ngoc *et al.* Multimorbidity patterns by health-related quality of life status in older adults: an association rules and network analysis utilizing the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. **Epidemiology and health**, [s. l.], v. 44, p. 1-12, 29 nov. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36470261/>. Acesso em: 09 out. 2025.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/?lang=en>. Acesso em: 27 maio 2025.

YANG, Ying *et al.* Socioeconomic status, social capital, health risk behaviors, and health-related quality of life among Chinese older adults. **Bmc Public Health**, [s. l.], v. 18, 2020. Disponível em: <https://hql.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01540-8#citeas>. Acesso em: 27 maio 2025

WERNECK, André O.; PERALTA, Miguel.; TESLER, Riki.; MARQUES, Adilson. Cross-sectional and prospective associations of lifestyle risk behaviors clustering with elevated depressive symptoms among middle-aged and older adults. **Maturitas**, [s. l.], v. 155, p. 8–13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.09.010>. Acesso em: 27 maio 2025

WU, Yuhang *et al.* The relationship between health behaviors and quality of life: the mediating roles of activities of daily living and psychological distress. **Frontiers In Public Health**, [s. l.], v. 12, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1398361/full>. Acesso em: 27 maio 2025.