



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

GABRIELA AVELINO DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA ATIVIDADES
INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA EM IDOSOS DO BRASIL**

RECIFE

2021

GABRIELA AVELINO DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA ATIVIDADES
INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA EM IDOSOS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: gerontologia.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientadora: Dr^a. Vanessa de Lima Silva

RECIFE

2021

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S586f	Silva, Gabriela Avelino da Fatores associados à independência funcional para atividades instrumentais da vida diária em idosos do Brasil / Gabriela Avelino da Silva . – 2021. 78 f.; il. Orientador: Rafael da Silveira Moreira. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Recife, 2021. Inclui referências e anexo. 1. Idoso. 2. Estado funcional. 3. Análise de classes latentes . I. Moreira, Rafael da Silveira (orientadora). II. Título. 618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 053)
-------	--

GABRIELA AVELINO DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA ATIVIDADES
INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA EM IDOSOS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: gerontologia.

Dissertação aprovada em: 10/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Anna Karla de Oliveira Tito Borba (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Herika de Arruda Mauricio (Examinador externo)
Universidade de Pernambuco

RECIFE

2021

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom indescritível da vida, por ter me concedido a benção de ter sido aprovada na seleção do mestrado em Gerontologia da UFPE e, acima de tudo, pela saúde e força para superar as dificuldades. A ELE TODA HONRA E GLÓRIA!

Ao meu esposo, Nyedson Paulo, por todo amor dedicado a mim e por sua parceria indescritível. Te amo eternamente!

A minha mãe, Elza, por ser um grande exemplo de luta e superação para mim, por ter me incentivado e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos da vida. Obrigada pelo seu amor e educação que me concedeu.

Ao meu pai, Eraldo (*in memoriam*), pelo seu amor e dedicação durante os anos que estive comigo em vida.

Aos meus irmãos, Daniela e Gabriel, que nos momentos da minha ausência dedicados ao estudo, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente, por serem meus fieis apoiadores e por me considerarem como exemplo em suas vidas. Amo vocês!

Aos meus orientadores, Rafael e Vanessa, por terem embarcado comigo nessa linda pesquisa, por todas as contribuições, correções e incentivos.

As minhas colegas de turma do mestrado.

Por fim, mas não menos importante, aos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde.

Gratidão a todos, que contribuíram direta e indiretamente para concretização do mestrado e realização desse estudo.

GRATIDÃO!

RESUMO

Estudo transversal de base populacional, utilizando dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Foram incluídos os idosos (60 anos ou mais), dos sexos masculino e feminino, que tenham sido selecionados pelo plano amostral da PNS de 2019 e sem dados ausentes. A variável dependente deste estudo corresponde à independência funcional para AIVD. Para identificar o perfil das atividades relacionadas à independência funcional, definida como a variável dependente deste estudo, foi realizada análise de classes latentes (ACL) com covariáveis. As variáveis independentes consistiram nas questões da PNS referentes aos fatores sociodemográficos e econômicos, percepção do estado de saúde, estilo de vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de assistência de saúde, além do estado nutricional por meio do Índice de Massa Corporal (IMC). Na análise estatística descritiva as variáveis quantitativas e qualitativas estão descritas por meio de frequência. As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente foram calculadas por modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial. O nível de significância adotado foi de 5%. A amostra do presente estudo foi composta por 22.728 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que responderam todas as perguntas do questionário da PNS 2019. A maior parte da população foi composta por mulheres (55,2%), com idade média de 70 anos ($DP \pm 8$ anos). Observou-se que os seguintes fatores estão associados à independência para as AIVD: fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor, estado civil, morar com cônjuge, saber ler e escrever, escolaridade, receber aposentadoria ou pensão e rendimentos salariais), fatores de estilo de vida (consumo de bebida alcoólica, prática de exercício físico ou esporte e tabagismo), fatores de percepção de saúde e do estado de saúde, doenças crônicas (HAS, doença do coração e AVE) e estado nutricional. Tendo em vista o aumento crescente da população idosa e das limitações que acompanham o envelhecimento, além da importância que os idosos dão a capacidade de realizar tarefas por seus próprios meios, os resultados demonstraram a presença dessas condições nos idosos e de seus fatores associados. Tais resultados geram subsídios para o direcionamento de estratégias apropriadas de prevenção e reabilitação, visando à redução das limitações para independência nas AIVD nessa população.

Palavras-chave: idosos; independência funcional; análise de classes latentes.

ABSTRACT

The passage of age from 60 years onwards, the fragile contexts of life and the presence of multimorbidities are determining factors for functional decline in the elderly, which can lead to functional dependence for performing daily activities. Objective: To identify the factors associated with functional independence for Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in elderly people in Brazil. Methodology: Cross-sectional population-based study, using secondary data from the 2019 National Health Survey (PNS), which addresses information about the health of the Brazilian population. For this study, elderly (60 years or more), male and female, who have been selected by the 2019 PNS sampling plan and without missing data, were included. The dependent variable of this study corresponds to functional independence for IADL. This variable was constructed from the block of questions referring to performing "household chores" present in the PNS 2019 questionnaire. To identify the profile of activities related to functional independence, defined as the dependent variable of this study, an analysis of latent classes was performed (ACL) with covariates. The independent variables consisted of the PNS questions referring to sociodemographic and economic factors, perception of health status, lifestyle, Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) and health care, in addition to nutritional status through the Body Mass Index (BMI). In the descriptive statistical analysis, quantitative and qualitative variables are described by frequency. Measures of the effect of the factors under study on the dependent variable were calculated using simple and multiple multinomial logistic regression models. The significance level adopted was 5%. The sample of the present study consisted of 22,728 elderly people aged over 60 years, who answered all the questions in the PNS 2019 questionnaire. The majority of the population was composed of women (55.2%), aged mean of 70 years ($SD \pm 8$ years). It was observed that the following factors are associated with independence for IADL: sociodemographic factors (gender, age, color, marital status, living with a spouse, knowing how to read and write, education, receiving retirement or pension and salary income), style factors life (alcohol consumption, physical exercise or sport and smoking), health perception factors and health status, chronic diseases (SAH, heart disease and stroke) and nutritional status. In view of the growing increase in the elderly population and the limitations on independence that accompany aging, in addition to the importance that the elderly give the ability to carry out tasks on their own, the results showed the presence of these conditions in the elderly and their associated factors. Such results generate subsidies for directing appropriate prevention and rehabilitation strategies, aiming at reducing the limitations to independence in IADL in this population.

Keywords: aged; functional status; latent class analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxas de crescimento da população brasileira: 1940-2040.....	16
Figura 2 - Composição relativa da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil: 1970-2010.....	17
Figura 3 - Funcionalidade global x idade.....	20
Figura 4 - Unidades da Federação do Brasil.....	31
Figura 5 - Modelo da Análise de Classes Latentes (ACL) com covariáveis.....	34
Figura 6 - Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.....	41
Figura 7 - Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.....	42
Figura 8 - Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.....	42
Figura 9 - Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.....	43
Figura 10 - Frequência (%) de doenças crônicas em idosos do Brasil. Brasil, 2021.....	44
Figura 11 - Distribuição de probabilidades das sete perguntas relacionados às AIVD, segundo as seis classes latentes. Brasil, 2021.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das questões da Pesquisa Nacional de Saúde referentes a variável latente dependência funcional para as atividades de vida diária em idosos do Brasil.....	33
Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes, referentes aos fatores sociodemográficos e econômicos dos idosos do Brasil.....	35
Quadro 3 - Descrição das variáveis independentes, referentes ao estilo de vida dos idosos do Brasil.....	36
Quadro 4 - Descrição das variáveis independentes, referentes à percepção do estado de saúde dos idosos do Brasil.....	36
Quadro 5 - Descrição das variáveis independentes, referentes a assistência de saúde dos idosos do Brasil.....	37
Quadro 6 - Descrição das variáveis independentes, referentes as doenças crônicas dos idosos do Brasil.....	37
Quadro 7 - Classificação do estado nutricional segundo o IMC para idosos.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de independência para AIVD em idosos do Brasil, 2021.....	45
Tabela 2 - Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis sociodemográficas. Brasil, 2021.....	49
Tabela 3 - Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis de estilo de vida. Brasil, 2021.....	51
Tabela 4 - Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis de percepção de saúde. Brasil, 2021.....	53
Tabela 5 - Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariável de assistência à saúde. Brasil, 2021.....	54
Tabela 6 - Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis de doenças crônicas. Brasil, 2021.....	54
Tabela 7 - Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariável de estado nutricional. Brasil, 2021.....	57
Tabela 8 - Análise de regressão múltipla multinomial em blocos hierarquizados das variáveis associadas à independência para as AIVD de idosos do Brasil. Brasil, 2021.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Avançadas de Vida Diária
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
ACL - Análise de Classes Latentes
AIC - Critério de Informação Akaike
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades da Vida Diária
BIC - Critério de Informação Bayesiano
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EN - Estado Nutricional
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
IF - Independência Funcional
IMC - Índice de Massa Corporal
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
OR - *Odds Ratio*
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SIPD - Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SPPB - *Short Physical Performance Battery*
sTNFR1 - fator de necrose tumoral alfa
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
UPAs - Unidades Primárias de Amostragem
VLMR - *Vuong Lo Mendell Rubin*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	DEMOGRAFIA E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	16
2.2	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E ANATÔMICAS DO ENVELHECIMENTO	19
2.3	INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO IDOSO.....	23
2.4	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS)	25
3	JUSTIFICATIVA	27
4	PERGUNTA CONDUTORA	28
5	OBJETIVOS	29
6	METODOLOGIA	30
6.1	DESENHO DO ESTUDO	30
6.2	LOCAL DO ESTUDO	30
6.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	31
6.4	FONTE DE DADOS	32
6.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	32
6.5.1	Variável dependente	32
6.5.2	Variáveis independentes	35
6.6	ANÁLISE DOS DADOS	38
6.6.1	Estatística descritiva.....	38
6.6.2	Estatística analítica.....	38
6.7	ANÁLISE DE CLASSES LATENTES COM COVARIÁVEIS	39
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
8	RESULTADOS.....	41
9	DISCUSSÃO	66
10	CONCLUSÃO.....	71

REFERÊNCIAS	72
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
PESQUISA.....	78

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil demográfico mundial têm evidenciado um significativo envelhecimento populacional, sendo este caracterizado pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; PAMPOLIM et al., 2017).

As estimativas apontam que em 2050 a população mundial será em torno de 9,7 bilhões de pessoas. Já a população mundial com 60 anos ou mais representará um percentual de 22%, ou seja, cerca de 2,1 bilhões de idosos, contudo, 80% destes ($\approx$ 1,7 bilhões) estarão vivendo em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (NEUMANN; ALBERT, 2018; VOLLSET et al., 2020). Em 2020, a população de idosos de 60 anos e mais no Brasil alcançou o percentual de 29,9 milhões (14% do total) e o número de brasileiros idosos de 80 anos e mais passou para 4,2 milhões em 2020 (2% do total) (ALVES, 2020).

O envelhecimento populacional brasileiro acontece em meio a contextos sociais, econômicos e de saúde extremamente frágeis, que criam desafios para responder às demandas relacionadas ao processo de envelhecer, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento ativo e a funcionalidade (CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018; NEUMANN; ALBERT, 2018).

Associados à transformação do perfil demográfico, estudos também apontam mudanças no perfil de doenças da população. Há um aumento da prevalência de mortes por doenças crônico-degenerativas em comparação com as mortes por doenças transmissíveis. Ainda, o avançar da idade dos idosos está relacionado com o surgimento de multimorbidades, ou seja, a presença de duas ou mais doenças crônicas (CARDOSO; DIETRICH; SOUZA, 2021; KUZUYA, 2019; NEUMANN; ALBERT, 2018).

O transcorrer da idade a partir dos 60 anos, os contextos frágeis de vida e a presença de multimorbidades são fatores determinantes para o declínio funcional nos idosos, podendo levar a dependência funcional para a realização das atividades diárias (BORTOLUZZI et al., 2017). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) considera a perda ou redução da funcionalidade para o desempenho das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) como um problema de relevante importância para os idosos. A estimativa de dependência funcional em idosos brasileiros está entre 19 e 23% (PAMPOLIM et al., 2017).

De acordo com Yao et al. (2018), a dependência funcional é definida como o comprometimento na execução das Atividades da Vida Diária (AVD) e está associada com

desfechos desfavoráveis à saúde, como declínio cognitivo, transtorno mental, pior qualidade de vida, e o aumento do estresse do cuidador.

Por ser um processo dinâmico e multifatorial, a dependência funcional não é simples de ser avaliada (EDJOLO et al., 2016), apesar da existência de escalas como é caso da escala de Katz et al (1963) para as ABVD, que avalia o autocuidado, e de Lawton e Brody (1969) para as AIVD, que avalia as habilidades de vida independente necessárias para viver na comunidade.

Para as escalas citadas anteriormente, a dependência é avaliada como um grau, enquanto é, acima de tudo, um processo contínuo ou por escores que sugerem uma pontuação para cada atividade. No entanto, pontuações simples não são suficientemente precisas para distinguir níveis de dependência entre idosos. Uma alternativa é avaliar a dependência funcional por meio da Análise de Classes Latentes (ACL) que é considerada um método estatístico para identificar diferentes grupos, classes significativas de indivíduos ou comportamentos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis qualitativas (categóricas) (EDJOLO et al., 2016; LEÃO; SILVA; MOREIRA, 2017).

Diante do exposto, esta pesquisa tem a perspectiva de proporcionar o conhecimento dos fatores associados à independência funcional para atividades instrumentais da vida diária em idosos do Brasil.

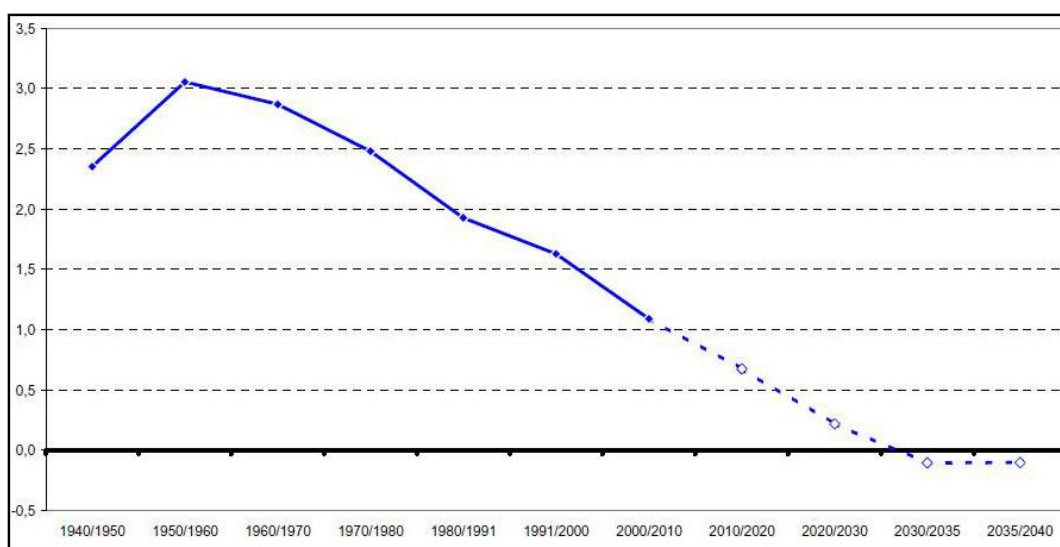
Para que políticas públicas possam ser desenvolvidas para prevenção, detecção e promoção de ações de cuidado para os idosos que já estejam em algum nível de dependência funcional, contribuindo com o incentivo para o envelhecimento ativo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEMOGRAFIA E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Entre 1960 e 1970, o Brasil passou por um processo de mudanças quanto a evolução das taxas crescimento populacional (Figura 1). Em 1960, se iniciava o processo de redução das taxas de fecundidade e natalidade. Nos anos seguintes, esse processo permaneceu contínuo e o Brasil teve seu perfil demográfico modificado, de uma sociedade que vivia predominantemente em área rural, com muitos filhos e com risco elevado de morte na infância, para uma sociedade mais urbana, com menos filhos e, conseqüentemente, com queda nas taxas de mortalidade infantil (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; FREITAS; PY, 2017).

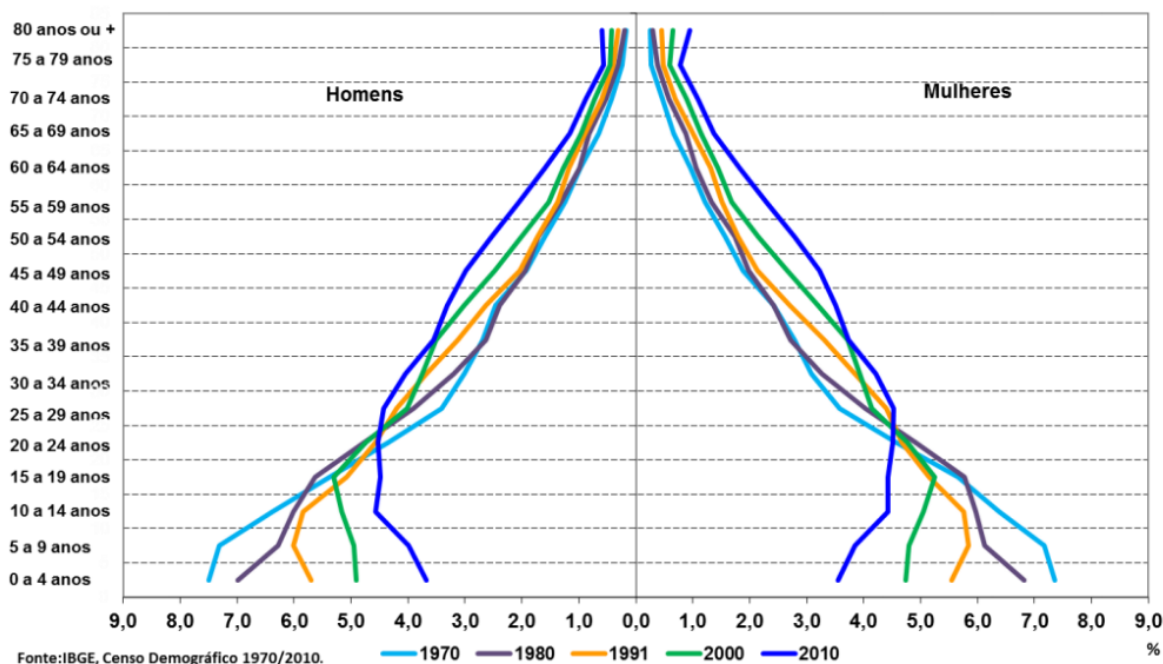
Figura 1 - Taxas de crescimento da população brasileira: 1940-2040



Fonte: Camarano e Kanso (2010, p. 5), com base em IBGE - Censos Demográficos.

A partir de então, o período de “transição demográfica” surgiu no Brasil, caracterizada, principalmente, pela redução da taxa de natalidade e mortalidade infantil e pelo aumento do contingente de pessoas com idade mais elevada (CAMARANO; KANSO, 2017; OLIVEIRA, 2019). O reflexo das mudanças na configuração da população brasileira pode ser observado nos Censos Demográficos (Figura 2).

Figura 2 - Composição relativa da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil: 1970-2010



Fonte: IBGE (2019, p. 16), com base em IBGE - Censos Demográficos 1970/2010.

Transição demográfica é um conceito que descreve a dinâmica do envelhecimento populacional, reduz a participação das crianças na população e amplifica a participação dos idosos (pessoas com mais de 60 anos, em países em desenvolvimento, ou com mais de 65 anos, em países desenvolvidos) na sociedade civil. O envelhecimento da população brasileira é o reflexo dos avanços na medicina, no desenvolvimento econômico, na maior participação da mulher no mercado de trabalho e nas melhores condições de saúde e moradia (NEUMANN; ALBERT, 2018; OLIVEIRA, 2019).

Segundo Filho et al (2017), a transição demográfica perpassa por três fases: a primeira fase é caracterizada por um rápido envelhecimento da população, decorrente das quedas nas taxas de natalidade e mortalidade. A segunda fase é marcada pela redução da taxa de fecundidade, que é refletida, mais acentuadamente, na taxa de natalidade que na de mortalidade, provocando redução acelerada no crescimento populacional. Já a terceira fase, tem como principal característica a continuidade da redução das taxas fecundidade e natalidade, levando a um crescimento populacional próximo a zero.

Em relação à expectativa de vida ao nascer da população brasileira, é possível observar uma caracterização distinta entre os sexos. Para o ano de 2018, a expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos era de 76,3 anos. Para os homens, a expectativa de vida ao nascer em 2018 era de 72,8 anos e para as mulheres 79,9 anos (IBGE, 2019). Esses achados explicam e

caracterizam um fenômeno atual, que vem ocorrendo na população idosa, a “feminização do envelhecimento”.

Segundo Maximiano-Barreto et al. (2019) as mulheres já ocupam a maior proporção populacional em todos os estados do Brasil. Além disso, dados demográficos apontam que mulheres >60 anos de idade passaram de 2,2% em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 e, em 2050 as mulheres continuarão sendo maioria, com estimativa de população com 7 milhões de mulheres a mais do que homens.

O Brasil vem enfrentado desafios importantes quanto ao envelhecimento desordenado da população, com destaque, para as diferenças sociais e de renda. Esses desafios trazem consigo questionamentos que precisam ser discutidos e organizados conforme a demanda do país. Promover o envelhecimento ativo por meio de políticas públicas voltadas para os idosos, com incentivo de programas que estimulem a participação do idoso no meio social e econômico, são estratégias em destaque. Além disso, a saúde dos idosos que vivem em países com crescimento acelerado, como é o caso do Brasil, também tende a ser substancialmente pior, devido as desigualdades sociais (LIMA-COSTA et al, 2018).

Diante do cenário de desigualdades em que o Brasil está inserido, a transição demográfica e o envelhecimento populacional trazem uma estreita relação com a transição epidemiológica, que é caracteriza pela mudança no perfil de causas de morte da população (CHAIMOWICZ, 2017).

Com uma população mais envelhecida, as principais causas de morte se modificam, de mortes por doenças infecciosas e parasitárias para mortes por doenças causadas por múltiplos fatores acumulativos e que se manifestam, predominantemente, na velhice, denominadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e doenças degenerativas (OLIVEIRA, 2019).

Para Barreto, Carreira e Marcon (2015), a elevada taxa de mortes em idosos por doenças crônico-degenerativas abre um leque de questionamentos sobre a efetividade das políticas públicas que objetivam diminuir a incidência de DCNT no Brasil. Para exemplificar, no Brasil, cerca de 72,4% das mortes ocorridas em 2009, foram por estas doenças, com uma leve tendência de crescimento.

Nesta perspectiva, faz-se necessário o entendimento dos principais fatores associados a redução das causas de morte por doenças infecciosas e elevação dos óbitos por doenças crônico-degenerativas e as principais repercussões do aumento dessas doenças na população idosa.

As mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira estão relacionadas com diversos fatores, dentre os quais, o fenômeno das transições demográfica e nutricional, o desenvolvimento médico-científico, o processo de modernização e urbanização e

as mudanças socioeconômicas do país, são os principais fatores relacionados (TAVARES; LOVATE; ANDRADE, 2018).

Pereira, Alves-Souza e Vale (2015), afirmam que a taxa geral de mortalidade no Brasil reduziu de 18/1000, em 1940, para uma taxa estimada entre 6/1000 e 8/100, em 1985. Durante esse período, a expectativa de vida da população brasileira aumentou em 20 anos e a mortalidade infantil decresceu de 160/1000, em 1940, para 85/1000, em 1980. Contudo, com a ascensão das doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças infecciosas, o perfil de causas de morte da população tem revelado que a situação de saúde dos brasileiros está em um alarmante problema de saúde pública.

De modo semelhante ao que ocorreu nos países industrializados, as causas de morte por doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias malignas passaram a assumir maior importância como causas de morte na população brasileira. Todavia, ao contrário do que ocorreu nos países centrais, persistem ainda, nos países em desenvolvimento, taxas comparativamente altas de morbidade e de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (ARAÚJO, 2012).

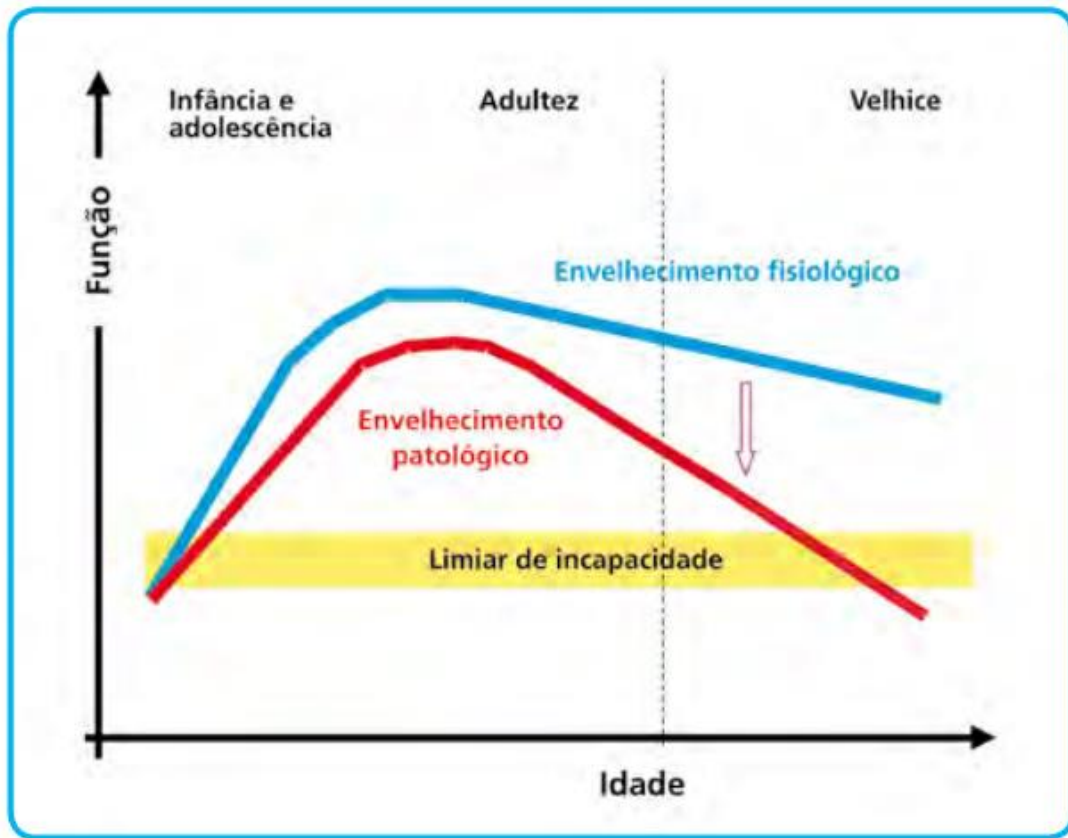
Portanto, as morbidades do envelhecimento, decorrentes dos múltiplos fatores no qual o indivíduo foi exposto ao longo da vida e o estilo de vida deletério, podem ser consideradas as principais causas de inúmeras incapacidades para os idosos e, conseqüentemente, contribuem para uma qualidade de vida deficiente (OLIVEIRA; MEDEIROS; LIMA, 2015).

2.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E ANATÔMICAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento biológico é inalterável, constante e dinâmico, e pode ser dividido em fisiológico (senescência) ou patológico (senilidade). O envelhecimento fisiológico é subdividido em dois tipos: bem-sucedido e usual. Dentro do envelhecimento bem-sucedido, o indivíduo idoso mantém todas as suas funções fisiológicas de forma hígida, ou seja, semelhante as funções do adulto sadio. Já, o envelhecimento usual, é caracterizado pela perda da capacidade funcional, de forma lenta e progressiva, proporcionando algumas limitações físicas ao idoso (MORAES, 2008).

Com o envelhecimento, ocorrem importantes alterações fisiológicas e anatômicas no corpo humano, que levam a redução da funcionalidade global. A Figura 3 ilustra a relação entre a funcionalidade global do organismo e os ciclos de vida (infância, adolescência, adultez e velhice) (MORAES, 2008).

Figura 3 - Funcionalidade global x idade



Fonte: Moraes (2008).

Com a velhice, mudanças na composição corporal são evidentes, dentre as quais destacam-se a diminuição da massa muscular com redistribuição da gordura corporal, declínio de 15% da taxa metabólica em repouso, em razão da redução de tecido magro, principalmente de células musculares metabolicamente ativas; e redução de massa óssea. Estas alterações estão associadas ao surgimento de fraqueza muscular e, conseqüentemente, com o declínio funcional e ao aparecimento de comorbidades (ALENCAR et al, 2015).

As mudanças no peso corporal são distintas entre homens e mulheres. Os homens, no geral, seguem com o ganho de peso até os 55 anos e só apresentam perda de peso, associado a redução do hormônio testosterona, bem mais tarde. No caso das mulheres, o ganho de peso vai até os 67-69 anos. A perda de peso mais tarde na vida ocorre em parte porque a gordura substitui o tecido muscular magro e a gordura pesa menos que o músculo. Estudos também demonstraram que pessoas mais velhas podem ter quase um terço a mais de gordura em comparação com quando eram mais jovens. O tecido adiposo se acumula em direção ao centro do corpo, incluindo ao redor dos órgãos internos (AMARYA; SINGH; SABHARWAL, 2018).

É a partir dos 40 anos de idade, que a estatura corporal começa a reduzir 1 cm a cada década. Essa característica ocorre devido a diminuição dos três arcos plantares, o aumento da curvatura da coluna vertebral e o encurtamento dos discos intervertebrais. Além disso, ocorre a perda de massa muscular, principalmente, nos rins, fígado e músculos. O esqueleto ósseo também se modifica à medida que o corpo envelhece. A espessura do tecido compacto reduz devido a maior reabsorção óssea enquanto o tecido esponjoso apresenta perda de lâminas ósseas em relação ao adulto, ocorrendo, assim, uma diminuição das células ósseas, os osteócitos, e de sua atividade (DANTAS; SANTOS, 2017).

O sistema imunológico é responsável pela defesa do organismo contra agentes estranhos infecciosos, que podem causar doenças e levar a morte. Durante o envelhecimento, o sistema imune também passa por alterações moleculares, celulares, teciduais e orgânicas que podem ser as principais responsáveis pela maior vulnerabilidade do idoso a doenças. No idoso, pode ser observado uma significativa diminuição dos Linfócitos B, T e células NK, decorrente da redução do tamanho do timo, desse modo, as células de defesa não conseguem agir de forma eficaz para combater as infecções (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Também é comum, na senescência, a diminuição da sensibilidade do paladar para os gostos primários (doce, salgado, amargo e ácido). Isso ocorre devido à redução dos botões gustativos presentes na papila gustativa. As alterações da função gustativa são causadas por múltiplos fatores, destacando-se os principais: as comorbidades, as deficiências funcionais e cognitivas, a depressão ou a polifarmácia. Essas alterações, podem causar perda do interesse pela comida, redução da ingestão e monotonia alimentar, além de desnutrição (CEOLIN; PINHEIRO, 2017).

Durante o decorrer da vida também surgem alterações fisiológicas e anatômicas no cérebro. Essas alterações são de etiologia multifatorial e podem gerar perdas funcionais orgânicas ao idoso, sendo essas perdas potencializadas por processos patológicos. O desequilíbrio nas reservas de cálcio e das funções antioxidantes podem ser consideradas causas significativas da degeneração dos neurônios e consequentemente da função neural (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

As doenças de Alzheimer e Parkinson são as principais doenças neurodegenerativas associadas ao envelhecimento. O Alzheimer é caracterizado pela perda progressiva e irreversível da função cognitiva, levando ao declínio da realização das atividades diárias. Esta doença causa a morte das células nervosas e perda de tecido em todo o cérebro, afetando quase todas as suas funções. Os principais danos causados aos idosos são: perda progressiva da

memória, depressão, mudança de personalidade, apatia, isolamento social, alterações de humor, desconfiança, irritabilidade e agressividade (AMARYA; SINGH; SABHARWAL, 2018).

O envelhecimento proporciona modificações em todo o sistema gastrointestinal (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago e intestinos). As principais alterações na cavidade oral são sensação de boca seca (xerostomia), distúrbios do paladar (disgeusia ou ageusia) e disfagia orofaríngea. Quanto ao esôfago, os principais problemas encontrados em idosos estão mais relacionados a outras comorbidades do que ao próprio esôfago. São eles: disfagia esofágica, dor ao engolir (odinofagia), Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e esôfago de Barrett (causado pela exposição frequente ao ácido clorídrico) (DUMIC et al, 2019).

Observa-se que com o envelhecimento, no estômago, o tempo de esvaziamento gástrico pode estar aumentado prejudicando a absorção adequada de fármacos e nutrientes. Além disso, ocorre redução da pepsina, do fator intrínseco e da secreção ácida, repercutindo na absorção de vitamina B12. A hipocloridria também dificulta a absorção de ferro, podendo contribuir para o surgimento de anemia ferropriva. O intestino delgado, dos idosos, parece não sofrer alterações estruturais significativas. Contudo, o tempo de trânsito intestinal pode apresentar discreta redução. A microbiota intestinal é afetada pelo envelhecimento, tanto em termos de composição quanto de funcionalidade (FERRIOLI, 2016).

O sistema circulatório também passa por modificações e adaptações no decorrer da senescência. O músculo cardíaco apresenta diminuição progressiva de suas fibras musculares e fibrose, além de enrijecimento das válvulas e hipertrofia ventricular esquerda (GERMANO, 2019). O envelhecimento dos vasos sanguíneos está relacionado com o estresse oxidativo, produção de radicais livres, alterações neuroendócrinas e predisposição genética. Esses fatores levam a rigidez da camada íntima das artérias e a rigidez dos vasos. As artérias tornam-se menos elásticas devido ao aumento do diâmetro da parede arterial. Essas modificações promovem a diminuição da complacência dos vasos e menor distribuição sanguínea ao corpo (MIKAEL et al, 2017).

A partir dos 30 anos de idade, os rins iniciam o seu processo de envelhecimento, com a perda contínua de néfrons (unidades funcionais dos rins) e redução lenta e progressiva da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (GLASSOCK; DENIC; RULE, 2017).

Os rins são responsáveis, principalmente, pela excreção de produtos residuais do corpo. Com o envelhecimento, há uma redução de cerca de 20% a 30% do peso e tamanho dos rins. Além disso, ocorre redução do fluxo sanguíneo renal, devido, em parte, à arteriosclerose. Também ocorrem alterações anatômicas e fisiológicas na bexiga e uretra. Nas mulheres, bexiga, uretra e vagina sofrem perda de elasticidade e diminuição da vascularização. Nos

homens, é comum a próstata apresentar aumento de tamanho com consequente aparecimento de infecção urinária de repetição (FERRETTI, 2019).

2.3 INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO IDOSO

O aumento da expectativa de vida é responsável pela maior incidência e prevalência de doenças crônicas e degenerativas na velhice e, consequentemente, pela acentuação do declínio da Independência Funcional (IF) (SANTOS; FRANCO; REIS, 2014).

A IF pode ser definida como um conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para a capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente. Dentro de uma perspectiva mais ampla, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a incapacidade como produto de uma interação dinâmica e complexa entre condição de saúde (lesões, doenças, etc.), fatores pessoais (estilo de vida, idade, nível de instrução, etc.) e fatores ambientais (CARMO; OLIVEIRA; MORELATO, 2016).

As atividades de vida diária são fragmentadas em três níveis de complexidade: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). As ABVD estão relacionadas as atividades de autocuidado. As AIVD, relacionadas as atividades de cuidado com o domicílio e as AAVD, relacionadas as atividades de integração social (MORAES, 2012).

As ABVD podem ser avaliadas por meio da escala de Katz, criada em 1963, ela possui seis domínios (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência esfincteriana e alimentar-se) que seguem um padrão de desenvolvimento infantil, ou seja, a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como banhar-se, seguida de vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama (e vice-versa) e alimentar-se. A recuperação dessas atividades dá-se na ordem inversa (BARBOSA et al, 2014).

Para avaliar as AIVD, a escala de Lawton e Brody (1969) é uma das mais utilizadas. Ela é composta de sete atividades instrumentais: usar o telefone, locomoção com meios de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicação e administração das finanças.

As AAVD referem-se às atividades relacionadas à integração social, englobando as atividades produtivas, recreativas e sociais, como trabalho formal ou não, gestão financeira, direção veicular, participação em atividades religiosas, serviço voluntário, organização de eventos, uso de tecnologias (uso da internet, hobbies, etc.), dentre outros. São atividades extremamente individualizadas e de difícil generalização. Daí a importância do conhecimento

da funcionalidade prévia, única forma de comparar o indivíduo com ele mesmo e reconhecer a presença de declínio funcional (MORAES, 2012).

O declínio da IF dar-se, inicialmente, pela redução ou perda total da participação nas AAVD (atividades laborais, participação em eventos culturais, atividades esportivas, visitas a amigos e familiares), seguida da perda de função nas AIVD, e, no nível mais avançado, perda ou diminuição da capacidade de realizar as atividades de cuidado pessoal (ABVD) (VIRTUOSO-JÚNIOR et al., 2016).

Múltiplos fatores estão associados ao declínio da IF, dentre os quais, destacam-se os fatores pessoais, sociodemográficos e econômicos, percepção do estado de saúde, estilo de vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de assistência de saúde.

Virtuoso-Júnior et al., (2016) em seu estudo transversal envolvendo 909 idosos da comunidade de três municípios das regiões nordeste, sudeste e sul do país, objetivaram analisar a associação entre as características sociodemográficas, condições de saúde e aspectos comportamentais, e incapacidade funcional em idosos de três regiões do Brasil.

A coleta de dados foi realizada a partir de visitas domiciliares, e o instrumento utilizado para avaliar a incapacidade funcional nas AIVD foi o índice de Lawton. O estudo encontrou uma prevalência de 51,9% de incapacidade funcional para a realização das AIVD. Além disso, após a análise multivariada, foi observado que a faixa etária maior que 80 anos, o arranjo familiar multigeracional, a percepção de saúde negativa e o baixo nível de atividade física estão associados a incapacidade funcional.

Em um estudo observacional, transversal, de base populacional, com 406 idosos residentes da comunidade, Moreira et al., (2020) tiveram como objetivo investigar a prevalência de declínio da capacidade funcional e seus fatores associados em idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família. A capacidade funcional foi avaliada pelo instrumento *Short Physical Performance Battery* (SPPB) e as variáveis independentes (aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida, aspectos clínicos, aspectos físicos, autopercepção de saúde e mediadores inflamatórios) foram coletadas por meio de um questionário padronizado.

Os resultados mostraram que 57,6% dos idosos avaliados apresentaram declínio funcional e que os seguintes fatores estão associados: idade avançada, sexo feminino, número de medicamentos, sintomas depressivos, elevadas concentrações plasmáticas de receptor solúvel 1 do fator de necrose tumoral alfa (sTNFR1) e baixa força de preensão palmar. O estudo conclui que o declínio da capacidade funcional está associado a uma rede de fatores multidimensionais e que instrumentos simples e de baixo custo podem ser utilizados para a triagem e identificação de declínio funcional em idosos de comunidade.

Nunes et al., (2017) analisaram a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais diárias e os fatores associados, através de um estudo transversal realizado com 1.593 idosos residentes na área urbana de Bagé-RS, Brasil. A incapacidade funcional foi avaliada pelo índice de Katz e pela escala de Lawton e Brody. Foi observada uma prevalência de 10,6% de incapacidade para as atividades básicas e 34,2% para as instrumentais. Além disso, os autores verificaram que a incapacidade está associada ao incremento da idade, baixa escolaridade, consumo de bebida alcoólica, história de acidente vascular encefálico, déficit cognitivo, hospitalização e atendimento domiciliar.

Os estudos que avaliam os fatores associados a dependência funcional mostram em seus resultados concordância quanto aos fatores associados ao declínio funcional, principalmente, fatores demográficos, socioeconômicos e percepção de saúde.

Assim, a avaliação funcional do idoso deve ser uma prerrogativa no acompanhamento geriátrico, em todos os níveis de atenção à saúde. Com o objetivo de identificar as principais demandas associadas a execução das atividades diárias e, conseqüentemente, realização da assistência multiprofissional para recuperação ou retardamento do declínio funcional.

2.4 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS)

Inquéritos populacionais são definidos como pesquisas de base populacional com o objetivo de produzir informações em saúde. Geralmente, a coleta de dados é realizada mediante questionário padronizado na casa do entrevistado por entrevistador devidamente treinado (SILVA; PINTO, 2021).

Desde 1998, e particularmente na década de 2000, a Revista Ciência & Saúde Coletiva divulga em números especiais (7.4, 11.4, 16.9, 21.2) os principais resultados de pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na área da saúde, realizadas por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Em 2013 e 2019, o suplemento ganhou vida própria e passou a se chamar “Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)” (PINTO; MEIRA; CARVALHO, 2021).

Cabe salientar sobre o apoio do Ministério da Saúde no financiamento da PNAD, nos anos de 1998, 2003 e 2008. Tais suplementos possibilitaram acompanhar a utilização dos serviços de saúde, gastos com saúde e morbidades pela população brasileira. Apesar dos suplementos supracitados da PNAD terem contribuído para o conhecimento do perfil de saúde da população, houve a necessidade de ampliar a captação de informações por meio do inquérito

de saúde de âmbito nacional, de modo a atender a demandas e prioridades do Ministério da Saúde, intitulado de Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (STOPA et al, 2020).

Em 2013, foi lançada a primeira edição da PNS, com o objetivo de conhecer o perfil de saúde e o estilo de vida da população brasileira. A PNS faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e utiliza a amostra mestra desse sistema para sua coleta de dados (GONÇALVES et al, 2019).

Após o lançamento da PNS 2013 o ministério da saúde manteve a intenção de pulicar sua segunda edição. Então, em abril de 2017, foi publicada a portaria ministerial que criou o Comitê Gestor da segunda edição da PNS 2019. O objetivo primordial da PNS 2019 foi dotar o país de informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira (STOPA et al, 2020). Para mais informações sobre a PNS 2019, consultar o estudo de Stopa et al, 2020.

3 JUSTIFICATIVA

Considerando que a saúde do idoso está diretamente associada à sua independência funcional para gerir sua própria vida em comunidade, e o fato de que indivíduos idosos com algum grau de dependência apresentam piores desfechos clínicos-funcionais, torna-se importante investigar a independência funcional do idoso.

Incentivando um envelhecimento ativo, na expectativa de manter uma melhor relação do idoso com sua família e comunidade, oportunizando ao mesmo refletir sobre sua dependência funcional no ambiente social e familiar.

Além disso, destaca-se o fato de que este estudo abordou todo o território brasileiro, com o intuito de propiciar subsídios para elaboração de estratégias, programas e ações destinadas ao processo de envelhecimento no âmbito da saúde pública. E assim delinear uma assistência que atenda as reais necessidades dos idosos e consequentemente a redução dos indicadores de morbimortalidade dessa população no Brasil.

4 PERGUNTA CONDUTORA

Quais fatores estão associados à independência funcional para AIVD em idosos do Brasil?

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL: identificar os fatores associados à independência funcional para AIVD em idosos do Brasil.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a população estudada quanto as variáveis sociodemográficas e econômicas, percepção do estado de saúde, estilo de vida, medidas antropométricas, DCNT e assistência de saúde;
- b) Caracterizar a independência funcional para AIVD;
- c) Analisar os fatores associados à independência funcional para AIVD em idosos do Brasil.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo do tipo transversal analítico, de base populacional, utilizando dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, que aborda informações sobre a saúde da população brasileira.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados da PNS (2019) foram coletados no Brasil por região (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste), nas Unidades da Federação, nos Municípios das Capitais e no Distrito Federal (Figura 4).

Figura 4 - Unidades da Federação do Brasil.



Fonte: https://www.sport-histoire.fr/pt/Geografia/Lista_unidades_Brasil.php

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população pesquisada compreendeu moradores de domicílios particulares do Brasil, exceto os localizados nos setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais) (IBGE, 2020).

A amostra da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS é uma subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD do IBGE, cuja abrangência geográfica é constituída pelos setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico 2010, exceto aqueles com número muito pequeno de domicílios e os setores especiais (IBGE, 2020).

A pesquisa é domiciliar e o plano amostral empregado foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as Unidades Primárias de Amostragem (UPAs), os domicílios são as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio (IBGE, 2020).

Para este estudo foram incluídos os idosos (60 anos ou mais), dos sexos masculino e feminino, que tenham sido selecionados pelo plano amostral da PNS de 2019 e sem dados ausentes. Para detalhes do plano amostral da PNS 2019, consultar Stopa et al., 2020 (<https://www.scielo.br/j/ress/a/RdbtmCHjJGt8xDW6bV3Y6JB/?format=pdf&lang=pt>).

Foram excluídos os idosos com dados incompletos ou ausentes no banco de dados.

6.4 FONTE DE DADOS

Para a presente pesquisa foram utilizados os dados secundários do banco de dados da PNS de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde.

Foram selecionadas questões do questionário da PNS-2019 referentes aos possíveis fatores associados à independência funcional para AIVD, com base no estudo de Alves, Leite e Machado (2010). Foram verificados os fatores sociodemográficos e econômicos; percepção do estado de saúde; estilo de vida; medidas antropométricas, peso (kg) e altura (m) para obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC) para o diagnóstico do Estado Nutricional (EN); Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de assistência de saúde.

O questionário completo da PNS 2019 está disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5569.pdf

6.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

6.5.1 Variável dependente

A variável dependente deste estudo corresponde a independência funcional para AIVD. Essa variável foi construída a partir do bloco de questões referentes a realização dos “afazeres domésticos” presente no questionário da PNS 2019.

Quadro 1 - Descrição das questões da Pesquisa Nacional de Saúde referentes a variável latente dependência funcional para as atividades de vida diária em idosos do Brasil.

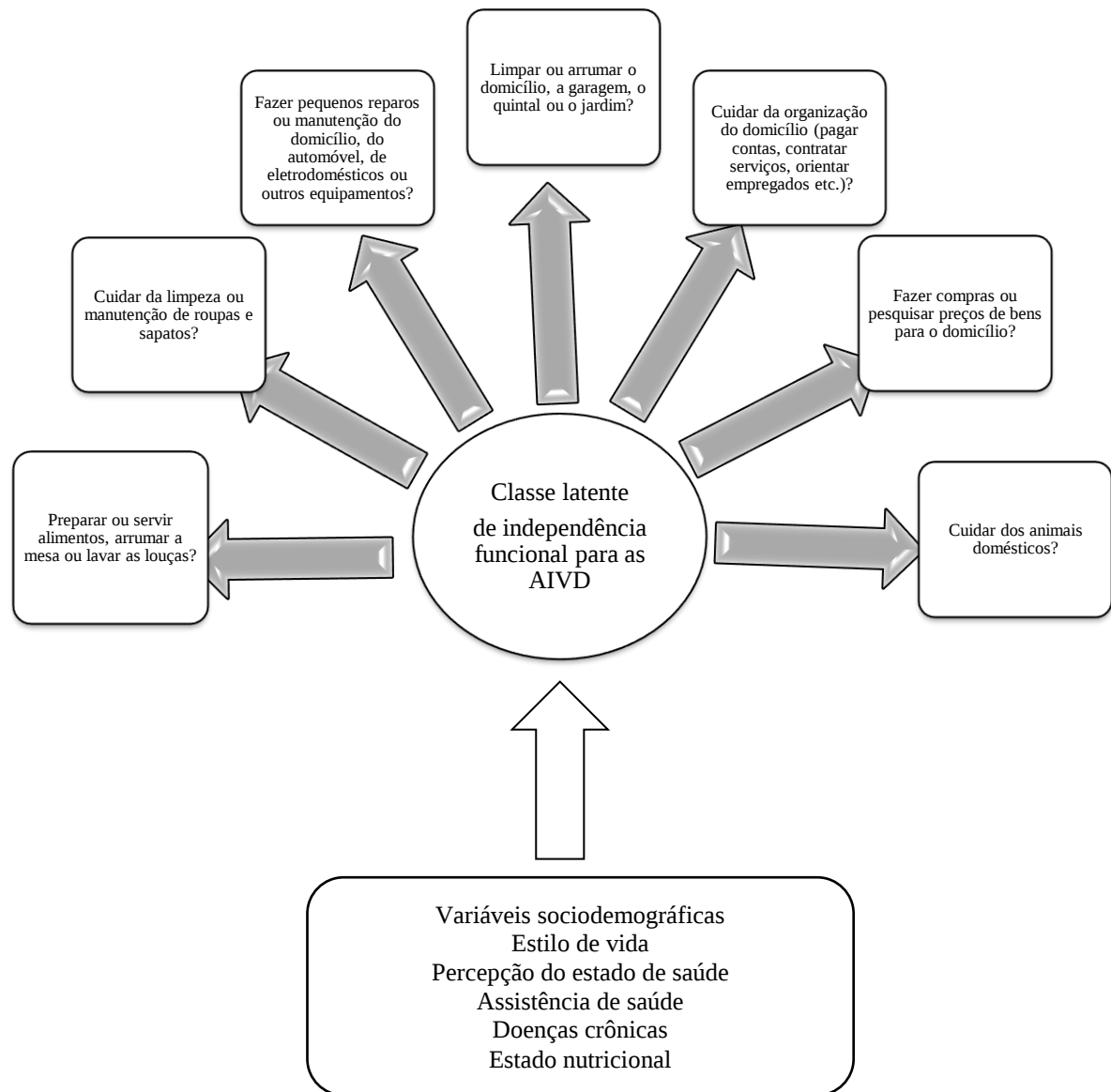
Número da questão	Questão da PNS	Categoria	Código da categoria
1	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: preparar ou servir alimentos, arrumar a mesa ou lavar as louças?	Sim	01
		Não	02
2	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: cuidar da limpeza ou manutenção de roupas e sapatos?	Sim	01
		Não	02
3	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: fazer pequenos reparos ou manutenção do domicílio, do automóvel, de eletrodomésticos ou outros equipamentos?	Sim	01
		Não	02
4	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: Limpar ou arrumar o domicílio, a garagem, o quintal ou o jardim?	Sim	01
		Não	02
5	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: Cuidar da organização do domicílio (pagar contas, contratar serviços, orientar empregados etc.)?	Sim	01
		Não	02
6	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: Fazer compras ou pesquisar preços de bens para o domicílio?	Sim	01
		Não	02
7	Na semana de__a__ (semana de referência), __fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como: Cuidar dos animais domésticos?	Sim	01
		Não	02

Fonte: Adaptado de IBGE (2020).

A literatura apresenta alguns instrumentos validados (KATZ et al., 1963; LAWTON & BRODY, 1969; ARAÚJO et al., 2007; DUARTE et al., 2007) que avaliam as AVD, porém nem todas as questões utilizadas nessas escalas foram utilizadas na PNS-2019, como por exemplo, a dificuldade ou não para utilizar o telefone. Dessa forma, o conjunto de questões que avaliaram as AIVD não foram agrupados conforme os instrumentos já validados. Com isso, as sete questões (Quadro 1) referentes a realização das AIVD da PNS-2019 foram estudadas por meio do método estatístico de Análise de Classes Latentes (ACL) para analisar as variáveis, agrupar os dados segundo as respostas semelhantes e formar uma variável única de grau de dificuldade para realizar AIVD.

O método estatístico de Análise de Classes Latentes (ACL) identifica diferentes grupos mutuamente exclusivos (classes latentes) baseados nos padrões de respostas de variáveis qualitativas (categóricas) (MASTELLA, 2015).

Figura 5 - Modelo da Análise de Classes Latentes (ACL) com covariáveis.



Legenda: AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

Fonte: Elaborado pela autora.

6.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes consistiram nas questões da PNS referentes aos fatores sociodemográficos e econômicos, percepção do estado de saúde, estilo de vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de assistência de saúde, organizadas de acordo com Alves, Leite e Machado (2010). Tais variáveis tiveram suas categorizações descritas, conforme os quadros 1 ao 6 abaixo.

Também foi considerado o fator Estado Nutricional (EN) obtido pelo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir da razão do peso corporal (kg) pela estatura (m) ao quadrado dos idosos da PNS 2019. Para a classificação do EN a partir do IMC foram utilizados os pontos de corte estabelecidos pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2002), que se encontra descrito no Quadro 7.

Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes, referentes aos fatores sociodemográficos e econômicos dos idosos do Brasil.

SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS		
Variável – questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Sexo	Masculino	01
	Feminino	02
Idade	Abaixo da mediana	01
	Acima da mediana	02
Raça/cor	Branca	01
	Preta ou parda	02
	Amarela ou indígena	03
Tipo de situação censitária	Rural	01
	Urbano	02
Estado civil	Casado(a)	01
	Divorciado(a) ou desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	02
	Viúvo(a)	03
	Solteiro(a)	04
tem cônjuge ou companheiro(a) que mora neste domicílio?	Sim	01
	Não	02
Sabe ler e escrever?	Sim	01
	Não	02
Escolaridade	Sem instrução	01
	Fundamental	02
	Médio	03

	Superior e pós-graduação	04
Aposentadoria ou pensão	Sim	01
	Não	02

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 – Descrição das variáveis independentes, referentes ao estilo de vida dos idosos do Brasil.

ESTILO DE VIDA		
Variável – questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	Não bebo nunca	01
	Menos de uma vez por mês	02
	Uma vez ou mais por mês	03
Nos últimos doze meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)	Sim	01
	Não	02
Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco?	Sim, diariamente	01
	Sim, menos que diariamente	02
	Não fumo atualmente	03

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Descrição das variáveis independentes, referentes à percepção do estado de saúde dos idosos do Brasil.

PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE		
Variável – questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	Muito boa ou boa	01
	Regular	02
	Ruim ou muito ruim	03
Considerando saúde como um estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como você avalia o seu estado de saúde?	Muito boa ou boa	01
	Regular	02
	Ruim ou muito ruim	03

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Descrição das variáveis independentes, referentes a assistência de saúde dos idosos do Brasil.

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE		
Variável – questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicerídeos?	Há menos de 1 ano	01
	Há 1 ou 2 anos	02
	Há 3 anos ou mais	03

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Descrição das variáveis independentes, referentes as doenças crônicas dos idosos do Brasil.

DOENÇAS CRÔNICAS		
Variável – questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)?	Sim	01
	Não	02

Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica?	Sim	01
	Não	02
Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu diagnóstico de câncer?	Sim	01
	Não	02

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 – Classificação do estado nutricional segundo o IMC para idosos.

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Baixo Peso	$IMC \leq 23 \text{kg/m}^2$
Peso Adequado	$23 < IMC < 28 \text{kg/m}^2$
Sobrepeso	$28 \leq IMC < 30 \text{kg/m}^2$
Obesidade	$IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$

Fonte: OPAS, 2002.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

As estatísticas, descritiva e analítica, foram realizadas por meio dos programas SPSS para Windows versão 20 (<https://www.ibm.com/>) e Mplus 6.12 (<https://www.statmodel.com/>), respectivamente.

6.6.1 Estatística descritiva

Na análise estatística descritiva as variáveis quantitativas e qualitativas estão descritas por meio de frequência. A variável “Doenças crônicas” está descrita por meio de gráfico de frequência.

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS para Windows versão 20 (<https://www.ibm.com/>).

6.6.2 Estatística analítica

As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente foram calculadas por modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial, a partir do

pressuposto da abordagem hierarquizada de Victora et al (1997). O nível de significância adotado foi de 5%.

Inicialmente foi realizada a análise simples nos blocos sociodemográficos e econômicos, percepção do estado de saúde, estilo de vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de assistência de saúde. Dentro de cada bloco, as variáveis com $p < 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000) foram testadas em modelos múltiplos. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada bloco e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes.

Os dados foram analisados por meio do programa Mplus 6.12 (<https://www.statmodel.com/>). Todas as análises foram realizadas considerando-se os pesos e estratos amostrais contidos no banco de dados da PNS 2019.

6.7 ANÁLISE DE CLASSES LATENTES COM COVARIÁVEIS

Para identificar o perfil das atividades relacionadas à independência funcional, definida como a variável dependente deste estudo, foi realizada análise de classes latentes (ACL) com covariáveis. Trata-se de um procedimento estatístico que busca agrupar indivíduos segundo padrões semelhantes de respostas, modeladas com covariáveis. Nesse sentido, formam-se classes com maior homogeneidade intraclasse e maior heterogeneidade interclasse (MOREIRA, 2021). As classes latentes foram geradas a partir das sete perguntas relacionadas as atividades instrumentais de vida diária (Quadro 1) retiradas do questionário da PNS 2019 (https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5569.pdf).

Para avaliar o modelo de classes latentes e identificar a quantidade de classes que melhor definem o objeto de estudo, alguns critérios estatísticos devem ser considerados. O primeiro é a entropia, a probabilidade de o indivíduo estar perfeitamente classificado em uma determinada classe latente, cujas medidas podem variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 o valor estiver, mais adequado estará o modelo, indicando uma boa classificação do indivíduo na classe (COVER; THOMAS, 2006).

Outros critérios que devem ser considerados são o Critério de Informação Akaike (AIC), Critério de Informação Bayesiano (BIC) e BIC ajustado, utilizados para avaliar os ajustes do modelo. Na análise, quanto menor o valor de AIC, BIC e BIC ajustado, mais adequado estará o modelo (DZIAK et al., 2015). Para avaliar a evolução do modelo de testagem, os critérios Vuong Lo Mendell Rubin - teste de verossimilhança (VLMR) e Lo Mendell Rubin foram utilizados os valores de $p < 0,05$ como estatisticamente significantes.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 23 de agosto de 2019 (ANEXO 1).

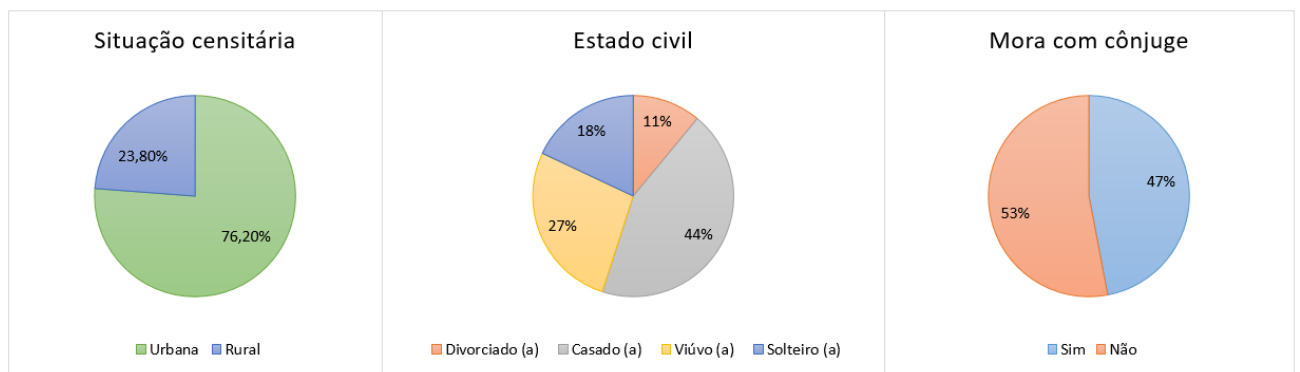
Esta pesquisa dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que é subsidiada por dados secundários de domínio público.

8 RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 22.728 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que responderam todas as perguntas do questionário da PNS 2019. A maior parte da população foi composta por mulheres (55,2%), com idade média de 70 anos ($DP \pm 8$ anos). Quanto à cor, prevaleceu a preta ou parda (54,8%), seguida da branca (43,6%), já a amarela/indígena foi a que apresentou menor prevalência (1,6%).

Examinando o tipo de situação censitária, observou-se que 76% dos idosos moravam em área urbana. Quanto ao estado civil, 44% estavam casados e os demais eram divorciados, viúvos ou solteiros. Também foi observado que cerca de 53% não moravam com o cônjuge no mesmo domicílio (Figura 6).

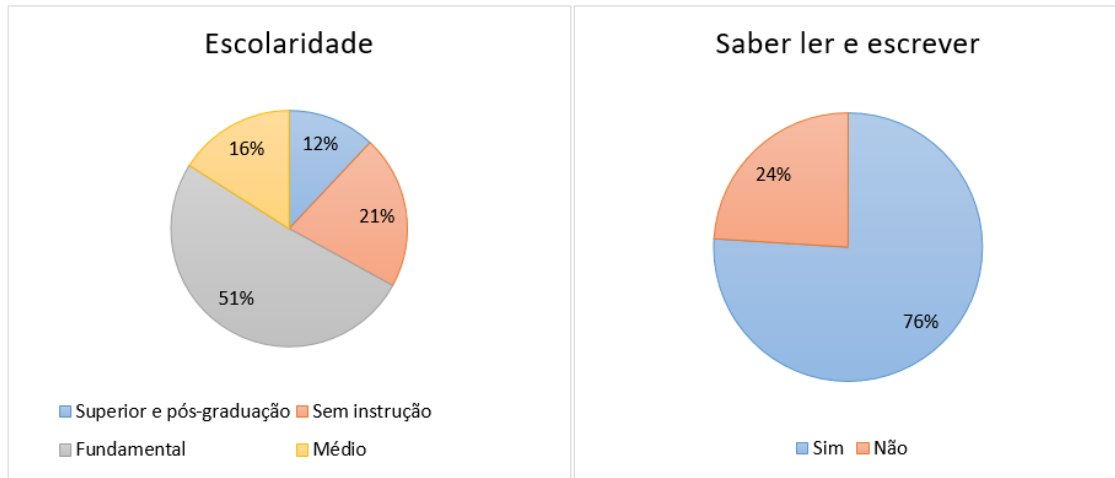
Figura 6 – Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pela autora.

Para o nível de escolaridade dos idosos, 51% da amostra concluíram apenas o ensino fundamental e 21% nunca haviam frequentado a escola. Quando questionados se sabiam “ler ou escrever”, cerca de 24% referiram “não saber” (Figura 7).

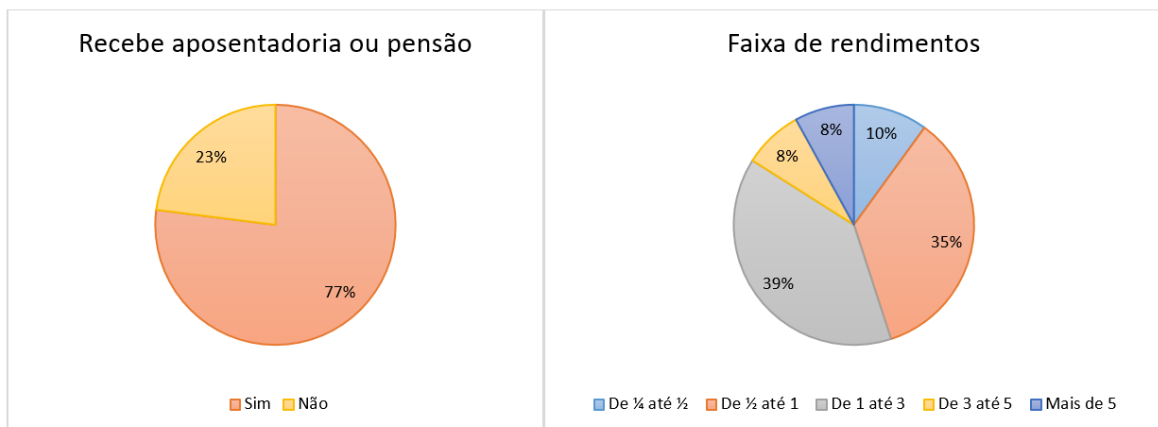
Figura 7 – Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pela autora.

Em relação aos rendimentos financeiros dos idosos, 77% recebiam aposentadoria ou pensão. Quanto à faixa de rendimentos, 10% recebem até meio salário mínimo e 35% mais de meio e até um salário mínimo (Figura 8).

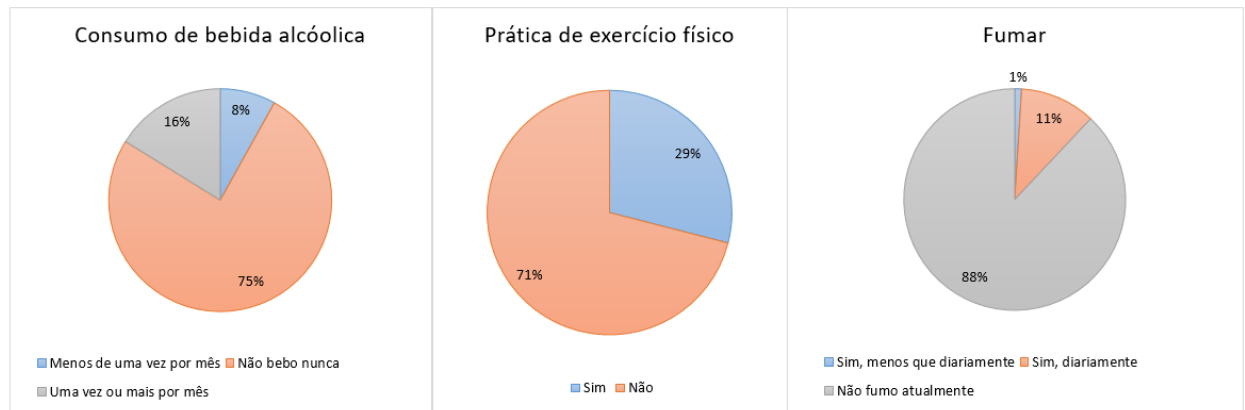
Figura 8 – Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pela autora.

No que concerne ao estilo de vida dos idosos do Brasil, 75% afirmaram “não consumir nunca” bebida alcoólica, porém, 8% consomem menos de uma vez por mês e 16%, consomem uma vez ou mais por mês. Quanto à prática de algum tipo de exercício físico ou esporte nos últimos três meses, 71% informaram “não praticar”. Para o tabagismo, observou-se que 12% da amostra fumavam diariamente ou menos que diariamente (Figura 9).

Figura 9 – Frequência (%) das variáveis descritivas dos idosos do Brasil. Brasil, 2021.



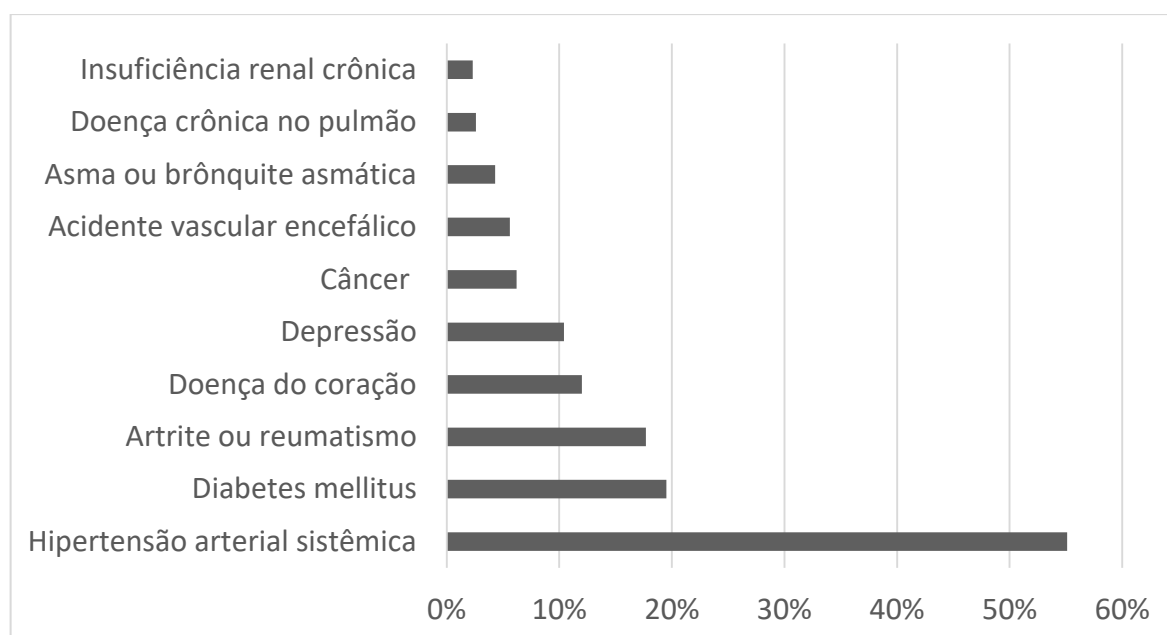
Fonte: elaborado pela autora.

Quando analisada a percepção da saúde, a maioria dos idosos afirmou ter a saúde muito boa ou boa (45%) ou regular (43%), porém, 12% consideraram sua saúde ruim ou muito ruim. Já para o estado de saúde, a grande maioria dos idosos considerou muito bom ou bom (62%) seu estado geral de saúde, 31% o considerou regular e apenas 7% ruim ou muito ruim.

Para a pergunta sobre quando foi a última vez que fizeram exame de sangue para medir o colesterol e triglicerídeos, 74% afirmaram que haviam feito há menos de um ano, 15% há um ou dois anos, 7% há três anos ou mais e 4% nunca haviam feito.

Em se tratando das doenças crônicas, 55% referiram diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 19% de diabetes mellitus, 12% diagnóstico de alguma doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra, 6% Acidente Vascular Encefálico (AVE), 4% asma ou bronquite asmática, 18% artrite ou reumatismo, 10% de depressão, 3% de alguma doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 6% de câncer (não especificado) e 2% de insuficiência renal crônica (Figura 10).

Figura 10 – Frequência (%) de doenças crônicas em idosos do Brasil. Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pela autora.

Em relação ao estado nutricional dos idosos brasileiros, 34% estavam com baixo peso, 38% com peso adequado, 11% com sobrepeso e 17% com obesidade.

8.1 INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

Para a definição do melhor modelo de classes latentes, definindo a quantidade de classes que melhor representa o objeto de estudo (variável dependente “INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA AIVD”), foram realizados os testes de entropia, Akaike (AIC), Critério de informação Bayesiano (BIC) e BIC ajustado. A entropia recebe pontuação de 0 a 1, sendo 1 o valor correspondente à perfeita representação das classes. Para avaliar as significâncias estatísticas, foram realizados os testes de razão de verossimilhança (LRT).

Analisando os resultados quanto aos critérios de entropia, observou-se que o modelo com três classes apresentou o maior valor, contudo, quando observados os testes de AIC, BIC e BIC ajustado, o modelo com seis classes obteve os menores valores. Quanto aos testes de LRT, todos os modelos expressaram $p < 0,05$, sendo estatisticamente significativos. Diante dos resultados expressos anteriormente, o modelo com seis classes foi selecionado para representar a variável dependente, devido aos menores valores de AIC, BIC e BIC ajustado e “p-valor” estatisticamente significantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de independência funcional para AIVD em idosos do Brasil, 2021.

Número de Classes	2	3	4	5	6
AIC - Critério de Informação de Akaike	163076.229	157255.312	152531.382	151817.808	151336.398
BIC-Critério de Informação de Bayesiano	163196.699	157440.034	152780.354	152131.031	151713.872
BIC ajustado	163149.030	157366.940	152681.837	152007.090	151564.508
Entropia	0.893	0.899	0.864	0.776	0.767
LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin	p=0.0000	p=0.0000	p=0.0000	p=0.0000	p=0.0000
LRT Lo-Mendell-Rubin	P=0.0000	p=0.0000	P=0.0000	P=0.0000	P=0.0000

A independência funcional para a realização das AIVD foi determinada conforme as definições de Moraes (2012), em que a “independência” é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios.

Após a definição do modelo com seis classes para representar a variável latente “independência funcional para AIVD”, cada grupo foi denominado de acordo com a prevalência de independência funcional para desempenhar as AIVD. Os grupos foram classificados de acordo com as seguintes definições:

Classe 1. “Independência funcional para gestão financeira do lar”;

Classe 2. “Independência funcional para fazer tarefas domésticas leves e pesadas e gestão financeira do lar”;

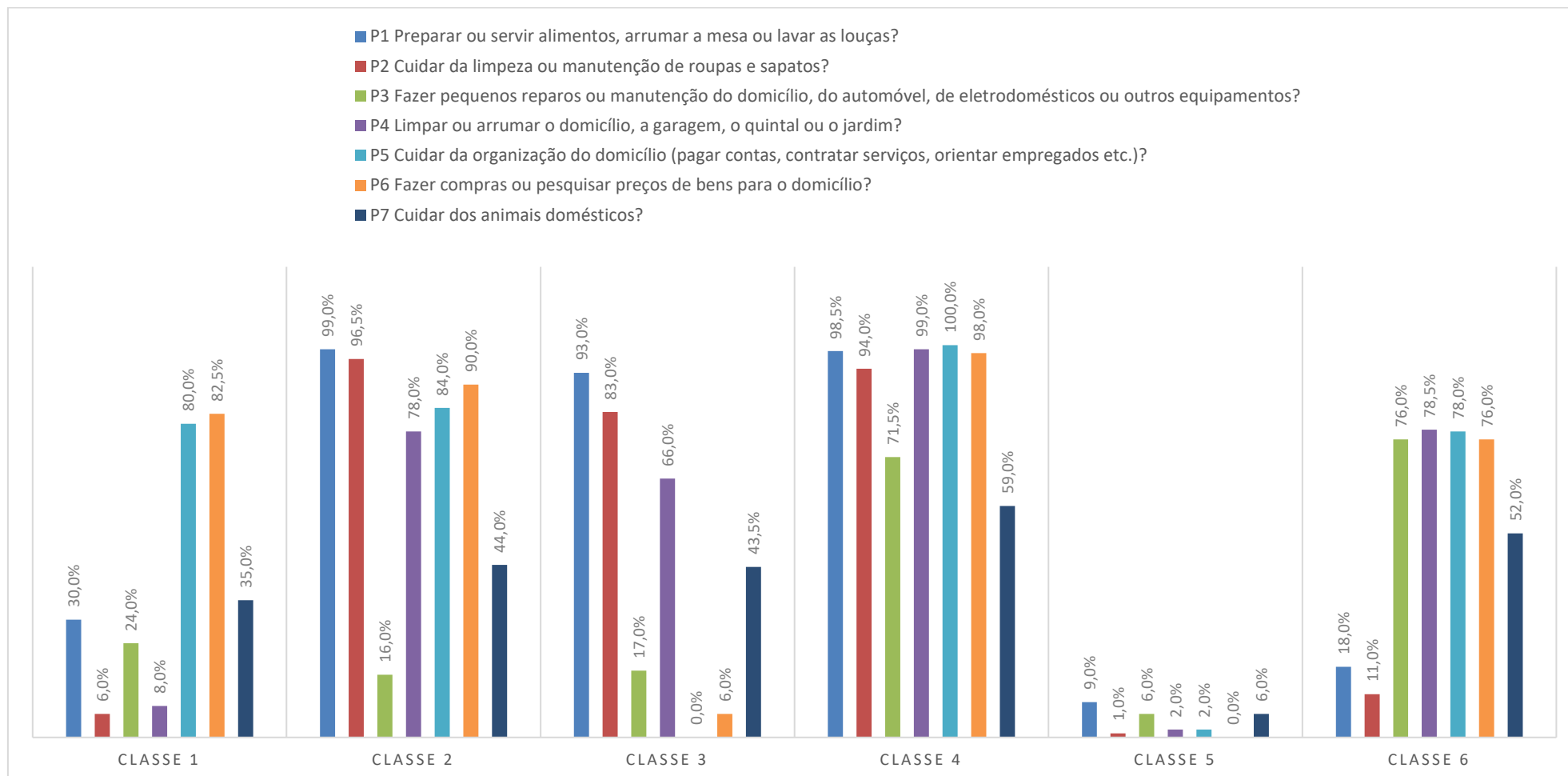
Classe 3. “Independência funcional para fazer apenas tarefas domésticas leves e pesadas”;

Classe 4. “Independência funcional para fazer todas as tarefas domésticas, pequenos reparos e gestão financeira do lar”;

Classe 5. “Dependência funcional para todas as tarefas domésticas e para gestão financeira do lar” e;

Classe 6. “Independência funcional para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar” (Figura 11).

Figura 11 – Distribuição de probabilidades das sete perguntas relacionados às AIVD, segundo as seis classes latentes. Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pela autora.

8.2 FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA PARA AIVD EM IDOSOS DO BRASIL

As tabelas 3 a 8 apresentam os resultados das análises simples. Após a análise de regressão múltipla, observou-se que os seguintes fatores estão associados à independência para as AIVD: fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor, estado civil, morar com cônjuge, saber ler e escrever, escolaridade, receber aposentadoria ou pensão e rendimentos salariais), fatores de estilo de vida (consumo de bebida alcoólica, prática de exercício físico ou esporte e tabagismo), fatores de percepção de saúde e do estado de saúde, doenças crônicas (HAS, doença do coração e AVE) e estado nutricional (Tabela 9).

Tabela 2 – Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis sociodemográficas. Brasil, 2021

VARIÁVEIS			INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA							
	Gestão financeira do lar (Classe 1)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão financeira do lar (Classe 2)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3)		Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos reparos/gestão financeira do lar (Classe 4)		Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas pesadas/gestão financeira do lar (Classe 6)	
<i>Sexo</i>	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Masculino</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Feminino</i>	1.66*	1.44-1.90	5.97*	4.41-8.09	0.00*	0.00-0.01	19.7*	15.1-25.7	0.32*	0.24-0.42
<i>Idade em mediana</i>										
<i>> 68 anos</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>≤ 68 anos</i>	4.09*	3.54-4.73	1.79*	1.42-2.25	4.08*	3.23-5.15	2.56*	2.16-3.02	1.70*	1.36-2.12
<i>Cor</i>										
<i>Branca</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Preta ou parda</i>	0.87*	0.76-1.00	0.97	0.78-1.20	0.93	0.75-1.17	0.85*	0.72-1.01	0.74*	0.61-0.91
<i>Amarela ou indígena</i>	1.31	0.79-2.17	1.35	0.52-3.49	1.70	0.60-4.83	0.87	0.49-1.56	0.38*	0.14-1.02
<i>Tipo de situação censitária</i>										

<i>Rural</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Urbano</i>	1.60*	1.35-1.90	0.85	0.68-1.07	0.57*	0.45-0.71	2.07*	1.68-2.55	1.31*	1.02-1.68
<i>Estado civil</i>										
<i>Divorciado</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Casado</i>	0.42*	0.33-0.55	0.80	0.48-1.34	1.88	0.91-3.88	0.48*	0.35-0.67	1.07	0.72-1.56
<i>Viúvo</i>	0.31*	0.23-0.41	1.02	0.61-1.70	0.14*	0.05-0.34	0.76*	0.54-1.05	0.41*	0.26-0.63
<i>Solteiro</i>	0.46*	0.35-0.62	0.75	0.43-1.30	0.73	0.33-1.59	0.60*	0.42-0.86	0.57*	0.35-0.91
<i>Mora com cônjuge</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	1.04	0.91-1.20	1.21	0.97-1.51	0.06*	0.03-0.12	1.62*	1.38-1.89	0.33*	0.26-0.42
<i>Sabe ler e escrever</i>										
<i>Não</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Sim</i>	2.96*	2.48-3.52	0.97	0.78-1.21	2.86*	2.20-3.70	2.38*	1.95-2.89	2.08*	1.62-2.68
<i>Escolaridade</i>										
<i>Superior e pós-graduação</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Sem instrução</i>	0.20*	0.15-0.26	4.85*	1.96-11.99	0.52*	0.29-0.95	0.24*	0.17-0.32	0.16*	0.12-0.23
<i>Fundamental</i>	0.55*	0.43-0.70	5.34*	2.19-13.04	1.66	0.96-2.84	0.56*	0.43-0.74	0.25*	0.18-0.33
<i>Médio</i>	0.94	0.72-1.23	7.44*	2.90-19.11	2.26*	1.23-4.15	0.74*	0.54-1.01	0.47*	0.32-0.69

Recebe aposentadoria ou pensão										
Não	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Sim	0.84*	0.71-0.99	0.69*	0.53-0.91	0.84	0.63-1.12	0.83*	0.68-1.02	1.12	0.85-1.49
Faixa de rendimentos										
Mais de 5 salários mínimos	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
De ¼ até ½	0.62*	0.45-0.87	3.82*	1.98-7.40	1.83	0.84-3.99	0.48*	0.32-0.73	0.16*	0.10-0.24
De ½ até 1	0.71*	0.53-0.94	3.91*	2.10-7.27	1.99	0.94-4.22	0.53*	0.38-0.76	0.27*	0.19-0.38
De 1 até 3	1.13	0.85-1.51	3.74*	2.00-7.01	2.77*	1.31-5.85	0.89	0.63-1.25	0.40*	0.28-0.57
De 3 até 5	1.41	0.88-2.01	3.47*	1.49-8.09	1.78	0.74-4.32	1.17	0.76-1.81	0.59*	0.38-0.93

* Valor de $p < 0,05$

Tabela 3 – Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis de estilo de vida. Brasil, 2021

VARIÁVEIS	INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA				
	Gestão financeira do lar (Classe 1)	Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão financeira do lar (Classe 2)	Fazer tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3)	Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos reparos/gestão financeira do lar (Classe 4)	Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas pesadas/gestão

financeira do lar (Classe 6)										
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Menos de uma vez por mês</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não bebo nunca</i>	0.55*	0.41-0.72	0.74	0.45-1.21	0.36*	0.25-0.53	0.72*	0.52-1.01	0.35*	0.24-0.51
<i>Uma vez ou mais por mês</i>	1.25	0.90-1.72	0.54*	0.27-1.07	1.69	1.08-2.65	0.95	0.63-1.43	1.45	0.92-2.28
<i>Prática de exercício físico ou esporte</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	0.30*	0.26-0.36	0.69*	0.51-0.92	0.48*	0.36-0.63	0.32*	0.26-0.39	0.28*	0.22-0.35
<i>Fuma algum produto do tabaco</i>										
<i>Sim, menos que diariamente</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Sim, diariamente</i>	0.86	0.26-2.80	0.92	0.21-4.03	2.54	0.41-15.67	0.30*	0.08-1.09	0.19*	0.04-0.79
<i>Não fumo atualmente</i>	0.79	0.25-2.53	0.86	0.20-3.68	1.83	0.30-11.05	0.37	0.10-1.32	0.26*	0.06-1.06

* Valor de $p < 0,05$

Tabela 4 – Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis de percepção de saúde. Brasil, 2021.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA</i>									
	Gestão financeira do lar (Classe 1)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão financeira do lar (Classe 2)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3)		Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos reparos/gestão financeira do lar (Classe 4)		Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas pesadas/gestão financeira do lar (Classe 6)	
<i>Autopercepção da saúde</i>	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Ruim ou muito ruim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Muito boa ou boa</i>	4.89*	3.88-6.16	1.86*	1.38-2.52	6.33*	3.96-10.13	2.65*	2.06-3.41	3.30*	2.39-4.56
<i>Regular</i>	2.70*	2.16-3.37	1.85*	1.39-2.46	3.95*	2.46-6.33	1.79*	1.40-2.30	2.54*	1.86-3.49
<i>Autopercepção do estado de saúde</i>										
<i>Ruim ou muito ruim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Muito bom ou bom</i>	5.62*	4.28-7.38	1.78*	1.26-2.51	6.84*	3.19-12.21	3.29*	2.44-4.44	5.19*	3.51-7.69
<i>Regular</i>	2.49*	1.87-3.31	1.52	1.06-2.17	3.29*	1.82-5.96	1.99*	1.46-2.71	3.00*	1.97-4.57

* Valor de $p < 0,05$

Tabela 5 – Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariável de assistência à saúde. Brasil, 2021.

VARIÁVEIS	INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA									
	Gestão financeira do lar (Classe 1)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão financeira do lar (Classe 2)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3)		Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos reparos/gestão financeira do lar (Classe 4)		Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas pesadas/gestão financeira do lar (Classe 6)	
<i>Exame de sangue (colesterol)</i>	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Nunca fez</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Há menos de um ano</i>	1.60	1.09-2.35	1.82	1.07-3.09	0.67*	0.42-1.09	1.71	1.05-2.78	1.31	0.80-2.15
<i>Há um ou dois anos</i>	1.52	1.00-2.28	2.07	1.16-3.69	1.23	0.73-2.07	1.87	1.09-3.23	1.24	0.71-2.16
<i>Há três anos ou mais</i>	1.83*	1.17-2.86	2.20	1.19-4.07	1.09	0.61-1.94	1.11	0.61-2.03	1.42	0.75-2.71

* Valor de $p < 0,05$

Tabela 6 – Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariáveis de doenças crônicas. Brasil, 2021.

VARIÁVEIS	INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA				
	Gestão financeira do lar (Classe 1)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão		Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas
				Fazer tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3)	Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos reparos/gestão

<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	1.14	0.93-1.39	0.63*	0.48-0.83	2.51*	1.68-3.75	0.50*	0.40-0.62	1.27	0.93-1.73
<i>Depressão</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	1.07	0.85-1.34	0.78	0.56-1.09	2.80*	1.68-4.67	0.70*	0.54-0.89	1.77*	1.22-2.57
<i>Doença crônica no pulmão</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	1.91*	1.25-2.89	1.08	0.60-1.95	2.72*	1.39-5.32	1.93	1.05-3.54	1.95*	1.17-3.26
<i>Câncer</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	1.22	0.92-1.61	0.96	0.59-1.55	0.71	0.44-1.14	0.99	0.73-1.36	0.78	0.53-1.13
<i>Insuficiência renal</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	2.23*	1.46-3.41	1.94	0.98-3.87	2.50*	1.21-5.19	1.31	0.80-2.15	1.12	0.63-1.99

* Valor de $p < 0,05$

Tabela 7 – Regressão logística multinomial simples com estimativas de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) do modelo de Análises de Classes Latentes com Covariável de estado nutricional. Brasil, 2021.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA</i>									
	Gestão financeira do lar (Classe 1)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão financeira do lar (Classe 2)		Fazer tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3)		Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos reparos/gestão financeira do lar (Classe 4)		Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas pesadas/gestão financeira do lar (Classe 6)	
<i>Índice de Massa Corporal (IMC)</i>	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<i>Sobrepeso</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Baixo peso</i>	0.61*	0.46-0.82	1.63	0.99-2.70	0.63*	0.41-0.98	0.73*	0.53-1.02	0.54*	0.36-0.79
<i>Peso adequado</i>	0.93	0.70-1.22	1.27	0.76-2.12	1.26	0.83-1.91	0.62*	0.44-0.86	0.78	0.53-1.15
<i>Obesidade</i>	1.10	0.80-1.52	1.23	0.68-2.22	0.79	0.48-1.30	0.89	0.62-1.29	0.98	0.64-1.51

* Valor de $p < 0,05$

Tabela 8 – Análise de regressão múltipla multinomial em blocos hierarquizados das variáveis associadas à independência funcional para as AIVD de idosos do Brasil. Brasil, 2021

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA</i>				
	Gestão financeira do lar (Classe 1)	Fazer tarefas domésticas leves e pesadas/gestão	Fazer tarefas domésticas leves e pesadas	Fazer todas as tarefas domésticas/pequenos	Fazer pequenos reparos domésticos/tarefas domésticas

	financeira do lar (Classe 2)				(Classe 3)		reparos/gestão financeira do lar (Classe 4)		pesadas/gestão financeira do lar (Classe 6)	
BLOCO 1 – FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS										
Sexo	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Masculino	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Feminino	1,89*	1,61-2,21	6,96*	5,04-9,62	0.01*	0.00-0.05	26.55*	19.49-36.16	0.45*	0.34-0.60
Idade em mediana										
> 68 anos	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
≤ 68 anos	3.67*	3.15-4.28	1.78*	1.37-2.31	2.95*	2.29-3.81	2.96*	2.45-3.59	1.37*	1.09-1.73
Cor										
Branca	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Preta ou parda	1.06	0.91-1.24	0.94	0.74-1.19	0.99	0.78-1.25	1.20	0.98-1.46	1.07	0.85-1.36
Amarela ou indígena	1.50	0.88-2.57	1.70	0.67-4.31	2.09	0.62-7.02	0.99	0.49-1.99	0.26*	0.08-0.87
Tipo de situação censitária										
Rural	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Urbano	1.12	0.93-1.35	0.73*	0.56-0.93	0.56*	0.44-0.72	1.17	0.92-1.48	0.99	0.74-1.32
Estado civil										
Divorciado	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	

<i>Mais de 5 salários mínimos</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>De ¼ até ½</i>	1.13	0.75-1.70	2.31	1.13-4.72	1.60	0.74-3.46	0.76	0.46-1.27	0.34*	0.20-0.59
<i>De ½ até 1</i>	1.52	1.06-2.17	2.54	1.31-4.90	2.32	1.14-4.72	0.84	0.53-1.33	0.66*	0.43-1.02
<i>De 1 até 3</i>	1.80*	1.29-2.51	2.40	1.25-4.63	2.52	1.28-4.98	1.18	0.76-1.81	0.77	0.52-1.13
<i>De 3 até 5</i>	1.66*	1.14-2.41	2.96	1.18-7.42	1.49	0.67-3.31	1.66	1.00-2.76	0.70	0.44-1.11

BLOCO 2 – ESTILO DE VIDA

***Consumo de bebida
alcoólica***

<i>Menos de uma vez por mês</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não bebo nunca</i>	0.60*	0.45-0.80	0.48*	0.29-0,80	0.59*	0.41-0.85	0.63*	0.43-0.92	0.50*	0.34-0.75
<i>Uma vez ou mais por mês</i>	1.11	0.80-1.55	0.68	0.34-1.38	1.26	0.81-1.97	1.61	1.02-2.55	1.19	0.75-1.90

***Prática de exercício
físico ou esporte***

<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	0.38*	0.32-0.45	0.60*	0.44-0.81	0.54*	0.41-0.72	0.36*	0.29-0.45	0.45	0.35-0.57

***Fuma algum produto do
tabaco***

<i>Sim, menos que diariamente</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
-----------------------------------	------	--	------	--	------	--	------	--	------	--

<i>Sim, diariamente</i>	1.19	0.31-4.58	1.15	0.20-6.73	6.26	0.69-56.84	0.23*	0.07-0.73	0.22*	0.05-0.92
<i>Não fumo atualmente</i>	1.08	0.29-4.05	0.94	0.17-5.35	6.41	0.72-56.72	0.22*	0.07-0.67	0.29	0.07-1.17

BLOCO 3 – PERCEPÇÃO DE SAÚDE

<i>Autopercepção da saúde</i>										
<i>Ruim ou muito ruim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Muito boa ou boa</i>	2.02*	1.48-2.75	2.06*	1.26-3.36	1.89*	1.12-3.20	1.61*	1.11-2.34	0.67	0.41-1.11
<i>Regular</i>	1.85*	1.40-2.44	2.13*	1.37-3.32	2.01*	1.24-3.28	1.51*	1.08-2.13	1.15	0.75-1.78

<i>Autopercepção do estado de saúde</i>										
<i>Ruim ou muito ruim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Muito bom ou bom</i>	2.43*	1.71-3.43	1.18	0.68-2.03	2.56*	1.36-4.83	2.06*	1.36-3.12	3.24*	1.80-5.84
<i>Regular</i>	1.44	1.02-2.05	0.99	0.58-1.68	1.49	0.79-2.81	1.49	0.99-2.24	1.97	1.09-3.54

BLOCO 5 – DOENÇAS CRÔNICAS

<i>Diagnóstico de hipertensão</i>										
<i>Não</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Sim</i>	0.99	0.85-1.16	1.42*	1.09-1.86	1.12	0.88-1.42	1.21	0.99-1.49	0.98	0.78-1.23

<i>Doença do coração</i>										
<i>Sim</i>	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<i>Não</i>	1.36*	1.09-1.70	1.37	0.97-1.95	1.00	0.69-1.46	1.25	0.94-1.66	0.92	0.67-1.26

Comparando-se com a categoria de referência (Classe 5), observou-se que mulheres idosas apresentam 89% de chance de independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1), 6,96 vezes mais chance de independência funcional para tarefas domésticas leves e pesadas e para gestão financeira do lar (Classe 2), e 26,55 vezes mais chance de independência funcional para a realização de todas as tarefas domésticas e gestão financeira do lar (Classe 4) se comparado aos homens idosos.

Idosos jovens, com idade igual ou inferior a 68 anos, demonstram 3,67 vezes mais chance de independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1), 78% de chance de independência funcional para tarefas domésticas leves e pesadas e gestão financeira do lar (Classe 2), 2,95 vezes mais chance de independência funcional apenas para tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3), 2,96 vezes mais chance de independência funcional para todas as tarefas domésticas e gestão financeira do lar (Classe 4) e 37% de chance de independência funcional para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6).

Pessoas idosas brasileiras de cor amarela ou indígena manifestam 74% de chance de não terem independência funcional para fazerem pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6) se comparado as pessoas idosas de cor branca.

Os idosos que moram em área urbana tem 27% de chance de não terem independência funcional para fazerem tarefas domésticas leves e pesadas e gestão financeira do lar (Classe 2) e 44% de chance de não desenvolverem apenas tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3) em relação aos idosos que vivem em área rural.

Observou-se que quanto ao estado civil, a chance de pessoas idosas casadas de ter independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1) diminui em 37% e 45% para pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6). Além disso, idosos viúvos apresentam 55% menor chance de demonstrarem independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1) e 32% para todas as tarefas domésticas e para gestão financeira do lar (Classe 4). Os solteiros têm 37% menor chance de portarem independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1) e 35% menor chance de independência funcional para fazer todas as tarefas domésticas e para gestão financeira do lar (Classe 4).

Não morar com o cônjuge reduz em 83% a chance de ter independência funcional para tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3), 29% para todas as tarefas domésticas e para gestão financeira do lar (Classe 4) e 61% para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6). Idosos que sabem ler e escrever têm

37% mais chance de demonstrarem independência funcional para a gestão financeira do lar (Classe 1) e 85% mais chance de independência funcional para tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3).

Em se tratando da escolaridade, não ter instrução ou ter ensino fundamental, diminui as chances de ter independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1) em 69% e 45%, respectivamente, em relação aos idosos que têm ensino superior e pós-graduação. Os idosos sem instrução têm 64% de chance de não terem independência funcional para todas as tarefas domésticas e para gestão financeira do lar (Classe 4). A independência funcional para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6) tem suas chances reduzidas em 77%, 70% e 50%, quando o idoso não tem instrução, tem ensino fundamental ou ensino médio, respectivamente.

Receber aposentadoria ou pensão aumenta em 45% as chances de ter independência funcional para a gestão financeira do lar (Classe 1), se comparado ao idoso que não recebe. Observou-se que idosos que recebem de um até cinco salários mínimos apresentam maiores chances (80% e 66%) de independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1). No entanto, idosos que recebem menos da metade de um salário mínimo e menos de um salário mínimo tem menor chance (66% e 34%) de ter independência funcional para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6).

Notou-se que pessoas idosas que nunca consomem bebida alcoólica têm menores chances de expressar independência funcional para fazer todas as atividades das cinco classes estudadas. Idosos que não praticam exercício físico ou esportes têm 62%, 40%, 46% e 64% de chance de não terem independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1), fazer tarefas domésticas leves e pesadas e gestão financeira do lar (Classe 2), fazer apenas tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3) e fazer todas as tarefas domésticas e gestão financeira do lar (Classe 4), respectivamente, em relação aos idosos que são praticantes de exercício físico ou esportes.

Fumar diariamente apresentou uma chance 77% menor de ter independência funcional para fazer todas as tarefas domésticas e gestão financeira do lar (Classe 4) e uma chance 78% menor de independência funcional para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gestão financeira do lar (Classe 6).

Ter autopercepção da saúde muito boa/boa ou regular aumenta as chances de se apresentar independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1), fazer tarefas domésticas leves/pesadas e gestão financeira do lar (Classe 2), fazer apenas tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3) e para fazer todas as tarefas domésticas associada a gestão financeira

do lar (Classe 4). Além disso, idosos que têm autopercepção do estado de saúde muito bom ou bom, demonstram maiores chances de terem independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1), para fazer apenas tarefas domésticas leves e pesadas (Classe 3), fazer todas as tarefas domésticas e gestão financeira do lar (Classe 4) e para fazer pequenos reparos domésticos associado as tarefas pesadas e a gestão financeira do lar (Classe 6).

O diagnóstico de hipertensão arterial aumenta em 42% a chance do idoso fazer tarefas domésticas leves e pesadas e gerir financeiramente o lar (Classe 2). Já, a ausência de doença do coração, aumenta em 36% a chance de gerir financeiramente o lar (Classe 1). Idosos que nunca tiveram AVE têm chances aumentadas de realizarem todas as tarefas das cinco classes estudadas.

Em se tratando do estado nutricional, pessoas idosas com baixo peso têm 26% de chance de não terem independência funcional para gestão financeira do lar (Classe 1). Os que apresentam peso adequado, têm 39% de chance de não demonstrarem independência funcional para fazer todas as tarefas domésticas e gerir financeiramente o lar (Classe 4).

9 DISCUSSÃO

A independência funcional para tomar decisões sobre sua própria vida e a capacidade funcional de realizar tarefas cotidianas complexas ou básicas são tratadas como bem-estar prioritário para o indivíduo idoso. Portanto, o conceito de saúde para o idoso diz mais respeito a sua autonomia e independência que a ausência de doenças (MORAES, 2012).

Estudos têm demonstrado que a promoção do envelhecimento ativo e saudável é de fundamental importância para o idoso desenvolver sua independência, centrada no autocuidado, ainda, a partir da idade adulta (ALMEIDA; BASTOS, 2017).

A Análise de Classes Latentes permitiu observar o perfil de independência para a realização de AIVD, tais como: gestão financeira do lar, realizar tarefas domésticas leves e/ou pesadas e fazer pequenos reparos domésticos.

Observou-se quanto aos fatores sociodemográficos, que ser mulher e ter idade menor ou igual a 68 anos aumenta as chances de independência funcional para a realização de tarefas domésticas leves e pesadas e para gerir as finanças do lar.

Esse achado pode ser explicado pelo fato de que, culturalmente, no Brasil, as mulheres assumem o papel doméstico primário no que diz respeito aos cuidados domésticos e de gestão da renda. Embora, esse cenário venha se modificando com a inserção da mulher no mercado de trabalho, ainda é prevalente a mulher nos cuidados do lar se comparado aos homens. Além disso, mulheres idosas mais jovens têm assumido mais vagas de emprego no mercado de trabalho, fato que também colabora com a gestão financeira do lar (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016).

Silva e colaboradores (2019), em sua pesquisa qualitativa com 15 casais de idosos que residiam no Paraná-Brasil, observaram que, para os casais de idosos, o cuidado expresso por meio da realização das tarefas cotidianas, seja pela mulher ou pelo homem, são tidas como demonstração de parceria e afeto. Nesse sentido, os autores destacam a importância que os idosos dão a capacidade de realizar tarefas diárias, sendo remetidas ao bem-estar pessoal e a independência funcional. Por isso, é muito importante que essas atitudes sejam estimuladas e incentivadas pelos familiares e pela comunidade, pois, elas aguçam a cognição, o humor e a mobilidade.

O predomínio de mulheres nesse estudo corrobora outros estudos realizados no Brasil (SANTOS; NEVES; FEITOSA, 2017; SOUSA; GONÇALVES; GAMBA, 2018). Esse fato é caracterizado pela feminização da velhice, ou seja, o maior percentual de mulheres na população idosa (ALMEIDA et al, 2015).

Mulheres idosas brasileiras dedicam mais tempo aos afazeres domésticos; cuidando dos netos ou até mesmo de outros idosos (ex.: filhos etc.), além de possuírem uma trajetória de vida baseada em baixa escolaridade, baixa inserção no mercado de trabalho e baixo nível de qualificação profissional.

Contudo, apesar de a mulher idosa possuir baixa renda, são elas que muitas das vezes contribuem com a renda da família, ajudando filhos ou dependentes com trabalhos que são reflexos do cuidado doméstico, como por exemplo: faxina, cuidado de crianças ou lavagem de roupas (MAXIMIANO-BARRETO et al, 2019). Esse fato reforça os achados deste estudo quanto as maiores chances de as mulheres terem independência para a gestão financeira do lar e realização das tarefas domésticas leves e pesadas.

O estado civil se mostrou um importante indicador de independência para AIVD. Verificou-se que idosos casados, viúvos e solteiros têm menores chances de desenvolverem a gestão das finanças da casa e as tarefas domésticas. De acordo com Sousa, Gonçalves e Gamba (2018) a viuvez é um importante indicador de incapacidade funcional. Para os autores, idosos viúvos podem apresentar maior isolamento social e, conseqüentemente, menor autocuidado e pior desenvolvimento de tarefas cotidianas, visto que não dispõem mais de um cônjuge para estimulá-los.

Embora, idosos casados também possam ter menores chances de desenvolverem tarefas diárias, é necessário ressaltar que, na maioria dos lares, os casados compartilham as tarefas cotidianas. Nesse caso, homens ou mulheres podem não desenvolver algumas tarefas devido à ausência de necessidade, visto que o parceiro (a), na maioria das vezes, as mulheres, predominam sobre as atividades domésticas. Portanto, esse achado deve ser interpretado com cautela.

Saber ler e escrever aumenta as chances de independência para gestão financeira do lar e para fazer atividades domésticas leves e pesadas.

Estudos apontam que a escolaridade dos idosos é considerada baixa, e esse fato tem relação com as condições sociais precárias e com a falta de acesso à escola, principalmente para as mulheres (ALMEIDA et al, 2015; SOUSA; GONÇALVES; GAMBA, 2018).

A escolaridade é um indicador importante quanto ao estado de saúde e a condição socioeconômica, que refletem na independência funcional do idoso. Portanto, indivíduos idosos que têm maior grau de escolaridade têm mais chances de desenvolver AIVD e melhor qualidade de vida (SANTOS; NEVES; FEITOSA, 2017).

Outro achado importante, neste estudo, diz respeito ao fato de que receber aposentadoria ou pensão aumenta a chance de independência para gestão financeira do lar, bem como, receber

entre um e cinco salários mínimos (Valor do salário mínimo no Brasil em 2019: R\$ 998,00 reais). Portanto, receber menos de um salário mínimo reduz a chance de independência para fazer pequenos reparos domésticos, tarefas domésticas pesadas e gerir financeiramente o lar.

Corroborando o estudo de Veloso et al (2020), a desigualdade socioeconômica tem repercussão negativa nas AIVD. No entanto, os autores observaram que essa repercussão está atrelada às atividades de participação social ou que têm implicações mais diretas para a saúde, tais como: uso de telefone, utilizar transporte público e uso de medicamentos. O estudo em questão, não encontrou associação significativa entre tarefas domésticas e preparo de refeições e a renda.

O estilo de vida também é um importante fator que pode ter grande influência na independência da população idosa. O consumo de bebida alcoólica, o hábito de fumar e praticar de exercícios físicos, foram observados neste estudo. Foi visto que nunca consumir bebida alcoólica, não praticar atividade ou exercício físico e fumar diariamente podem diminuir as chances de independência para a gestão financeira do lar, realizar tarefas domésticas leves e/ou pesadas e fazer pequenos reparos domésticos.

Oliveira et al (2020) observaram em seu estudo que os idosos da comunidade, ativos fisicamente, apresentam melhor funcionalidade para desempenhar atividades cotidianas se comparado aos irregularmente ativos. Diniz et al (2018) apontaram que a prática regular de atividade física é responsável pela promoção da qualidade de vida e do melhor desempenho nas AIVD.

Por outro lado, os autores do estudo em questão, reforçam que a inatividade física pode agravar o comprometimento da saúde física do idoso, sendo responsável por agravar algumas doenças como obesidade, artrite e osteoporose, diabetes, hipertensão, entre outras, levando à redução da independência para as atividades diárias.

Quanto ao hábito de nunca consumir bebida alcoólica estar relacionado a menor chance de independência funcional, é sugerido que os idosos que se reúnem com outras pessoas, pelo menos, uma vez ao mês, desenvolvendo uma atividade social, que em algumas ocasiões consomem bebida alcoólica, podem estar aumentando as chances de independência.

A autopercepção de saúde também é um indicador de saúde da população idosa. A autopercepção da saúde muito boa ou boa e do estado de saúde muito bom ou bom apresentaram maiores chances de independência para gestão financeira do lar, realizar tarefas domésticas leves e/ou pesadas e fazer pequenos reparos domésticos.

Segundo Rocha et al (2017), em seu estudo realizado com idosos brasileiros jovens e longevos, a relação entre a autopercepção da saúde e independência para atividades diárias é

mais forte entre os idosos longevos. Os autores observaram que a manutenção das AIVD tem maior impacto sobre a percepção positiva da saúde para os idosos longevos.

Envelhecer implica em maior probabilidade de desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que podem levar ao comprometimento da capacidade de realização das tarefas cotidianas e da piora da qualidade de vida (ALMEIDA et al., 2017).

O diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) esteve associado a maior chance de independência para fazer tarefas domésticas leves e pesadas e gestão financeira do lar. Esse achado, entretanto, contradiz com a literatura (JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2017), no qual, a HAS tem sido vista como importante fator de risco para a limitação funcional.

Uma possível explicação para esse achado, diz respeito ao fato dos idosos deste estudo serem indivíduos que vivem em comunidade e que apresentam, na maioria das vezes, sua independência preservadas, mesmo na presença de doenças crônicas, como é o caso da HAS. Nesses casos, mesmo sendo hipertensos, os idosos mantêm suas atividades diárias e em alguns casos, após o diagnóstico de HAS, procuram melhorar seu desempenho funcional, desenvolvendo as atividades diárias ou praticando atividade física. Portanto, o achado deste estudo não tem relação direta com o diagnóstico de HAS e sim com o estilo de vida do idoso.

Neste estudo, a ausência de doença no coração ou de Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi associada a maior chance de independência para, no caso de ausência de doença no coração, gestão financeira do lar e, no caso de ausência de AVE, gestão financeira do lar, realizar tarefas domésticas leves e/ou pesadas e fazer pequenos reparos domésticos.

Estudo de Filho et al (2018), afirma que a contribuição das doenças crônicas, como AVE e doenças do coração, na incapacidade para tarefas diárias, pode ser explicado pelo fato de que essas doenças podem apresentar maior impacto no desempenho das atividades básicas. Segundo o autor, a hipótese é de que mecanismos biológicos ou psicossociais primários associados a essas doenças podem explicar a relação com esse nível de deficiência. Portanto, é necessário investigar a presença de doenças crônicas em idosos que desenvolvem alguma limitação para a realização de alguma atividade diária.

Ainda, quanto ao estado nutricional, foi observado que o baixo peso pode diminuir a chance de independência para gestão financeira do lar, assim como o peso adequado pode influenciar, negativamente, a independência para todas as tarefas domésticas e gestão financeira do lar.

Algumas alterações associadas ao envelhecimento são a perda de massa magra e a da função do músculo esquelético, que podem estar associados a limitação da funcionalidade física do idoso (NETA et al., 2018). Contudo, não existe relação, na literatura, entre a capacidade de

gestão financeira e baixo peso ou realização de tarefas domésticas e peso adequado. Possivelmente pode ser devido a algum fator de confundimento presente nos idosos de peso adequado que produz uma menor chance independência, mas que não foi investigado nesse estudo.

Nesse caso, é coerente pressupor que o baixo peso associado a outros fatores risco, como por exemplo, a presença de artrite ou AVE, podem limitar a independência do idoso para a realização das AIVD. Deve-se salientar a importância da preservação do estado nutricional adequado dos idosos para a manutenção da independência nas AIVD.

Uma limitação deste estudo refere-se as questões da PNS 2019 utilizadas para a investigação da independência funcional para AIVD em idosos brasileiros. As respostas “Sim” ou “Não” para cada pergunta não permitem inferir o grau de limitação funcional para cada AIVD estudada, sendo apenas possível deduzir que os idosos podem ou não apresentar limitação para AIVD, portanto, sugere-se que estudos com questões que avaliem o grau de limitação sejam realizados nesta população.

10 CONCLUSÃO

Os principais fatores que podem estar associados à independência para AIVD em idosos brasileiros são: fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor, estado civil, morar com cônjuge, saber ler e escrever, escolaridade, receber aposentadoria ou pensão e rendimentos salariais), fatores de estilo de vida (consumo de bebida alcoólica, prática de exercício físico ou esporte e tabagismo), fatores de percepção de saúde e do estado de saúde, ausência de doenças crônicas (HAS, doença do coração e AVE) e estado nutricional.

Tendo em vista o aumento crescente da população idosa e das limitações na independência que acompanham o envelhecimento, além da importância que os idosos dão a capacidade de realizar tarefas por seus próprios meios, os resultados demonstraram a presença dessas condições nos idosos e de seus fatores associados. Tais resultados geram subsídios para o direcionamento de estratégias apropriadas de prevenção e reabilitação, visando à redução das limitações para independência nas AIVD nessa população.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. S. S.; MELO, M. T. S. M.; SOUSA, R. C.; CAMPOS, C. M. F.; MENESES, A. V.; SEPÚLVEDA, L. S.; NUNES, I. F. O. C. Perdas de massa muscular e adiposa após institucionalização: atenção aos mais idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 9, n. 4, p. 150-5, 2015.
- ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015.
- ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do Idoso: revisão sistemática da literatura. **Revista ESPACIOS**, v. 38, n. 28, 2017.
- ALMEIDA, P. et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, Marília, v.18, n.1, p. 53-64, Jan./Jun., 2017.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010.
- AMARYA, S.; SINGH, K.; SABHARWAL, M. Ageing Process and Physiological Changes. **Gerontology**, 2018.
- ARAÚJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 59-66, 2007.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out-dez 2012.
- BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.
- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, jan-mar. 2015.
- BORTOLUZZI, E. C. et al. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 85-94, 2017.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. PNAD (2009), “**Primeiras análises: tendências demográficas**”, in Comunicados do IPEA, IPEA, nº 64, 13 de Outubro de 2010, disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101013_comunicadoipea64.pdf , acesso em 15 de setembro de 2020.

CANÊDO, A. C.; LOPES, C. S.; LOURENÇO, R. A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: Frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatrics & Gerontology International**, p. 1-6, 2018.

CARDOSO, E.; DIETRICH, T. P.; SOUZA, A. P. Envelhecimento da população e desigualdade. **Revista de Economia Política**, v. 41, n. 1, p. 23-43, janeiro-março/2021.

CARMO, J. F.; OLIVEIRA, E. R. A.; MORELATO, R. L. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 809-818, 2016.

CEOLIN, J.; PINHEIRO, T. L. F. Sensibilidade gustativa em idosos: uma revisão narrativa. **Pajar**, v. 5, n. 2, p. 78-84, 2017.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V.; PY, L. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

COVER, T. M.; THOMAS, J. A. **Elements of Information Theory**. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2006.

DANTAS, E. H. M.; SANTOS, C. A. S. **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017. p. 330.

DINIZ, K. M. R. et al. Avaliação da funcionalidade em idosos. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, 5 Supl, p. 91- 96, 2018.

DUARTE, Y. A. O. et al. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

DUMIC, I.; NORDIN, T.; JECMENICA, M.; LALOSEVIC, M. S.; MILOSAVLJEVIC, T.; MILOVANOVIC, T. Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age. **Canadian journal of gastroenterology and hepatology**, 2019.

DZIAK, J. J.; et al. Sensitivity and Specificity of Information Criteria. **Peer J preprints**, Corte Madera, p. 1–20, 2015.

EDJOLO, A. et al. Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. **American Journal of Epidemiology**, v. 183, n. 4, p. 277-285, 2016.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. R. B.; GUIMARÃES, M. A. M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-20, 2014.

FERRETTI, C. Alterações fisiológicas, doenças e manifestações clínicas em geriatria. São Paulo: Senac, 2019.

FERRIOLI, E. Alterações gastrintestinais do envelhecimento. In: ORIÁ, R. B.; BRITO, G. A. C. et al. (Ed.). **Sistema digestório: integração básico-clínica**. São Paulo: Edgard Blucher, 2016. p. 827-837.

FILHO, A. M. C.; MAMBRINI, J. V. M.; MALTA, D. C.; LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental

activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey (2013). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, e00204016, 2018.

FILHO, P. J. M.; LAZARETTI, L. R.; BATISTELLA, P.; TEIXEIRA, F. O. Os estados brasileiros na transição demográfica: similaridades e características discriminantes. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 10, n. 2, p. 09-24, 2017.

GERMANO, R. L. G. Envelhecimento cardiovascular. **Revista da Saúde da Aeronáutica**, v. 2, n. 1, p. 27-8, mar. 2019.

GLASSOCK, R.; DENIC, A.; RULE, A. D. Quando os rins envelhecem: um ensaio em nefrogeriatria. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 1, p. 59-64, 2017.

GONÇALVES, R. P. F. et al. Diagnóstico médico autorreferido de doença cardíaca e fatores de risco associados: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22 (SUPPL 2): E190016.SUPL.2, 2019.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Model-Building strategies and methods for logistic regression. In: HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2.ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2000. p. 91-142.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 17 jan 2021.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil (2018)**. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em 01 set. 2020.

JÚNIOR, E. B. D. S.; OLIVEIRA, L. P. A. B. D.; SILVA, R. A. R. D. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 516-524, 2017.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

KUZUYA, M. Era of geriatric medical challenges: Multimorbidity among older patients. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 19, n. 8, p. 699-704, 2019.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEÃO, R. C. H.; SILVA, V. L.; MOREIRA, R. S. Análise de Classes Latentes: um novo olhar sobre o fenômeno depressão em homens idosos no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 820-832, 2017.

LIMA, B. M.; ARAÚJO, F. A.; Scattolin, F. A. A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. v. 41, n. 3, p.168-175, 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B.; SOUZA, P. R. B.; NERI, A. L.; DUARTE, Y. A. O.; CASTRO-COSTA, E.; OLIVEIRA, C. The brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, Jan./Jun. 2018.

MASTELLA, J. O. **Análise de Classes Latentes: da Teoria à Prática**. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; PORTES, F. A.; ANDRADE, L.; CAMPOS, L. B.; GENEROSO, F. K. Feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 8, n. 2, p. 239 – 252, Ago. Set. Out. 2019.

MIKAEL, L. R. et al. Envelhecimento Vascular e Rigidez Arterial. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v.109, n. 3, p. 253-258, 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Educação a Distância. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. et al. (Ed.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008. p. 151-175.

MOREIRA, L. B.; SILVA, S. L. A.; CASTRO, A. E. F.; LIMA, S. S.; ESTEVAM, D. O.; FREITAS, F. A. S.; VIEIRA, E. L. M.; PEREIRA, D. S. Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2041-2050, 2020.

MOREIRA, R. S. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à COVID-19 no Brasil: resultados da PNAD-COVID19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1:e00238420, 2021.

NETA, R. S. O. et al. Sarcopenia, funcionalidade e estado nutricional em idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 353-362, 2018.

NEUMANN, L. T. V.; ALBERT, S. M. Aging in Brazil. **The Gerontologist**, v. 58, n. 4, p. 611-617, 2018.

NUNES, J. D.; SAES, M.O.; NUNES, B. P.; SIQUEIRA, F. C. V.; SOARES, D. C.; FASSA, M. E. G.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, abr-jun. 2017.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 69-79, jun. 2019.

OLIVEIRA, D. V. et al. Funcionalidade de idosos da comunidade praticantes de atividade física em ambientes públicos estudo transversal. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e726998045, 2020.

OLIVEIRA, T. C.; MEDEIROS, W. R.; LIMA, K. C. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 85-94, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA (OPAS). XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe, preliminar, 2002.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão, ML; Duarte, YAO (org). **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS/MS; 200

PAMPOLIM, G. et al. Prevalência e fatores associados à dependência funcional em idosos restritos ao lar. **Journal of Human Growth and Development**, v. 27, n. 2, p. 235-243, 2017.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99-108, jan-jun, 2015.

PINTO, L. F.; MEIRA, K. C.; CARVALHO, A. A. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019): resgate da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 2021.

ROCHA, J. P. et al. Relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 283-291, mai/ago., 2017.

SANTOS, A. M.; FRANCO, S.; REIS, M. A. M. Fatores associados à perda da capacidade funcional em idosos em município no sul do país. **Revista geriatria & gerontologia**, v. 8, n. 1, p. 19-26, 2014.

- SANTOS, M. I. P. O.; NEVES, E. O. S.; FEITOSA, L. S. Avaliação funcional de idosos atendidos em uma unidade de referência à saúde do idoso. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1639-44, abr., 2017.
- SILVA, V. S. T. M.; PINTO, L. F.; Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4045-4058, 2021.
- SILVA, E. P. et al. Percepções de cuidado entre casais idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e180136, 2019.
- SOUSA, F. J. D.; GONÇALVES, L. H. T.; GAMBA, M. A. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2135-44, 2018.
- STOPA, S. R. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, e2020315, 2020.
- TAVARES, J.; LOVATE, T.; ANDRADE, Í. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)**, n. 15, p. 453-479, dez. 2018.
- VELOSO, M. V. et al. Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200093, 2020.
- VICTORA, C. G; HUTTLY, S. R; FUCHS, S. C; OLINTO, M. T. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Internacional Journal of Epidemiology**, v. 6, p. 224-7, 1997.
- VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S.; TRIBESS, S.; SMITH MENEZES, A.; MENEGUCI, J.; SASAKI, J. E. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**. 2016.
- VOLLSET, S. E. et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. **Lancet**. v. 396, p. 1285-306, 2020.
- YAO, Y. et al. Prevalence of functional dependence in Chinese centenarians and its relationship with serum vitamin D status. **Clinical Interventions in Aging**, v. 13, p. 2045–2053, 2018.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



gabrielaavsilva@gmail.com
.....

[Esqueceu a](#)

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Pesquisa Nacional de Saúde 2019
 Pesquisador Responsável: EDUARDO MARQUES MACARIO
 Contato Público: EDUARDO MARQUES MACARIO
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 23/08/2019



- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
 Cidade: BRASÍLIA

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 8 - CONEP
 Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
 Telefone: (61)3315-5877
 E-mail: conep@saude.gov.br

- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA