

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

VANESSA DE BARROS E SILVA MAZER

**PREVALÊNCIA DE ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA EM PESSOAS
IDOSAS BRASILEIRAS E FATORES ASSOCIADOS**

**Recife
2023**

VANESSA DE BARROS E SILVA MAZER

**PREVALÊNCIA DE ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA EM PESSOAS
IDOSAS BRASILEIRAS E FATORES ASSOCIADOS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva
Coorientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

**Recife
2023**

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

M476f Mazer, Vanessa de Barros e Silva.

Fatores associados às atividades avançadas de vida diária em idosos brasileiros / Vanessa de Barros e Silva Mazer – 2023. 76 p.

Orientadora: Vanessa de Lima Silva

Coorientador: Rafael da Silveira Moreira

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2023.

Inclui referências.

1. Atividades cotidianas. 2. Idoso. 3. Saúde do idoso. 4. Atividades de lazer. 5. Estado funcional. Silva, Vanessa de Lima (orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 309)

VANESSA DE BARROS E SILVA MAZER

**PREVALÊNCIA DE ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA EM PESSOAS
IDOSAS BRASILEIRAS E FATORES ASSOCIADOS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERONTOLOGIA

Dissertação de mestrado apresentada ao curso
de Pós Graduação em Gerontologia, da
Universidade Federal de Pernambuco, para
obtenção do título de mestre em gerontologia

Data da aprovação: 12/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Vanessa de Lima Silva

Orientadora

Professora Doutora Maria das Graças Wanderley Sales Coriolano

Professor Doutor Kenio Costa de Lima

**Recife
2023**

Esta dissertação é dedicada com profundo carinho aos meus queridos pais, cujo presente da vida é um legado pelo qual sou eternamente grata. Seu constante apoio e amor incondicional têm iluminado meu caminho desde o primeiro dia até o momento presente. Além disso, dedico também aos meus amados avós, com destaque especial para minha querida avó Vanda. Foi através da sua inspiração e influência que encontrei a motivação para dedicar minha carreira profissional ao estudo das pessoas idosas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida e pela força que me proporcionou para concluir esta pesquisa.

Aos meus pais, Sandra e Rinaldo, expresso minha profunda gratidão pelo apoio constante, amor incondicional e cuidado dedicado ao longo desta jornada.

Ao meu esposo, Walter, meu reconhecimento pelo amor, companheirismo e paciência desde o processo de seleção do mestrado até a etapa final desta empreitada.

Ao meu irmão, Vitor, assim como à minha cunhada, Laís, e minha sobrinha, Cecília, manifesto minha sincera apreciação pelo amor e pela energia positiva compartilhados.

Estendo minha gratidão aos demais familiares, destacando minha tia, Socorrinho, e minha prima, Anna Heloisa, por sempre acreditarem em meu potencial e torcerem pelo meu sucesso.

Às minhas amigas que se tornaram irmãs durante a faculdade - Adriana, Milena, Ariadne e Camilla - expresso meu profundo agradecimento por estarem ao meu lado, oferecendo apoio e encorajamento constante, reafirmando sempre meu potencial.

À minha amiga Jéssica, por todo apoio, por sonhar junto comigo e agora podermos realizar esse sonho juntas e por muita coisa que ainda vamos vivenciar juntas.

A todos os amigos e amigas que compartilharam comigo este momento, e tantos outros, ao longo da minha jornada, a minha gratidão sincera.

À minha orientadora querida, Vanessa, meu reconhecimento por tornar esta jornada mais leve e por me ensinar, a cada encontro, o quão gratificante a pesquisa pode ser. Sua contribuição foi fundamental para a concretização deste sonho, e sempre serei grata pelo apoio e carinho que me dedicou.

Ao meu coorientador, Rafael, expresso minha apreciação pela dedicação e apoio, especialmente na análise dos dados.

Aos professores do Mestrado em Gerontologia, minha sincera gratidão pelo ensinamento e pela partilha de conhecimentos.

Às minhas colegas da PPGERO, meu agradecimento pelo companheirismo e pela valiosa troca de experiências ao longo deste período.

A todos aqueles que me incentivaram e caminharam comigo nesta jornada, meu mais sincero obrigada.

Muito obrigada.

“A liberdade, que supõe ter tempo para viver, (...) é uma civilização contra o tempo livre, que não se paga, que não se compra e que é o que nos permite viver as relações humanas, porque só o amor, a amizade, a solidariedade, e a família transcendem. Arrasamos as selvas e implantamos selvas de cimento. Enfrentamos o sedentarismo com esteiras, a insônia com remédios. E pensamos que somos felizes ao deixar o humano.”

Pepe Mujica

RESUMO

Introdução: A saúde da pessoa idosa pode ser definida atualmente como a capacidade individual de realização das aspirações e da satisfação de suas necessidades, independentemente da idade e da presença ou não de doenças. Dentro desse contexto, a avaliação da capacidade funcional, habilidade de realizar atividades de vidas diárias, é essencial para planejamento de condutas específicas para as necessidades da pessoa idosa. As Atividades Avançadas de Vida Diária são atividades mais complexas que excedem aquelas de autocuidado, sobrevivência e solução de problemas práticos, além de expor as pessoas idosas a papéis sociais mais amplos e complexos, evidenciando os mais altos níveis de funcionalidade. **Objetivo:** Identificar a prevalência de AAVD em pessoas idosas brasileiras e seus fatores associados. **Método:** Estudo do tipo transversal de base populacional com abordagem analítica através de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (2019). Foram incluídas apenas as pessoas idosas (60 anos ou mais de idade). A variável dependente foi composta pelas questões da pesquisa referentes à realização de AAVD, que foram agrupadas e categorizadas por meio da Análise de Classes Latentes (ACL). As variáveis independentes foram os fatores associados à realização de AAVD, sendo classificados em variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e relacionadas à capacidade intrínseca. A análise descritiva foi realizada através de medidas de tendência central e de dispersão, ou de frequência relativa, sendo calculado o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Em seguida, foi analisada a presença de associação entre as variáveis independentes com a variável dependente por meio do teste de Rao-Scott e realizada análise de resíduo padronizado. 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. Foram eleitas para análise múltipla as variáveis que obtiverem p valor $< 0,25$ na análise simples. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** A maioria das pessoas idosas brasileiras apresenta nível baixo de participação para as AAVD. A análise hierárquica identificou que as pessoas idosas do sexo masculino, com idades entre 60 e 69 anos, de origem étnica branca, residentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com níveis educacionais mais elevados, autoavaliação de saúde "muito boa", histórico de ausência de quedas nos últimos 12 meses, ausência de doenças do sistema circulatório e endócrino, consumo mensal de álcool, prática de atividade física regular, ingestão frequente de verduras ou legumes, consumo ocasional de alimentos doces industrializados, uso de óculos e independência no deslocamento, estavam mais propensos a participar das AAVD. **Conclusão:** Os idosos brasileiros apresentaram

uma baixa participação nas AAVD e vários fatores contribuem para essa realidade. Esses resultados reforçam a influência significativa dos fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos, ligados ao estilo de vida e à capacidade intrínseca na execução das AAVD. No âmbito mais amplo, tais descobertas podem fortalecer as políticas públicas de envelhecimento ativo e saudável.

Descritores: atividades Cotidianas; idoso; saúde do idoso; atividades de lazer; participação social; trabalho; estado funcional.

ABSTRACT

Introduction: The health of elderly people can currently be defined as the individual's ability to realize aspirations and satisfy their needs, regardless of age and the presence or absence of diseases. Within this context, the assessment of functional capacity, the ability to perform activities of daily living, is essential for planning specific behaviors for the needs of the elderly person. Advanced Activities of Daily Living are more complex activities that exceed those of self-care, survival and practical problem solving, in addition to exposing older people to broader and more complex social roles, demonstrating the highest levels of functionality. **Objective:** to identify the prevalence of AADL in Brazilian elderly people and its associated factors. **Method:** Population-based cross-sectional study with an analytical approach using secondary data from the National Health Survey (2019). Only elderly people (60 years of age or older) were included. The dependent variable was composed of the research questions regarding the performance of AADL, which were grouped and categorized using Latent Class Analysis (LCA). The independent controllers were the factors associated with the performance of AADL, being classified into demographic, socioeconomic, clinical, lifestyle-related and intrinsic capacity-related variables. The descriptive analysis was carried out using measures of central tendency and dispersion, or relative frequency, with a 95% Confidence Interval (CI) being calculated. Then, the presence of an association between the independent variables and the dependent variable was proven using the Rao-Scott test and a standardized clearance analysis was performed. The effect measures of the factors under study on the dependent variable were calculated using simple and multiple multinomial logistic regression models, based on the assumption of Victora's hierarchical approach. Variables that obtained a p value < 0.25 in the simple analysis were chosen for multiple analysis. The significance level adopted was 5%. **Results:** The majority of Brazilian elderly people have a low level of participation in AADL. The hierarchical analysis identified that elderly males, aged between 60 and 69 years, of white ethnic origin, residing in the Southeast, South and Central-West regions, with higher educational levels, self-rated health "very good", history of no falls in the last 12 months, absence of diseases of the circulatory and endocrine system, monthly alcohol consumption, regular physical activity, frequent intake of vegetables, occasional consumption of processed sweet foods, use of glasses and independence in displacement, were more likely to participate in AADL. **Conclusion:** Brazilian elderly people showed low participation in AADL and several factors contribute to this reality. These results reinforce the significant influence of

demographic, socioeconomic and clinical factors, linked to lifestyle and intrinsic capacity in performing AADL. In a broader sense, such discoveries can strengthen public policies for active and healthy aging.

Key words: activities of daily living; aged; health of the elderly; leisure activities; social participation; work; functional status.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa político do Brasil.....	26
Quadro 1 - Descrição das variáveis dependentes referentes às Atividades Avançadas de Vida Diária da Pesquisa Nacional de Saúde 2019.....	28
Figura 2 - Modelo da Análise de Classes Latentes com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde que compuseram a variável latente de realização das AAVD pelas pessoas idosas brasileiras, 2023.....	29
Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores associados à realização das Atividades Avançadas de Vida Diária.....	29
Gráfico 1 – Discriminação entre as três classes a partir da frequência de participação das pessoas idosas nas Atividades Avançadas de Vida Diária, 2023.....	34
Figura 3 - Modelo final das variáveis da regressão logística multinomial dos fatores associados à realização das Atividades Avançadas de Vida Diária das pessoas idosas brasileiras, 2023.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados de adequação e ajuste dos modelos testados para as Classes Latentes das Atividades Avançadas de Vida Diária das pessoas idosas brasileiras, 2023.....	34
Tabela 2 - Classes Latentes identificadas no modelo de análise para representar as Atividades Avançadas de Vida Diária realizadas por pessoas idosas brasileiras, 2023.....	35
Tabela 3 - Análise descritiva e analítica das Atividades Avançadas de Vida Diária segundo blocos de variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e à capacidade intrínseca, PNS, 2023.....	37
Tabela 4 - Valores de <i>odds ratio</i> ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinominal para associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e à capacidade intrínseca e as Atividades Avançadas de Vida Diária, 2023.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS - Amostragem Aleatória Simples
AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
ACL - Análise de Classes Latentes
AIC - Critério de Informação Akaike
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades de Vida Diária
BIC - Critério de Informação Bayesiano
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
LMR - Lo, Mendell, and Rubin - teste de verossimilhança
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
UPAs - Unidades Primárias de Amostragem
VLMR - Vuong, Lo, Mendell, Rubin - teste de verossimilhança

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa	18
2.2	Funcionalidade e Atividades da Vida Diária	20
2.3	Atividades Avançadas da Vida Diária	22
3	PERGUNTA CONDUTORA	25
4	HIPÓTESE	25
5	OBJETIVO	25
5.1	Objetivo Geral	25
5.2	Objetivos Específicos	25
6	MÉTODO	25
6.1	Desenho de estudo	25
6.2	Área de estudo	26
6.3	População de estudo	26
6.4	Fonte e processamento de dados	27
6.5	Considerações éticas	27
6.6	Variáveis de estudo	27
6.7	Análise de dados	32
6.7.1	Análise de Classes Latentes	32
6.7.2	Estatística descritiva e analítica	32
7	RESULTADOS	33
7.1	Descrição das Atividades Avançadas da Vida Diária	33
7.2	Caracterização da população de pessoas idosas brasileiras segundo fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos, relacionados ao estilo de vida e à capacidade intrínseca e sua associação com as AAVD	35
8	DISCUSSÃO	47

REFERÊNCIAS	65
--------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

A população de pessoas idosas vem aumentando em todo o mundo. No censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o Brasil possuía cerca de 20.588.891 pessoas idosas, totalizando 11,3% da população total brasileira (IBGE, 2012). Ao mesmo tempo em que ocorre o aumento da população de pessoas idosas, há também ganhos marcantes na expectativa de vida, de 75,7 anos em 2016 a 78,6 anos até 2030 no Brasil (FABRÍCIO et al., 2022).

O envelhecimento é um processo biológico, resultante da redução gradual nas reservas funcionais do indivíduo, inerente a todo ser humano e pode ser acelerado dependendo do estilo de vida e do surgimento de doenças crônicas (GUILBAUD; MAILLIEZ; BOULANGER, 2020). A prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem sido fortemente atribuída ao envelhecimento quando associado, principalmente, a alguns hábitos de vida como o tabagismo, o sedentarismo, o etilismo e dietas não saudáveis (GYASI; PHILLIPS, 2020; HILLARY et al., 2020).

O avanço da idade não é necessariamente uma condição associada à doença, entretanto, alguns problemas de saúde se tornam mais frequentes e contribuem para o adoecimento psicológico, físico e social, comprometendo a capacidade funcional da pessoa idosa (SILVA; SILVA; SOGAME, 2022). Envelhecer sem a presença de pelo menos uma doença crônica parece ser mais uma exceção do que uma regra. Desse modo, a saúde no idoso pode ser definida atualmente como a capacidade individual de realização das aspirações e da satisfação de suas necessidades, independentemente da idade e da presença ou não de doenças (MORAES et al., 2021).

A capacidade funcional é a habilidade de realizar as atividades para cuidar de si e viver em ambientes de forma independente, sendo constituída pela capacidade intrínseca e habilidade funcional do indivíduo. A capacidade intrínseca compreende todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar, já a habilidade funcional é a forma como o indivíduo combina a sua capacidade intrínseca e o ambiente em que ele vive (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). Mais de 142 milhões de pessoas idosas, ou 14% de todas as pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo, são atualmente incapazes de realizarem todas as suas atividades básicas de vida diária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A autonomia e a independência estão intimamente relacionadas com a capacidade funcional. A autonomia é a capacidade individual de tomada de decisão e comando sobre as próprias ações, seguindo as próprias convicções, já a independência é a capacidade de realizar

alguma ação com seus próprios meios, sem depender de outra pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a). A perda da autonomia e da independência restringe a participação social do indivíduo, gerando o declínio funcional (GUYE et al., 2020). De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e de independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica”.

A classificação da capacidade funcional da pessoa idosa sempre foi fundamental para o planejamento de recursos humanos e materiais necessários para realização de condutas específicas pertinentes às suas necessidades. O nível da capacidade funcional é avaliado por meio da análise de autonomia para realização das Atividades de Vida Diária (AVD) (AL-QAHTANI, 2020). A realização de atividades é um fator importante para a satisfação e, consequentemente, para o bem estar e a qualidade de vida dos idosos (BERTELLI-COSTA; NERI, 2021).

As AVD são divididas de acordo com nível de complexidade em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (RIBEIRO et al., 2022). As AAVD são atividades mais complexas que excedem aquelas de autocuidado, sobrevivência e solução de problemas práticos, além de expor as pessoas idosas a papéis sociais mais amplos e complexos, evidenciando os mais altos níveis de funcionalidade (VELOSO et al., 2020).

As AAVD requerem níveis mais elevados de cognição, funções físicas e sociais, e são muito mais sensíveis a sutis comprometimentos, principalmente de ordem cognitiva (SLACHEVSKY et al., 2019). Essas atividades são influenciadas por fatores culturais, motivacionais e expressam um envolvimento pessoal de satisfação durante a sua realização, além de compreender atividades como habilidades para manter o trabalho, viajar e planejar viagens, participar de grupos ou movimentos comunitários, dirigir, planejar eventos e fazer visitas (BRANDEBUSQUE et al., 2020; DE VRIENDT et al., 2021).

Normalmente, o declínio da capacidade funcional segue uma hierarquia, com início em dificuldades para realização das AAVD e AIVD, atividades mais complexas, até o comprometimento das ABVD, comprometendo o seu autocuidado (KALLIGEROU et al., 2020). Autores defendem a importância de investigações em torno das AAVD, pois déficits nesse tipo de atividade são precursores de perdas em AIVD e ABVD, e podem representar os primeiros sinais de comprometimento cognitivo leve, que é visto como uma zona de transição entre o envelhecimento saudável e uma demência leve (CORNELIS et al., 2019).

O entendimento sobre os fatores que podem influenciar as AAVD em idosos brasileiros ainda é incipiente na literatura. Levando em consideração que um forte eixo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) está relacionado à autonomia e à independência, faz-se necessária a compreensão do nível de funcionalidade dos idosos brasileiros, principalmente relacionado às AAVD. Estas atividades são fundamentais para definir o nível de capacidade funcional das pessoas idosas, pois a presença de dificuldades para sua realização, podem estar relacionadas com declínio funcional. A realização de AAVD impacta diretamente na qualidade de vida, sendo assim, torna-se importante entender quais fatores interferem na realização dessas atividades.

Dentro desse contexto, esta pesquisa possui grande relevância, pois contribui com a lacuna na exploração das AAVD dentro da literatura. Além disso, tem um grande impacto científico, pois traz um panorama da funcionalidade das pessoas idosas do Brasil antes da pandemia da COVID-19, servindo de base para comparação com pesquisas futuras.

Diante disso, o objetivo desse estudo consiste na identificação da prevalência de Atividades Avançadas da Vida Diária em pessoas idosas do Brasil e seus fatores associados através de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O embasamento teórico deste estudo está estruturado em três segmentos distintos. A primeira seção abrange o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, proporcionando uma visão panorâmica do processo de envelhecimento, tanto no contexto nacional quanto global. A segunda seção focaliza a funcionalidade e as atividades de vida diária, estabelecendo uma análise da interconexão entre esses dois conceitos fundamentais. A terceira seção, por sua vez, aprofunda-se nas AAVD, oferecendo uma explanação mais detalhada acerca desta temática.

2.1 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa

O crescimento da população idosa é um fato observado mundialmente, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, que apresentava em 2012 uma porcentagem de 11,3% de pessoas idosas e aumentou para 14,7% em 2021, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua (PNAD) (IBGE, 2021a). O aumento do número de idosos acontece devido ao processo de transição demográfica e epidemiológica que as populações vêm enfrentando (INGRAVALLO et al., 2020).

A transição demográfica ocorre devido à mudança do perfil de fecundidade, com a redução do número de filhos, e a redução da mortalidade decorrente dos avanços nas tecnologias da saúde (LENIS; MÉNDEZ, 2019). Já a transição epidemiológica trata da mudança dos padrões de doenças ao longo do tempo, passando de um padrão no qual se destacavam as enfermidades infecciosas, para um de maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, aumentando o predomínio da morbidade ao invés da mortalidade (RIBEIRO et al., 2021; MARTINS et al., 2021).

O envelhecimento populacional é uma realidade que tem grande impacto sobre o perfil epidemiológico e sobre as demandas dos serviços de saúde, pois acarreta mudanças inevitáveis, progressivas, heterogêneas, nem sempre patológicas, mediadas por fatores biopsicossociais que podem repercutir no processo de saúde doença das pessoas idosas (MAIA et al., 2020a). O avanço da idade se tornou o principal fator de risco para doenças crônicas e devastadoras de alta prevalência que interferem diretamente no desempenho funcional da população idosa (BARBOSA et al., 2022).

A existência de duas ou mais condições crônicas de saúde no mesmo indivíduo é definida como multimorbidade, atualmente considerada um complexo problema de saúde pública em nível mundial (MAKOVSKI et al., 2020). A multimorbidade em pessoas idosas ocasiona consequências negativas, do ponto de vista individual, como prejuízo na capacidade funcional e redução na qualidade de vida, e do ponto de vista coletivo, com o aumento do uso de serviços de saúde e mais custos relacionados ao cuidado (BERNARDES et al., 2021; GÓMEZ et al., 2021).

O envelhecimento da população impõe uma carga crescente de doenças, ocasionando um maior uso do sistema de saúde, gerando uma sobrecarga (CHENG et al., 2020; CRISTEA et al., 2020). No Brasil, segundo dados da PNS de 2013 e 2019 e PNAD de 2008, a prevalência de pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) aumentou significativamente entre os períodos de 2008 e 2019, influenciando o declínio funcional (SIMÕES et al., 2021).

A presença de doenças crônicas também pode ocorrer de forma simultânea. Como exemplo, um estudo brasileiro identificou, através dos dados da PNS, a prevalência de 31,3% para existência de Hipertensão e Colesterol alto, 30,9% para Hipertensão e Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 23,3% para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (ALMEIDA; COSTA, 2020).

O declínio funcional que essas doenças podem causar, influenciam a forma como as pessoas idosas são inseridas em vários cenários da sociedade, podendo reduzir a quantidade de oportunidades que surgem com o envelhecimento (VATNER et al., 2020). O aumento da

longevidade com boas condições de saúde influencia diretamente a qualidade de vida dos idosos e para isso a construção do processo de envelhecimento ativo é fundamental (PUNYAKAEW et al., 2022).

O envelhecimento ativo é um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem estar na velhice (WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE et al., 2019). Ele foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de destacar a importância da promoção da saúde, prevenção de doenças ao longo da vida e manutenção da capacidade funcional, especialmente na velhice, se configurando como um desafio para os indivíduos e a sociedade (BORELLI et al., 2019).

O termo envelhecimento ativo foi substituído por envelhecimento saudável em 2015 por meio do relatório mundial sobre envelhecimento, ressaltando a importância da manutenção da independência e autonomia na velhice (SOARES et al., 2019). Dessa forma, manter a independência funcional até o final da trajetória de vida é um dos principais objetivos e o estado funcional surge como o novo paradigma para conhecer a saúde do idoso (CHAPARRO et al., 2019).

2.2 Funcionalidade e Atividades da Vida Diária

O processo de desenvolvimento e manutenção da funcionalidade possibilita o bem estar na velhice. A funcionalidade é definida como a capacidade de realizar as atividades do dia a dia, sendo influenciada pela capacidade intrínseca do indivíduo, referentes à locomoção, cognição, sensibilidade, fatores psicológicos e vitalidade, e por fatores extrínsecos, como as características ambientais relevantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a).

À medida que as pessoas envelhecem com boa saúde e em um ambiente favorável, com suporte social, na maioria das vezes, sua capacidade de realizar as atividades diárias terá pouca limitação. Entretanto, se houver declínio na capacidade física e mental, as consequências para as pessoas idosas e para a sociedade como um todo serão negativas (FONG, 2019). Dessa forma, é importante identificar incapacidades e limitações funcionais, assim como os seus fatores associados, a fim de fornecer subsídios para prevenção e intervenção no estado funcional da pessoa idosa (IKEGAMI et al., 2020).

Conforme as pessoas envelhecem, a capacidade de realizar tarefas de seu cuidado podem diminuir e elas podem precisar de ajuda para realizá-las (JAMES et al., 2021). A dependência funcional entre pessoas idosas brasileiras varia de 13,2% a 85%, e seus principais fatores de risco são: déficit cognitivo, depressão crônica, doenças múltiplas, desnutrição, sobrepeso,

limitação em membros inferiores, estilo de vida sedentário e deficiência visual (MEUCCI et al., 2020).

Um estudo realizado no Brasil, com dados da PNS de 2013, evidenciou que 17% das pessoas idosas brasileiras apresentam limitação funcional para realização de pelo menos uma das AVD, tendo grande influência de fatores demográficos e socioeconômicos (NORONHA et al., 2021). Outro estudo, também realizado com dados da PNS, identificou que cerca de 3% e de 4%, respectivamente, das pessoas idosas brasileiras, apresentam dificuldade para realizar todas as ABVD e todas as AIVD (ZANESCO et al., 2020).

A realização de AVD é fundamental para conservação das capacidades físicas, mentais e sociais do idoso, se configurando como um poderoso parâmetro para avaliar a funcionalidade (AL-QAHTANI, 2020; TORNERO-QUIÑONES et al., 2020). A avaliação das AVD é um dos indicadores mais importantes para definir o nível de habilidade, demonstrar a eficácia de programas de reabilitação e determinar a capacidade de uma pessoa de desenvolver suas tarefas do dia a dia, sendo divididas em nível crescente de complexidade em ABVD, AIVD e AAVD (ISIK et al., 2020).

Em 1963, Katz desenvolveu uma escala capaz de avaliar o grau de dependência nas ABVD relacionadas ao autocuidado, sendo seis itens que avaliam alimentação, controle esfinteriano, transferência, higiene pessoal, capacidade de se vestir e capacidade de tomar banho (ARAÚJO et al., 2019).

Posteriormente, em 1969, Lawton e Brody sugeriram a avaliação de atividades mais complexas, denominadas de AIVD avaliando sete atividades: usar o telefone, locomoção com meios de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicação e administração das finanças (AGUIAR et al., 2019; MIKI; KAWABATA, 2020).

Em 1989, Reuben e Solomon criaram o conceito de AAVD, definidas como atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas e atividades de lazer (ASSIS et al., 2020). O comprometimento de atividades mais complexas como as AAVD e AIVD antecipam comprometimentos nas ABVD (IMAMURA et al., 2020).

Embora as AVD pareçam familiares, na literatura são tratadas de diferentes maneiras. A maior parte dos autores faz uma distinção entre as atividades básicas e as instrumentais, enquanto outros veem as AVD como um conceito único abrangente, como sinônimo de funcionalidade. A classificação que Reuben e Solomon criaram nos três níveis de AVD, incluindo as atividades avançadas, é uma tipologia valiosa, pois engloba todas as atividades que se pode realizar e permite a sua classificação de acordo com a dificuldade e complexidade (COSTENOBLE et al., 2021).

2.3 Atividades Avançadas da Vida Diária

O envolvimento em AAVD tem uma forte associação com o risco reduzido de morte e de desenvolvimento de deficiências, além de níveis mais elevados de bem estar emocional, funcionamento cognitivo e menos sintomas depressivos (DIAS et al., 2019). As AAVD envolvem de uma forma geral as atividades de lazer, de participação social e de trabalho, remunerado ou voluntário, e sofrem influência de diversos fatores (ASSIS et al., 2020).

A realização das AAVD exige o funcionamento físico, mental e social dos idosos permitindo que eles desenvolvam papéis mais complexos na sociedade através da execução de atividades principalmente fora do seu domicílio. Essas atividades contemplam habilidades para manter o trabalho remunerado e trabalho voluntário, planejar e executar viagens para fora de sua cidade, participar de grupos ou movimentos sociais e religiosos, dirigir, planejar eventos e participar de jogos (BRANDEBUSQUE et al., 2020).

Dentro do contexto de atividades de lazer, a participação em atividades culturais, artísticas e esportivas promove efeitos positivos no estado de saúde, qualidade de vida e bem-estar emocional, independentemente da idade e da presença de sintomas depressivos (COELHO et al., 2021). Em estudo realizado por Yang e colaboradores (2022) foi identificado que as pessoas idosas que praticam atividades de lazer possuem uma maior reserva cognitiva e conseguem desenvolver um melhor enriquecimento intelectual ao longo da vida.

As atividades de lazer beneficiam o sistema imunológico das pessoas idosas, além de exercerem efeitos positivos significativos sobre a felicidade, a satisfação com a vida, a depressão e a capacidade funcional (KOSE; COL; BASARAN, 2022; LI et al., 2022). Embora os efeitos da participação das pessoas idosas em atividades culturais e físicas de lazer sejam reconhecidos como positivos, sua participação permanece baixa. Isso ocorre principalmente para aqueles com baixa renda ou que vivem em comunidades menos desenvolvidas, gerando uma necessidade de criação de políticas públicas de saúde e sociais, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida para as pessoas idosas (GHENTA et al., 2022).

No tocante à participação social, a OMS reconheceu seu impacto direto na saúde e no bem-estar das pessoas idosas, e a partir desse entendimento sugeriu estratégias pra permitir que os idosos vivam de forma independente e envelheçam no seu local de escolha, interagindo com outras pessoas, através da criação das cidades e comunidades amigas da pessoa idosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). Apesar da forte associação positiva da participação social com a saúde e o bem-estar, as oportunidades tendem a diminuir com a idade, seja por uma

capacidade física diminuída, seja por contribuição de fatores externos como custo e disponibilidade de atividades sociais (RAINA et al., 2022).

Em estudo realizado por Lamar e colaboradores (2022) foi identificado que o engajamento em atividades sociais no final da vida, especialmente atividades em grupo, foi associado à redução do risco de mortalidade, independentemente da saúde. Além disso, a longo prazo, os idosos mais ativos socialmente experimentam níveis mais baixos de limitação cognitiva, tendo a participação social um efeito protetor, prevenindo ou retardando a demência entre os idosos com comprometimento cognitivo diagnosticado (KUMAR; MUHAMMAD; DWIVEDI, 2022).

O uso da internet, como meio de socialização, principalmente após a pandemia da Covid-19 mudou o estilo de vida, o comportamento e a atitude da população idosa. Essa tecnologia desempenha um papel importante no processo de ressocialização do idoso, estimulando a participação social, o que por sua vez pode contribuir com a melhoria da sua qualidade de vida (HOU; LI; WANG, 2022). Quanto maior a participação social do idoso, menor o nível de depressão e de declínio funcional, o que torna necessário a otimização ainda maior das instalações do serviço público e da criação de bons ambientes para participação social da pessoa idosa (WANG et al., 2022).

A participação social permite a criação de conexão social e emocional com outras, pessoas gerando um sentimento de pertencimento, identidade social e realização. O engajamento em um grupo social tende a potencializar as redes de apoio, criando assim um maior número de vínculos entre os participantes das mesmas comunidades. Quanto mais grupos o idoso pertencer, mais provável é que ele tenha acesso a recursos que apoiem o seu envelhecimento saudável (LIN; YAN, 2021).

No que se refere ao trabalho, os idosos podem através desta atividade, desenvolver, manter ou recuperar conhecimento especializado, social, emocional ou comportamental, adquirir habilidades que podem auxiliar em suas necessidades básicas, construir e manter relacionamentos, aprender, crescer e tomar decisões, além de contribuir para a sociedade e melhorar a sua capacidade funcional (ZACHER et al., 2021). Portanto, a atividade profissional na velhice continua sendo um fator de inclusão social, pois proporciona não só um meio de subsistência, mas também uma fonte de identidade social (CARLSTEDT et al., 2022).

Pessoas idosas que realizam alguma atividade laboral são mentalmente e fisicamente mais saudáveis e apresentam um menor risco de mortalidade, independentemente de suas condições de saúde (YIN et al., 2021). Estudos mostram que o desempenho ocupacional proporciona uma

reserva cognitiva que protege os idosos contra o desenvolvimento de demência, além de melhorar sua saúde física e prevenir seu declínio funcional (NILSEN et al., 2021; ROTE; ANGEL, 2020)

Entretanto, o trabalho para as pessoas idosas é marcado por desigualdades. A maioria dos idosos trabalham na informalidade devido à distribuição desigual dos benefícios previdenciários, e às influências do nível educacional, nível de qualificação e de treinamento ao longo da vida (FERNANDES; QUEIROZ, 2022).

O emprego autônomo na população idosa promove, além dos benefícios para sua saúde de forma geral, uma maior segurança financeira pois oferece aos trabalhadores idosos oportunidades adicionais, com maior independência e flexibilidade nas horas trabalhadas (AXELRAD, 2021). Portanto, sendo o trabalho das pessoas idosas uma realidade no Brasil, torna-se inevitável a criação de estratégias que possibilitem condições adequadas de trabalho, de permanência ou de retorno para esse tipo de atividade.

Por se tratarem de atividades mais complexas as AAVD sofrem influência de indicadores como o nível socioeconômico. Veloso e colaboradores (2020) mostraram que desigualdades demográficas, socioeconômicas e de acesso a plano privado de saúde influenciam na prevalência de abandono das AAVD. Esses achados ressaltam a importância da garantia dos idosos brasileiros a programas e benefícios de proteção social, bem como a criação de políticas públicas de saúde voltadas para promoção, prevenção de doenças e agravos, e de cobertura assistencial de qualidade para reduzir os efeitos de dependência funcional (VELOSO et al., 2020).

Além de fatores extrínsecos, a realização das AAVD está relacionada principalmente a fatores intrínsecos das pessoas idosas, como a cognição, que é fundamental para sua realização. As AAVD dependem fortemente da capacidade de memória e de raciocínio complexo. Sendo assim, idosos ao começarem a apresentar algum comprometimento cognitivo logo manifestam alterações na realização das AAVD, como a necessidade de mais tempo para executar a tarefa e, o desempenho menos frequente e eficiente, cometendo erros e utilizando estratégias compensatórias (CORNELIS et al., 2019).

Como a realização das AAVD é uma tarefa complexa e requer organização neuropsicológica excessiva, elas se mostram úteis na avaliação de declínios funcionais e cognitivos. Dessa forma, a investigação a respeito do desempenho dos idosos nas AAVD é crucial para obter um diagnóstico preciso, avaliar a gravidade de distúrbios, monitorar a progressão de doenças ao longo do tempo e garantir níveis adequados de suporte à medida que fornece

informações para discernir a transição da independência funcional para a dependência (DE VRIENDT et al., 2021).

3 PERGUNTA CONDUTORA

Quais são os fatores associados às Atividades Avançadas de Vida Diária de pessoas idosas brasileiras?

4 HIPÓTESE

As variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e relacionadas à capacidade intrínseca apresentam associação com as atividades avançadas da vida diária das pessoas idosas do Brasil.

5 OBJETIVO

5.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência de Atividades Avançadas da Vida Diária em pessoas idosas do Brasil e seus fatores associados.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico, relacionado ao estilo de vida e relacionado à capacidade intrínseca na população de estudo;
- b) Caracterizar as Atividades Avançadas da Vida Diária na população de estudo;
- c) Analisar a associação entre os fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos, relacionadas ao estilo de vida e relacionadas à capacidade intrínseca e às Atividades Avançadas da Vida Diária das pessoas idosas brasileiras.

6 MÉTODO

6.1 Desenho de estudo

Foi realizado um estudo do tipo transversal de base populacional com abordagem analítica através de dados secundários. O estudo seccional é um tipo de estudo epidemiológico que traz como principal característica a coleta de informações de uma determinada população em um único momento (MEDRONHO, 2009). O estudo utilizará o banco de dados secundários da PNS de 2019.

6.4 Fonte e processamento de dados

O banco de dados da PNS-IBGE é público, está disponível no site do IBGE (<http://www.ibge.gov.br>) e foi salvo e organizado no programa IBM SPSS Statistics, versão 20, para análise dos dados.

A PNS é uma pesquisa que coletou informações a respeito da saúde em três aspectos: o desempenho do sistema nacional de saúde, as condições de saúde da população brasileira e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados (IBGE, 2021b).

6.5 Considerações éticas

O projeto de pesquisa desta dissertação dispensou submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa uma vez que é subsidiada por dados secundários de domínio público. O projeto da PNS 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em agosto de 2019 sob o número nº3.529.376 e obedeceu à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos sujeitos de pesquisa sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

6.6 Variáveis de estudo

A variável dependente deste estudo corresponde às Atividades Avançadas de Vida Diária. Apesar de sua importância, não existem escalas validadas para avaliação das AAVD, sendo utilizado para o presente estudo um material que aborda essa temática encontrado em uma pesquisa realizada pelo estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) (DIAS et al., 2019).

O estudo FIBRA desenvolveu uma lista de AAVD baseada em atividades de âmbito social, produtivo e de lazer que engloba as seguintes atividades: fazer e receber visitas, ir à igreja ou atividades sociais ligadas à religião, participar de reuniões sociais, festas e eventos culturais, dirigir automóvel, fazer viagens para fora da cidade ou país, fazer trabalho voluntário, fazer trabalho remunerado, participar de conselhos de associações, sindicatos, universidade da terceira idade e de centro e ou grupo de convivência para idosos (OLIVEIRA, 2020).

As variáveis relacionadas às AAVD foram selecionadas no banco de dados da PNS a partir dos itens da lista de AAVD do protocolo FIBRA, sendo encontradas seis variáveis (Quadro 1).

Quadro 1 - Descrição das variáveis dependentes referentes às Atividades Avançadas de Vida Diária da Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

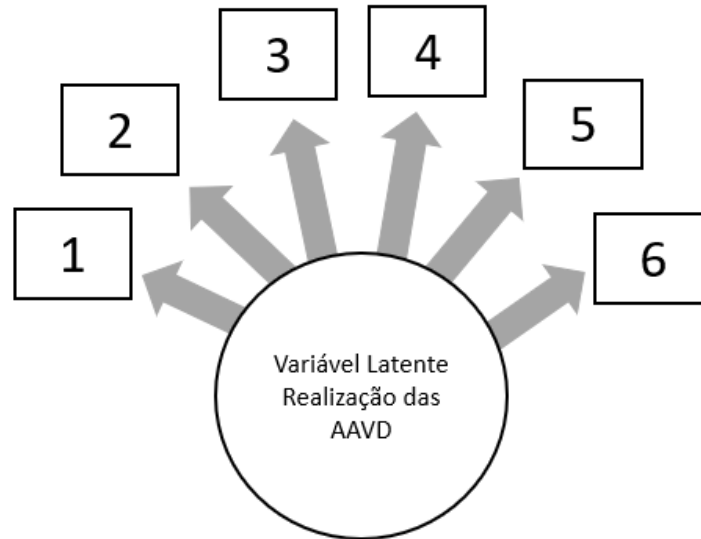
Variável	Pergunta da PNS	Categorização	Código PNS
Participação em atividades coletivas de religião	Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) compareceu a atividades coletivas da sua religião ou de outra religião? (Sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro)	1.Uma ou mais vezes no ano 2.Nenhuma vez	M01901
Participação em reuniões sociais para atividades físicas, recreativas ou artísticas.	Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) se reuniu com outras pessoas para prática de atividades esportivas, exercícios físicos, recreativos ou artísticos?	1.Uma ou mais vezes no ano 2.Nenhuma vez	M01601
Condução de automóvel	Atualmente, o(a) Sr(a) dirige automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)?	1.Sim 2.Não	O00101
Trabalho voluntário	Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) senhor(a) fez trabalho voluntário não remunerado?	1.Uma ou mais vezes no ano 2.Nenhuma vez	M01801
Trabalho remunerado	Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?	1.Sim 2.Não	E001
Participação de associações ou movimentos sociais	Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) participou de reuniões de grupos como associações de moradores ou funcionários, movimentos sociais/ comunitários, centros acadêmicos ou similares?	1.Uma ou mais vezes no ano 2.Nenhuma vez	M01701

Considerando que o fenômeno das AAVD não possui uma escala validada para mensurar seus resultados, e que no questionário da PNS existem seis questões referentes às AAVD, a análise foi realizada por meio do método estatístico de Análise de Classes Latentes (ACL).

A ACL é uma forma estatística de analisar variáveis com características semelhantes por meio de combinações finitas que fornecem informações dessas variáveis de forma agrupada

(NALDI; CAZZANIGA, 2020) . Dessa forma, as seis variáveis referentes ao desfecho AAVD foram agrupadas para formar uma variável latente de realização das AAVD (Figura 2).

Figura 2 - Modelo da Análise de Classes Latentes com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde que compuseram a variável latente de realização das AAVD pelas pessoas idosas brasileiras, 2023.



Legenda: ABVD Atividades Avançadas de Vida Diária.
Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis independentes foram classificadas como variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e relacionadas à capacidade intrínseca (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores associados à realização das Atividades Avançadas de Vida Diária.

Variável	Questão PNS	Categorização	Código PNS
Variáveis demográficas			
Sexo	Sexo	1.Homem 2.Mulher	C006
Idade	Idade	1. 60 a 69 anos 2. 70 a 79 anos 3. 80 anos ou +	C008
Raça/cor	Cor ou raça	1.Branca 2.Negro 3.Amarela/indígena	C009
Estado Civil	Qual é o estado civil de ____?	1.Casado(a) 2.Divorciado(a) 3.Viúvo(a) 4.Solteiro(a)	C011
Regiões	Identificação do questionário	1. Norte 2. Nordeste	V001

		3. Sudeste 4. Sul 5. Centro-Oeste	
Variáveis socioeconômicas			
Escolaridade	Qual foi o curso mais elevado que ____ frequentou?	1. Sem Instrução 2. Alfabetizado 3. Ensino Fundamental 4. Ensino Médio 5. Ensino Superior	D00901
Local de moradia	Este domicílio é do tipo:	1.Casa 2.Apartamento 3.Habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça de porco	A001
Variáveis clínicas			
Autoavaliação da saúde segundo a OMS	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?	1.Muito boa 2.Boa 3.Regular 4.Ruim 5.Muito ruim	N00101
Quedas	Nos últimos doze meses, ____ teve alguma queda?	1.Sim 2.Não	K05401
Depressão	Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?	1.Sim 2.Não	Q092
Câncer	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de câncer?	1.Sim 2.Não	Q120
Doença renal crônica	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica?	1.Sim 2.Não	Q124
Doenças do Sistema Circulatório			
Hipertensão	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	1.Sim 2.Não	Q00201
Doença cardíaca	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?	1.Sim 2.Não	Q06306
AVC	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame?	1.Sim 2.Não	Q068
Doenças do Sistema Endócrino			
Diabetes	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	1.Sim 2.Não	Q03001
Hipercolesterolemia	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto?	1.Sim 2.Não	Q060
Doenças do Sistema Respiratório			
Asma	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)?	1.Sim 2.Não	Q074
Doenças pulmonares	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma outra doença crônica no	1.Sim 2.Não	Q11604

	pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)?		
Doenças do Sistema Osteomuscular			
Artrite ou reumatismo	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo?	1.Sim 2.Não	Q079
Dor crônica	O(a) Sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	1.Sim 2.Não	Q084
Variáveis relacionadas ao estilo de vida			
Consumo de álcool	Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1.Não bebo nunca 2.Menos de uma vez por mês 3.Uma vez ou mais por mês	P027
Atividade física	Nos últimos doze meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?	1. Sim 2. Não	P034
Uso de tabaco	Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco?	1.Sim, diariamente 2.Sim, menos que diariamente 3.Não fumo atualmente	P050
Consumo de verduras ou legumes	Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha?	1. Nunca 2. 1 a 3 vezes por semana 3. 4 a 7 vezes por semana	P00901
Consumo de frutas	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?	1. Nunca 2. 1 a 3 vezes por semana 3. 4 a 7 vezes por semana	P018
Consumo de refrigerantes	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante?	1. Nunca 2. 1 a 3 vezes por semana 3. 4 a 7 vezes por semana	P02002
Consumo de alimentos doces industrializados	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces como biscoito/bolacha recheado, chocolate, gelatina, balas e outros?	1. Nunca 2. 1 a 3 vezes por semana 3. 4 a 7 vezes por semana	P02501
Variáveis relacionadas à capacidade intrínseca			
Variável	Questão PNS	Categorização	Código PNS
Visão	Usa óculos ou outro aparelho de auxílio para lidar com problemas de visão?	1.Sim 2.Não	G033
Audição	Usa aparelho auditivo ou outro aparelho de auxílio para ouvir melhor?	1.Sim 2.Não	G048

Locomoção	Usa algum aparelho de auxílio para se locomover?	1.Sim 2.Não	G059
-----------	--	----------------	------

6.7 Análise de dados

6.7.1 Análise de Classes Latentes

Para avaliar o modelo de classes latentes foi utilizado o programa estatístico Mplus 8. Na análise foi identificado a quantidade de classes que melhor definem o objeto de estudo, levando em consideração alguns critérios estatísticos. 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, and Rubin - teste de verossimilhança (LMR) serão utilizados considerando os valores de $p < 0,05$ estatisticamente significantes.

Para este estudo foram testados cinco modelos, com duas, três, quatro, cinco e seis classes latentes, com o objetivo de identificar a quantidade de classes que melhor representa o objeto de estudo de acordo com os critérios citados acima.

6.7.2 Estatística descritiva e analítica

Os dados foram analisados por meio do programa IBM SPSS Statistics, versão 20, 2011 em seu módulo de amostras complexas. Todas as análises foram realizadas considerando os pesos e estratos amostrais contidos no banco de dados da PNS. Inicialmente, as variáveis foram submetidas a uma análise para avaliar a quantidade de categorias que possuíam. Aquelas com mais de cinco categorias foram posteriormente reorganizadas em novas categorias.

A análise descritiva foi realizada através de frequência absoluta e relativa, sendo calculado o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Em seguida, foi analisado a presença de associação entre

as variáveis independentes com a variável dependente (categorizada por meio da ACL) por meio do teste de Rao-Scott utilizado em amostras complexas, que equivale ao teste qui-quadrado e análise de resíduo padronizado. O nível de significância adotado foi de 5%.

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), no qual é proposto que as análises sejam realizadas por níveis.

Para estratificar os níveis da hierarquização foi utilizado como base o modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de Dahlgren e Whitehead, de 1991, que divide os DSS em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, sendo a camada mais próxima relacionada a fatores individuais dos sujeitos até uma camada distal na qual se situam os macrodeterminantes (CNDSS,2008). Foram eleitas para análise múltipla as variáveis que obtiverem p valor $< 0,25$ na análise simples.

No nível mais distal foram utilizadas as variáveis: escolaridade, local de moradia e regiões. No nível intermediário as variáveis foram relacionadas ao estilo de vida: consumo de álcool, atividade física, uso de tabaco atualmente, consumo de verdura ou legume, consumo de frutas, consumo de refrigerante e consumo de doces industrializados. Já o nível proximal, foram utilizadas: faixa etária, sexo, raça/cor, uso de óculos, uso de aparelho auditivo, uso de aparelho para se locomover, autoavaliação de saúde segundo a OMS, depressão, câncer, doença renal crônica, doenças do sistema circulatório, doenças do sistema endócrino, doenças do sistema respiratório, doenças do sistema osteomuscular, queda nos últimos 12 meses e estado civil.

7 RESULTADOS

7.1 Descrição das Atividades Avançadas da Vida Diária

As Atividades Avançadas de Vida Diária foram caracterizadas a partir da análise de ACL. Foram testados cinco modelos a fim de determinar a quantidade ideal de classes que estatisticamente representaria as AAVD. O modelo que estabeleceu três classes latentes demonstrou melhor desempenho em termos de entropia, critérios de ajuste e progressão do modelo de testagem (Tabela 1). Vale ressaltar que quanto mais próximo de 1 a entropia estiver,

quanto menor estiverem os valores de AIC, BIC e BIC ajustado, e os valores de $p < 0,05$, mais adequado estará o modelo.

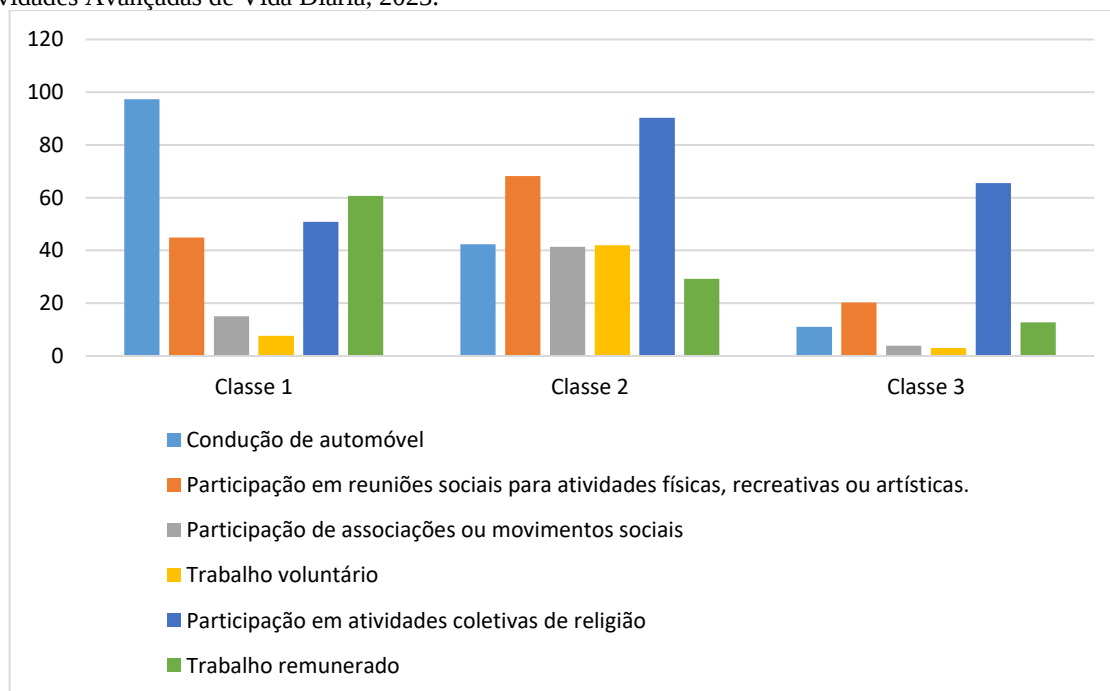
Tabela 1- Resultados de adequação e ajuste dos modelos testados para as Classes Latentes das Atividades Avançadas de Vida Diária das pessoas idosas brasileiras, 2023.

Critérios Estatísticos	Número de Classes				
	2	3	4	5	6
AIC	139.420.882	138.443.956	138.071.430	137.961.970	137.910.031
BIC	139.525.290	138.604.583	138.288.277	138.235.036	138.239.317
BIC ajustado	139.483.976	138.541.024	138.202.472	138.126.985	138.109.020
Entropia	0.496	0.623	0.471	0.524	0.550
LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin	p=0.0000	p=0.0144	p=0.1962	p=0.1324	p=0.6941
LRT Lo-Mendell-Rubin	p=0.0000	p=0.0152	p=0.2007	p=0.1339	p=0.6958

Legenda: AIC= Critério de Informação de Akaike; BIC= Critério de Informação Bayseano; LRT= Teste de Verossimilhança
Fonte: Elaborado pela autora

Observou-se que o modelo com duas classes apresentou o menor valor de p e os modelos com quatro, cinco e seis classes apresentaram os melhores valores de AIC, BIC e BIC ajustado, no entanto o modelo com três classes foi selecionado por apresentar o melhor valor de entropia. O gráfico 1 apresenta a diferença entre as três classes baseada na frequência de participação dos idosos nas AAVD.

Gráfico 1 – Discriminação entre as três classes a partir da frequência de participação das pessoas idosas nas Atividades Avançadas de Vida Diária, 2023.



Fonte: elaborado pela autora

A análise revelou padrões distintos de engajamento em AAVD entre as três classes identificadas. A classe 1 demonstrou uma frequência significativamente maior em atividades como condução de automóveis e trabalho remunerado. Já a classe 2 exibiu uma distribuição mais uniforme de participação nas AAVD. Por outro lado, a classe 3 destacou-se nas atividades religiosas, embora as outras atividades tenham demonstrado níveis mais baixos de engajamento.

Levando em consideração a definição adotada por esta pesquisa para as AAVD, e a complexidade das atividades desempenhadas, as nomenclaturas a seguir foram atribuídas: classe 1 representa o nível alto de participação em AAVD, classe 2 corresponde ao nível intermediário de participação em AAVD, e classe 3 caracteriza o nível baixo de participação em AAVD.

A Tabela 2 ilustra as três classes latentes, incluindo suas respectivas frequências e IC de 95%. Vale ressaltar que a maioria das pessoas idosas no contexto brasileiro apresentaram um nível de participação considerado baixo nas AAVD, totalizando uma proporção significativa de 73,1%. Além disso, 18,1% apresentaram nível intermediário e 8,9% nível alto de participação nas AAVD. Esse achado reforça a importância de compreender as nuances do engajamento dos idosos nessas atividades.

Tabela 2 - Classes Latentes identificadas no modelo de análise para representar as Atividades Avançadas de Vida Diária realizadas por pessoas idosas brasileiras, 2023.

Classe latente	Nome da classe	Frequência (%)	IC (95%) inferior	IC (95%) superior
1	Nível alto de participação em AAVD	8,9	8,5	9,2
2	Nível intermediário de participação em AAVD	18,1	17,6	18,5
3	Nível baixo de participação em AAVD	73,1	72,5	73,7

Legenda: IC95% = Intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaborado pela autora

7.2 Caracterização da população de pessoas idosas brasileiras segundo fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos, relacionados ao estilo de vida e à capacidade intrínseca e sua associação com as AAVD

Dos 43.554 idosos do banco de dados da PNS, somente 22.728 responderam ao questionário do morador, sendo estes os que foram incluídos nesta pesquisa. As frequências das variáveis independentes estão demonstradas na tabela 3. A maior concentração de pessoas idosas foi da região nordeste (34%) seguida da região sudeste (25,6 %), região norte (15,3 %), região sul (14,6%) e região centro-oeste (10,4%). A faixa etária predominante dos idosos foi de 60 a 69 anos (55,2%), seguida por 70 a 79 anos (31,5 %) e 80 anos ou mais (13,3 %).

A distribuição de gênero demonstrou que 55,2 % eram do gênero feminino. Quanto ao estado civil, 43,8% eram casados. No contexto habitacional, a maioria das pessoas idosas (83,3%) residia em casa e 11,5 % em apartamento. Em relação à escolaridade, 48,9% possuíam ensino fundamental completo. No que diz respeito à autodeclaração racial, 44% dos idosos se identificaram como pardos e 43,6% como brancos.

Quanto à capacidade intrínseca dos idosos, 69,9% relataram o uso de óculos, 97,2 % não faziam uso de aparelho auditivo, 93,8% não necessitavam de aparelho para se locomover e 51,4% avaliaram sua saúde como boa, de acordo com a autoavaliação baseada nos critérios da OMS.

No que tange à presença de doenças, 10,4% relataram sofrer de depressão, 6,2% apresentavam histórico de câncer e 2,3% possuíam doença renal crônica. Identificou-se que 46,8% apresentavam uma doença do sistema circulatório e 36,5% pelo menos uma doença do sistema endócrino. Ainda em relação a presença de doenças, 6,2% possuíam ao menos uma doença do sistema respiratório e 37,7% pelo menos uma doença do sistema osteomuscular. Um percentual de 83,6% das pessoas idosas relatou não ter sofrido queda nos últimos 12 meses.

No que concerne ao estilo de vida, a maioria (75,2%) nunca consumia álcool, 70,9 % não praticavam atividade física, 88,2 % eram não fumantes, 64% consumiam verdura ou legume de 4 a 7 vezes por semana, e 63,4% consumiam frutas com a mesma frequência. Grande parte das pessoas idosas (72,4 %) nunca consumiam refrigerante e 58,2% nunca comiam doces industrializados.

Os fatores associados foram identificados em dois momentos sequenciais. Inicialmente, empregou-se uma abordagem de análise simples, utilizando o teste de Rao-Scott e análise de resíduo padronizado. Posteriormente, a análise multivariada através de regressão logística multinomial levando em consideração a abordagem hierarquizada de Victora.

A análise bivariada (Tabela 3) da associação entre variáveis demográficas e AAVD demonstrou associação significativa entre o gênero e a realização das AAVD. Os homens estavam predominantemente concentrados nos níveis alto e intermediário de participação nas AAVD, enquanto as mulheres tendiam a predominar no nível baixo de participação.

No que diz respeito à idade, também se evidenciou uma relação, com uma maior concentração de pessoas idosas entre 60 e 69 anos nos níveis alto e intermediário de participação. Por outro lado, nas faixas etárias de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais, notou-se uma maior predominância no nível baixo de participação.

A variável raça/cor também demonstrou associação com a participação em AAVD. Verificou-se um excedente de pessoas idosas da cor branca nos níveis alto e intermediário de participação, enquanto a população negra tendeu a se concentrar no nível baixo de engajamento nas AAVD.

Tabela 3 - Análise descritiva e analítica das Atividades Avançadas de Vida Diária segundo blocos de variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e à capacidade intrínseca, PNS, 2023.

Variável	Nível			Valor de p	Total %
	Nível alto de participação em AAVD	intermediário de participação em AAVD % (IC95%)	Nível baixo de participação em AAVD		
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)		
Variáveis demográficas					
Sexo				<0,001*	
Homem	82 (79 - 84,6) ^a	49,9 (47,6 - 52,1) ^a	37,6 (36,4 - 38,8)		44,8
Mulher	18 (15,4 - 21)	50,1 (47,9 - 52,4)	62,4 (61,2 - 63,6) ^a		55,2
Idade				<0,001*	
60 a 69 anos	75 (72 - 77,8) ^a	66,7 (64,4 - 68,9) ^a	48,7 (87,5 - 49,9)		55,2
70 a 79 anos	21,4 (18,7 - 24,3)	26,9 (24,9 - 29,1)	33,6 (32,5 - 34,7) ^a		31,5
80 anos ou +	3,6 (2,1 - 5,1)	6,4 (5,4 - 7,5)	17,7 (16,7 - 18,7) ^a		13,3
Raça/cor				<0,001*	
Branco	68 (64,7 - 71,3) ^a	60,4 (58 - 62,6) ^a	47,5 (46,2 - 48,8)		43,6
Negro	29,2 (26,3 - 32,4)	38 (35,8 - 40,3)	50,7 (49,4 - 52) ^a		54,8
Amarelo/indígena	2,7 (1,7 - 4,1)	1,7 (1,1 - 2,5)	1,8 (1,5 - 2,2)		1,6
Estado civil				<0,001*	
Casado(a)	59,7 (55,6 - 63,6) ^a	52,4 (50,1 - 54,7) ^a	38,6 (37,5 - 39,8)		43,8
Divorciado(a)	17,8 (14,6 - 21,5) ^a	12,6 (11,2 - 14,2)	10,3 (9,6 - 11,1)		10,9
Viúvo(a)	9,8 (8 - 12,1)	21,6 (19,7 - 23,6)	33 (31,8 - 34,1) ^a		26,8
Solteiro(a)	12,7 (10,7 - 15)	13,4 (11,9 - 14,9)	18,1 (17,1 - 19) ^a		18,5
Regiões				<0,001*	
Norte	3,1 (2,6 - 3,8)	4,1 (3,7 - 4,7)	5,7 (5,4 - 6) ^a		15,3
Nordeste	13,6 (11,7 - 15,7)	16,6 (15,2 - 18,2)	27,6 (26,7 - 28,6) ^a		34
Sudeste	56,6 (53,1 - 60,1)	47,2 (44,7 - 49,7) ^a	46,6 (45,4 - 47,9)		25,6
Sul	19,7 (17,4 - 22,2) ^a	25,1 (23,2 - 27,1) ^a	14,4 (13,7 - 15,2)		14,6
Centro-Oeste	7 (6 - 8,2)	7 (6,1 - 7,9)	5,6 (5,3 - 6)		10,4
Variáveis Socioeconômicas					
Escolaridade				<0,001*	
Sem instrução	0,2 (0,0 - 0,7)	0,1 (0,0 - 0,2)	0,6 (0,5 - 0,8) ^a		0,6
Alfabetizado	0,9 (0,5 - 1,6)	2,8 (2,2 - 3,7)	6,6 (6 - 7,2) ^a		6,1

Ensino Fundamental	42,8 (39,4 - 46,2)	43,8 (41,1 - 46,4)	68,1 (66,8 - 69,4) ^a	48,9
Ensino Médio	24,7 (21,8 - 28) ^a	23,6 (21,5 - 25,7) ^a	16,5 (15,5 - 17,5)	15,7
Ensino superior	31,4 (27,9 - 35,1) ^a	29,8 (27,3 - 32,3) ^a	8,2 (7,4 - 9)	11,8
Local de moradia				<0,001*
Casa	77,4 (73,2 - 81,1)	78,7 (76,3 - 80,9)	90,5 (89,6 - 91,4) ^a	88,3
Apartamento	22,5 (18,8 - 26,7) ^a	22,2 (19 - 23,6) ^a	9,4 (8,5 - 10,3)	11,5
Habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça de porco	0,1 (0,0 - 0,2)	0,1 (0,0 - 0,3)	0,1 (0,0 - 0,1)	0,2
Variáveis Clínicas				
Auto avaliação da saúde segundo a OMS				<0,001*
Muito boa	18,4 (15,8 - 21,2) ^a	19,6 (17,7 - 21,6) ^a	8,4 (7,7 - 9,2)	10,3
Boa	60,3 (56,6 - 64) ^a	58 (55,7 - 60,2) ^a	48,4 (47,2 - 49,6)	51,4
Regular	19,1 (16,6 - 21,9)	19,8 (18,1 - 21,7)	34,3 (33,1 - 35,6) ^a	30,9
Ruim	2,1 (1,2 - 3,5)	2,4 (1,8 - 3,2)	6,9 (6,3 - 7,5) ^a	6,1
Muito ruim	0,1 (0,0 - 0,7)	0,3 (0,1 - 0,6)	2 (1,7 - 2,4) ^a	1,3
Quedas				<0,001*
Sim	7,3 (5,8 - 9,1)	12,1 (10,8 - 13,6)	18,4 (17,5 - 19,4) ^a	16,4
Não	92,7 (90,9 - 94,2) ^a	87,9 (86,4 - 89,2) ^a	81,6 (80,6 - 82,5)	83,6
Depressão				0,011
Sim	8,5 (6,4 - 11,1)	12,1 (10,7 - 13,6)	12,5 (11,7 - 13,3) ^a	10,4
Não	91,5 (88,9 - 93,6) ^a	87,9 (86,4 - 89,3)	87,5 (86,7 - 88,3)	89,6
Câncer				0,21
Sim	6,6 (4,8 - 9,1)	8,8 (7,5 - 10,2) ^a	6,6 (6 - 7,2)	6,2
Não	93,4 (90,9 - 95,2)	91,2 (89,8 - 92,5)	93,4 (92,8 - 94) ^a	93,8
Doença renal crônica				0,23
Sim	1,2 (0,8 - 2)	2,9 (2,2 - 3,9) ^a	2,4 (2,1 - 2,8)	2,3
Não	98,8 (98 - 99,2) ^a	97,1 (96,1 - 97,8)	97,6 (97,2 - 97,9)	97,7
Doenças do sistema circulatório				<0,001*
Nenhuma doença	51,1 (47,9 - 54,3) ^a	45,7 (43,2 - 48,2) ^a	36,1 (35 - 37,3)	40,5
1 doença	40,9 (37,7 - 44,1)	44,6 (42,2 - 47)	49,3 (48,1 - 50,5) ^a	46,8
2 ou 3 doenças	8,1 (6,3 - 10,2)	9,7 (8,4 - 11,2)	14,5 (13,7 - 15,4) ^a	12
Doenças do sistema endócrino				<0,001*
Nenhuma doença	67,5 (64,2 - 70,7) ^a	60,4 (57,9 - 62,9)	58,9 (57,7 - 60,2)	59,4
1 doença	26,7 (23,8 - 29,8)	33,7 (31,3 - 36,1) ^a	31,5 (30,4 - 32,7)	28,4
2 doenças	5,8 (4,4 - 7,6)	5,9 (5 - 7,1)	9,5 (8,9 - 10,3) ^a	8,1
Doenças do sistema respiratório				0,135
Nenhuma doença	94,4 (92,7 - 95,8)	93,8 (92,7 - 94,8)	92,8 (92,1 - 93,5)	93,9
1 doença	5,1 (3,8 - 6,8)	5,3 (4,4 - 6,3)	6,1 (5,5 - 6,9) ^a	5,4
2 doenças	0,4 (0,2 - 1)	0,9 (0,6 - 1,4)	1 (0,8 - 1,3) ^a	0,8
Doenças do sistema osteomuscular				<0,001*
Nenhuma doença	71,4 (67,6 - 74,9) ^a	61,2 (58,9 - 63,5)	59,5 (58,2 - 60,7)	62,3
1 doença	24,6 (21,5 - 28)	30,8 (28,7 - 33)	29,4 (28,2 - 30,5)	28,5
2 doenças	4 (2,8 - 5,6)	8 (6,9 - 9,3)	11,2 (10,4 - 12) ^a	9,2

Variáveis relacionadas ao estilo de vida				
Consumo de álcool				<0,001*
Não bebo nunca	42,2 (38,5 - 46)	58,2 (55,9 - 60,6)	80,4 (79,3 - 81,4) ^a	75,2
Menos de uma vez por mês	10,1 (8,4 - 12,2) ^a	11,2 (9,9 - 12,7) ^a	7 (6,4 - 7,7)	8,3
Uma vez ou mais por mês	47,7 (43,7 - 51,7) ^a	30,6 (28,4 - 32,8) ^a	12,6 (11,8 - 13,5)	16,5
Atividade física				<0,001*
Sim	42,9 (39,5 - 46,4) ^a	59 (56,7 - 61,4) ^a	22,1 (21,2 - 23,1)	29,1
Não	57,1 (53,6 - 60,5)	41 (38,6 - 43,3)	77,9 (76,9 - 78,8) ^a	70,9
Uso de tabaco				<0,001*
Sim, diariamente	14,6 (11,9 - 17,9) ^a	8,3 (7,1 - 9,6)	11,6 (10,9 - 12,4)	11,1
Sim, menos que diariamente	0,3 (0,1 - 0,7)	0,4 (0,2 - 0,8)	0,7 (0,5 - 1) ^a	0,7
Não fumo atualmente	85,1 (81,9 - 87,8)	91,3 (90 - 92,5) ^a	87,7 (86,8 - 88,4)	88,2
Consumo de verduras ou legumes				<0,001*
Nunca	3 (2,1 - 4,2)	2,4 (1,7 - 3,2)	6,7 (6,2 - 7,2) ^a	7,6
1 a 3 vezes por semana	20,2 (17,7 - 22,9)	19,2 (17,3 - 21,1)	26,7 (25,6 - 27,8) ^a	28,4
4 a 7 vezes por semana	76,8 (74 - 79,5) ^a	78,5 (76,4 - 80,4) ^a	66,6 (65,5 - 67,7)	64
Consumo de frutas				<0,001*
Nunca	7,8 (5,9 - 10,2)	4,7 (3,9 - 5,8)	7,9 (7,3 - 8,6) ^a	7,9
1 a 3 vezes por semana	23,6 (20,8 - 26,7)	20,2 (18,2 - 22,3)	28,7 (27,6 - 29,8) ^a	28,8
4 a 7 vezes por semana	68,6 (65,2 - 71,8) ^a	75,1 (72,8 - 77,2)	63,4 (62,2 - 64,5)	63,4
Consumo de refrigerantes				<0,001*
Nunca	62,1 (58,8 - 65,4)	69,5 (67,2 - 71,7)	70,3 (69,1 - 71,5) ^a	72,4
1 a 3 vezes por semana	28,5 (25,5 - 31,6) ^a	24,4 (22,4 - 26,5)	23,6 (22,5 - 24,7)	22,4
4 a 7 vezes por semana	9,4 (7,6 - 11,5) ^a	6,1 (5 - 7,3)	6,1 (5,5 - 6,9)	5,2
Consumo de alimentos doces industrializados				<0,001*
Nunca	47,6 (44,2 - 50,9)	48,4 (45,9 - 50,8)	56,5 (55,2 - 57,7) ^a	58,2
1 a 3 vezes por semana	34,5 (31,2 - 38) ^a	34,4 (32,1 - 36,8) ^a	28,7 (27,6 - 29,8)	28,1
4 a 7 vezes por semana	17,9 (15,2 - 21) ^a	17,3 (15,5 - 19,1)	14,9 (14 - 15,8)	13,6
Variáveis relacionadas à capacidade intrínseca				
Usa óculos ou outro aparelho de auxílio para lidar com problemas de visão?				<0,001*
Sim	82,2 (79,6 - 84,6) ^a	82,5 (80,7 - 84,2) ^a	70 (68,9 - 71,1)	69,9
Não	17,8 (15,4 - 20,4)	17,5 (15,8 - 19,3)	30 (28,9 - 31,1) ^a	30,1
Usa aparelho auditivo ou outro aparelho de auxílio para ouvir melhor?				0,68
Sim	3,5 (2,4 - 5,1)	2,9 (2,2 - 3,8)	3,2 (2,8 - 3,7)	2,8
Não	96,5 (94,9 - 97,6)	97,1 (96,2 - 97,8)	96,8 (96,3 - 97,2)	97,2
Usa algum aparelho de auxílio para se locomover?				<0,001*
Sim	1,6 (0,9 - 2,6)	1,9 (1,4 - 2,7)	8,6 (7,9 - 9,3) ^a	6,2
Não	98,4 (97,4 - 99,1) ^a	98,1 (97,3 - 98,6) ^a	91,4 (90,7 - 92,1)	93,8

Legenda: IC95% Intervalo de confiança de 95%; * p<0,05 (Teste de Rao e Scott); ^a Resíduos padronizados >1,96.

Fonte: Elaborado pela autora

Foi constatada uma associação significativa entre o estado civil e a participação nas AAVD. Notavelmente, observou-se uma concentração de pessoas idosas casadas nos níveis alto e intermediário de participação, enquanto aqueles que são divorciados tendiam a se concentrar no nível alto. Por outro lado, as pessoas idosas viúvas e solteiras mostraram uma predominância no nível baixo de participação.

Ao analisar as diferentes regiões do país, verificou-se também uma associação marcante com a participação em AAVD. Havia um evidente excesso de pessoas idosas na região norte e nordeste que ocupavam o nível baixo de participação. Na região sudeste, por sua vez, as pessoas idosas apresentavam uma presença mais expressiva no nível intermediário de participação. Já nas regiões sul e centro-oeste, os níveis alto e intermediário de participação se destacavam, com uma concentração significativa de pessoas idosas.

Nas variáveis socioeconômicas, foi possível identificar uma associação entre a escolaridade e a participação nas AAVD. Observou-se uma maior concentração de pessoas idosas com níveis mais baixos de escolaridade, como aqueles sem instrução, alfabetizados e com ensino fundamental completo, no nível baixo de participação. Por outro lado, as pessoas idosas com ensino médio e ensino superior completo apresentaram uma distribuição mais expressiva nos níveis alto e intermediário de participação nas AAVD.

Outra associação relevante foi identificada com base no local de moradia. As pessoas idosas que residiam em casa se concentravam no nível baixo de participação nas AAVD. Em contraste, aquelas que viviam em apartamento tendiam a se concentrar nos níveis alto e intermediário de participação.

No que se refere às variáveis clínicas, a autoavaliação de saúde conforme os critérios da OMS apresentou uma relação significativa com a participação nas AAVD. É notável que as pessoas idosas que classificaram sua saúde como "muito boa" e "boa" estavam predominantemente concentradas nos níveis alto e intermediário de participação nas AAVD. Por outro lado, aquelas que avaliaram sua saúde como "regular", "ruim" e "muito ruim" tendiam a se concentrar no nível baixo de participação.

A presença de quedas também demonstrou uma associação com a participação nas AAVD. Observou-se um excedente significativo de pessoas idosas que relataram quedas no nível baixo de participação, enquanto as que não relataram estavam mais concentradas nos níveis alto e intermediário.

A depressão também apresentou uma associação com a participação nas AAVD. Houve uma concentração significativamente maior de pessoas idosas que enfrentavam a depressão no nível baixo de participação, enquanto as que não sofriam com esse quadro tendiam a se concentrar no nível alto.

No que diz respeito às doenças do sistema circulatório, também foi possível observar uma associação com a participação nas AAVD. As pessoas idosas que não tinham doenças circulatórias estavam predominantemente concentradas nos níveis alto e intermediário de participação, enquanto aquelas que enfrentavam de uma a três dessas doenças tendiam a ocupar o nível baixo de participação.

As doenças do sistema endócrino revelaram uma associação com a participação nas AAVD. Verificou-se um excesso de pessoas idosas que não enfrentavam doenças endócrinas no nível alto de participação. As que possuíam uma doença endócrina tendiam a se concentrar no nível intermediário de participação, e aquelas que sofriam com duas doenças endócrinas estavam mais presentes no nível baixo de participação.

Da mesma forma, as doenças do sistema osteomuscular também se associaram de maneira significativa com a participação nas AAVD. Observou-se uma presença substancial de pessoas idosas que não apresentavam doenças osteomusculares no nível alto de participação. Em contrapartida, aquelas que tinham duas doenças osteomusculares tendiam a ocupar o nível baixo de participação.

No âmbito das variáveis relacionadas ao estilo de vida, o consumo de álcool estava associado à participação nas AAVD. Havia uma predominância de pessoas idosas que não consumiam álcool no nível baixo de participação. Por outro lado, aquelas que consumiam álcool menos de uma vez ou uma vez ou mais por mês, tendiam a se concentrar nos níveis mais elevados e intermediários de participação.

A atividade física também demonstrou uma associação com a participação nas AAVD. Existia um excedente significativo de pessoas idosas que praticavam atividade física nos níveis alto e intermediário de participação, enquanto aquelas que não praticavam estavam mais concentradas no nível baixo de participação.

A utilização do tabaco demonstrou relação com a participação nas AAVD. As pessoas idosas que fumavam diariamente estavam mais concentradas no nível alto de participação, enquanto aquelas que fumavam em menor frequência do que diariamente estavam predominantemente presentes no nível baixo de participação. Por outro lado, as pessoas idosas que não fumavam estavam notadamente centralizadas no nível intermediário de participação.

O hábito de consumir verduras, legumes e frutas revelou uma associação significativa com a participação nas AAVD. Um número considerável de pessoas idosas que raramente ou nunca consumiam esses alimentos se concentravam no nível baixo de participação. Em contraste, aquelas que incorporavam esses alimentos à sua dieta de quatro a sete vezes por semana tendiam a demonstrar um nível mais elevado de engajamento, ocupando predominantemente os níveis intermediário e alto quando se tratava de verduras e legumes, e o nível alto no caso das frutas.

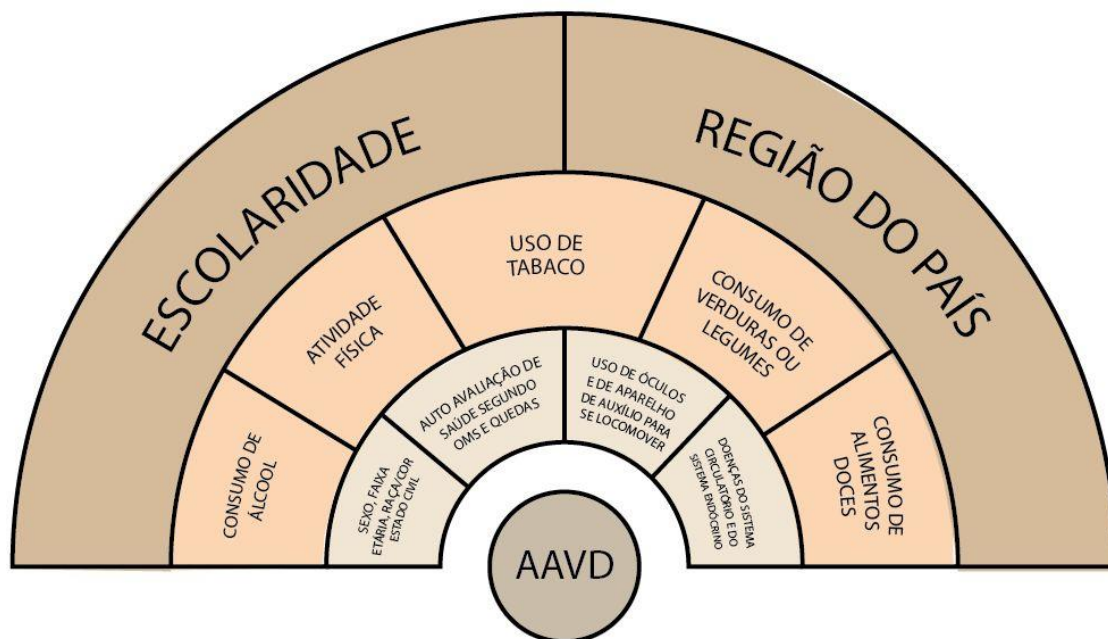
A relação entre o consumo de refrigerantes, alimentos doces industrializados e a participação nas AAVD também foi notável. As pessoas idosas que nunca consumiam estavam concentradas no nível baixo de participação. As que consumiam refrigerante de uma a sete vezes por semana estavam concentradas no nível alto, as que consumiam alimentos doces industrializados de uma a três vezes por semana estavam concentradas nos níveis alto e intermediário de participação e as que consumiam de quatro a sete vezes por semana estavam concentradas no nível alto de participação.

No que diz respeito às variáveis relacionadas à capacidade intrínseca, observou-se uma associação entre o uso de óculos ou outros dispositivos para corrigir problemas de visão e a participação nas AAVD. Houve uma concentração de pessoas idosas que faziam uso desses dispositivos nos níveis alto e intermediário de participação. Paralelamente, aquelas que não usavam esses dispositivos tendiam a se concentrar no nível baixo de participação.

A utilização de aparelhos de auxílio para a locomoção também se associou à participação nas AAVD. Nota-se uma predominância de pessoas idosas que não faziam uso desses aparelhos nos níveis alto e intermediário de participação. Em contrapartida, aquelas que utilizavam esses dispositivos estavam mais presentes no nível baixo de participação.

A análise de regressão logística multinomial (Tabela 4) foi conduzida considerando as variáveis que obtiveram valores de $p < 0,25$ no teste de Rao Scott. Os fatores associados que permaneceram no modelo final, baseado nos níveis hierárquicos dos DSS, foram: no nível distal: escolaridade e região do país; no nível intermediário: consumo de álcool, atividade física, uso de tabaco, consumo de verduras ou legumes e consumo de alimentos doces industrializados; no nível proximal: sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, autoavaliação de saúde segundo OMS, quedas, uso de óculos, uso de aparelho de auxílio para se locomover, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema endócrino (figura 3).

Figura 3 - Modelo final das variáveis da regressão logística multinomial dos fatores associados à realização das Atividades Avançadas de Vida Diária em pessoas idosas brasileiras, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação às variáveis demográficas foi possível identificar que os homens idosos tem 84% mais chance de apresentarem um nível intermediário de participação em AAVD e 7,68 vezes maior chance de desempenharem o nível alto do que as mulheres idosas.

Quanto à faixa etária, as pessoas idosas de 60 a 69 anos registraram 2,25 vezes mais chances de desenvolverem um nível intermediário e 4,46 vezes maiores chances de desenvolverem um nível alto de participação em AAVD em comparação as pessoas idosas de 80 anos ou mais. Já a faixa etária de 70 a 79 anos apresentou 54% mais chance de ter um nível intermediário e 2,14 vezes mais de ter um nível alto de participação nas AAVD em relação a faixa de 80 anos ou mais.

No que diz respeito a raça/cor foi possível observar que as pessoas idosas da cor branca demonstraram 64% mais chance de desenvolverem um nível alto de participação em AAVD quando comparado as pessoas idosas de raça negra. Em relação ao estado civil, observou-se que as pessoas idosas divorciadas apresentaram 57% mais chance de desempenharem um alto nível de participação em AAVD do que pessoas idosas viúvas. Já na classificação de solteiras, demonstraram 26% menos chance de terem um nível intermediário de participação em AAVD do que as pessoas idosas viúvas.

No que se refere as regiões do país, tendo como referência a região nordeste, foi identificado que as pessoas idosas da região sudeste apresentavam respectivamente 18% e 57%

mais chance de desenvolverem nível intermediário e alto de participação em AAVD. As pessoas idosas da região sul evidenciaram respectivamente 2,55 e 2,15 vezes maiores chances de desenvolverem níveis intermediário e alto de participação em AAVD. Na região centro-oeste, as pessoas idosas apresentaram respectivamente 13% e 96% mais chances de exercerem nível intermediário e alto de participação em AAVD.

Em relação as variáveis socioeconômicas, dentro do contexto da escolaridade, utilizando como referência as pessoas idosas sem instrução, foi possível observar que as pessoas idosas com maior escolaridade apresentavam mais chance de desenvolverem níveis altos e intermediários de participação em AAVD. As que foram alfabetizadas, apresentaram 47% menos chance de desenvolverem nível alto de participação em AAVD. Destacou-se os maiores níveis de instrução, em que as pessoas idosas com nível superior apresentaram respectivamente 36 e 10,62 vezes maiores chances de desenvolverem níveis intermediário e alto de participação em AAVD.

Tabela 4 - Valores de *odds ratio* ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinomial para associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e à capacidade intrínseca e as Atividades Avançadas de Vida Diária, 2023.

Variável	Nível alto de participação em AAVD	Nível intermediário de participação em AAVD % (IC95%)
	OR(IC95%)	OR (IC95%)
Variáveis demográficas		
Sexo		
Homem	7,68 (6,12 - 9,64)*	1,84 (1,59 - 2,12)*
Mulher	1,00	1,00
Faixa etária		
60 a 69 anos	4,46 (2,89 - 6,88)*	2,25 (1,77 - 2,84)*
70 a 79 anos	2,14 (1,37 - 3,35)*	1,54 (1,21 - 1,96)*
80 anos ou +	1,00	1,00
Raça/cor		
Branco	1,64 (1,34 - 2,01)*	1,07 (0,93 - 1,23)
Amarelo/indígena	1,77 (0,97 - 3,22)	0,78 (0,36 - 1,42)
Negro	1,00	1,00
Estado civil		
Casado(a)	1,25 (0,94 - 1,68)	1,14 (0,96 - 1,35)
Divorciado(a)	1,57 (1,06 - 2,31)*	0,92 (0,73 - 1,16)
Solteiro(a)	0,95 (0,66 - 1,36)	0,74 (0,59 - 0,92)*
Viúvo(a)	1,00	1,00
Regiões		
Norte	1,04 (0,81 - 1,33)	1,20 (1,00 - 1,45)
Sudeste	1,57 (1,28 - 1,94)*	1,18 (1,01 - 1,37)*
Sul	2,15 (1,74 - 2,64)*	2,55 (2,18 - 2,99)*

Centro-oeste	1,96 (1,53 - 2,50)*	1,13 (1,44 - 2,08)*
Nordeste	1,00	1,00
Variáveis Socioeconômicas		
Escolaridade		
Alfabetizado	0,53 (0,12 - 2,26)*	5,07 (1,48 - 17,31)*
Ensino Fundamental	1,71 (0,44 - 6,59)*	5,84 (1,76 - 19,34)*
Ensino Médio	4,1 (1,07 - 16,09)*	13,63 (4,1 - 45,27)*
Ensino superior	10,62 (2,74 - 41,17)*	36,02 (10,82 - 119,82)*
Sem instrução	1,00	1,00
Variáveis Clínicas		
Auto avaliação da saúde segundo a OMS		
Muito boa	6,37 (1,23 - 32,89)*	7,99 (3,02 - 21,24)*
Boa	5,03 (0,99 - 25,61)	5,82 (2,20 - 15,40)*
Regular	3,53 (0,69 - 18,07)	4,11 (1,55 - 10,86)*
Ruim	2,96 (0,52 - 16,74)	4,08 (1,45 - 11,44)*
Muito ruim	1,00	1,00
Quedas		
Sim	1,00	1,00
Não	1,49 (1,09 - 2,03)*	1,05 (0,88 - 1,25)
Doenças do sistema circulatório		
Nenhuma doença	1,53 (1,12 - 2,11)*	1,21 (0,96 - 1,52)
1 doença	1,29 (0,94 - 1,76)	1,05 (0,85 - 1,31)
2 ou 3 doenças	1,00	1,00
Doenças do sistema endócrino		
Nenhuma doença	1,17 (0,80 - 1,71)	1,38 (1,07 - 1,78)*
1 doença	1,25 (0,86 - 1,83)	1,18 (0,93 - 1,50)
2 doenças	1,00	1,00
Variáveis relacionadas ao estilo de vida		
Consumo de álcool		
Não bebo nunca	0,21 (0,17 - 0,25)*	0,45 (0,39 - 0,53)*
Menos de uma vez por mês	0,43 (0,33 - 0,57)*	0,75 (0,60 - 0,94)*
Uma vez ou mais por mês	1,00	1,00
Atividade física		
Sim	1,69 (1,43 - 2,00)*	3,65 (3,24 - 4,11)*
Não	1,00	1,00
Uso de tabaco		
Não fumo atualmente	0,87 (0,67 - 1,13)	1,31 (1,05 - 1,64)*
Sim, menos que diariamente	0,38 (0,14 - 0,99)*	0,82 (0,30 - 2,22)
Sim, diariamente	1,00	1,00
Consumo de verduras ou legumes		
4 a 7 vezes por semana	1,12 (0,76 - 1,67)	1,56 (1,07 - 2,27)*
1 a 3 vezes por semana	1,11 (0,73 - 1,68)	1,39 (0,93 - 2,08)
Nunca	1,00	1,00
Consumo de alimentos doces industrializados		
Nunca	0,84 (0,66 - 1,07)	0,81 (0,68 - 0,96)*
1 a 3 vezes por semana	1,01 (0,79 - 1,29)	1,01 (0,84 - 1,21)
4 a 7 vezes por semana	1,00	1,00

Variáveis relacionadas à capacidade intrínseca

Usa óculos ou outro aparelho de auxílio para lidar com problemas de visão?		
Sim	1,00	1,00
Não	0,64 (0,51 - 0,79)*	0,77 (0,66 - 0,90)*
Usa algum aparelho de auxílio para se locomover?		
Sim	1,00	1,00
Não	2,30 (1,26 - 4,19)*	2,15 (1,39 - 3,33)*

Legenda: OR *odds ratio*; IC95% Intervalo de confiança de 95%; *valores em que o IC não toca 1,0.

Fonte: Elaborado pela autora

No tocante às variáveis clínicas, constatou-se que as pessoas idosas que, por meio da autoavaliação da saúde segundo os critérios da OMS, declararam saúde “muito boa”, “boa”, “regular” e “ruim”, apresentaram mais chances de desenvolverem o nível alto de participação em AAVD do que as pessoas idosas que declararam uma saúde “muito ruim”. Os níveis seguiram a ordem decrescente, destacando-se as pessoas idosas que declararam possuir a saúde “muito boa”, apresentando quase 7 vezes maior chance de desenvolverem um nível alto de participação em AAVD.

No que diz respeito às quedas, as pessoas idosas que não caíram nos últimos 12 meses apresentaram 49% mais chances de desenvolverem nível alto de participação em AAVD do que as pessoas idosas que caíram. Em relação a presença de doenças, foi possível observar que as pessoas idosas que não possuíam doenças do sistema circulatório e do sistema endócrino apresentaram respectivamente 53% e 38% mais chances de desenvolverem o nível alto e o nível intermediário de participação em AAVD do que as pessoas idosas que possuem essas doenças.

No que concerne ao estilo de vida, foi possível identificar que as pessoas idosas que não consomem álcool ou que consomem menos de uma vez por mês apresentaram menos chances de desenvolverem níveis alto e intermediário de participação nas AAVD.

Pessoas idosas que referiram não consumir álcool apresentaram respectivamente 55% e 79% menos chances de desenvolverem níveis intermediário e alto de participação em AAVD do que pessoas idosas que consomem álcool uma vez ou mais por mês. Já em relação ao consumo de álcool menos de uma vez por mês, apresentaram respectivamente 25% e 57% menos chances de desenvolverem níveis intermediário e alto de participação em AAVD do que idosos que consomem álcool uma vez ou mais por mês.

Em relação a atividade física, as pessoas idosas que praticavam apresentaram 3,65 vezes maior chance de desenvolverem nível intermediário de participação e 69 % mais chances de desenvolverem nível alto de participação em AAVD em relação as pessoas idosas que não praticavam. No tocante ao consumo de tabaco, levando em consideração o consumo diário, as

peessoas idosas que não fumavam apresentaram 31% mais chance de desenvolver nível intermediário de participação nas AAVD.

No que se refere ao consumo de alimentos, foi possível constatar que as pessoas idosas que consumiam verduras ou legumes de 4 a 7 vezes por semana apresentavam 56% mais chance de desenvolver nível intermediário de participação em AAVD do que as pessoas idosas que relataram nunca consumir. Já em relação ao consumo de alimentos e doces industrializados, as pessoas idosas que relataram nunca consumir apresentaram 19% menos chance de desenvolver o nível intermediário de participação em AAVD do que as consumiam de 4 a 7 vezes por semana.

Por fim, no âmbito das variáveis relacionadas à capacidade intrínseca, observou-se que as pessoas idosas que não utilizavam óculos possuíam respectivamente 23% e 36% menos chance de desenvolverem nível intermediário e alto de participação das AAVD. Já em relação ao uso de algum aparelho de auxílio para se locomover, as pessoas idosas que não utilizavam, apresentaram 2 vezes maiores chances de desenvolver o nível alto e intermediário de participação em AAVD do que as pessoas idosas que utilizavam.

8 DISCUSSÃO

Discussões acerca do nível de participação das pessoas idosas em AAVD são de extrema importância para compreender a qualidade de vida e o bem-estar dessa população em constante crescimento. Foi possível observar nesta pesquisa que a maioria dos idosos apresentou nível baixo de participação nas AAVD, uma realidade preocupante no contexto brasileiro.

Essa baixa participação também foi referida em um estudo realizado no Brasil em 2020, onde foi avaliada a quantidade de AAVD que os idosos realizavam em uma lista de 13 itens e foi identificado que a média de atividades realizadas foi de 5,9. Os autores constataram também que os escores mais elevados estavam associados a melhor função cognitiva dos idosos (ASSIS et al., 2020).

Zhang e colaboradores (2022) em estudo realizado na China também avaliaram a participação dos idosos em algumas AAVD. Observaram que apenas 4,21% dos idosos participavam de atividades de exercícios em grupo, 1,31% de atividades sociais organizadas e 4,14% interagiam com amigos. Esses dados corroboram com a presente pesquisa, onde também foi possível observar uma baixa participação dos idosos nas AAVD.

Costenoble e colaboradores (2021) levantaram a hipótese de que limitações nas AAVD podem ser preditoras de uma pré-fragilidade, pois essas atividades são mais sensíveis ao declínio funcional dos idosos. Em seguida ocorrem limitações nas AIVD e nas ABVD. Como as ABVD são necessárias para a sobrevivência básica, elas são as atividades que os idosos permanecem realizando por mais tempo.

Em outro estudo, foi identificado que as atividades de lazer, que fazem parte das AAVD estão associadas a um melhor desempenho nas AIVD, indicando um efeito protetor. O mesmo estudo observou também que a participação social apresenta efeito protetor semelhante (UKAWA et al., 2021). Tais achados demonstram a importância da realização das AAVD.

Dentro desse contexto, uma outra pesquisa avaliou os níveis de atividades avançadas que os idosos desempenham e conseguiu identificar que a maioria das atividades relatadas pelos idosos estavam relacionadas a interação com outras pessoas e a realização de atividades com outras pessoas, destacando a participação social. Essa interação foi considerada uma fonte de energia e qualidade de vida para os idosos (DUPPEN et al., 2020).

Uma hipótese que merece consideração no âmbito da reduzida participação das pessoas idosas em AAVD é a influência da família na autonomia desses indivíduos. Existe a possibilidade de que eles estejam optando por não se engajar em tais atividades devido a influências provenientes do ambiente familiar, muitas vezes relacionadas a uma tentativa de preservação.

Em diversas culturas, a idade cronológica frequentemente é utilizada como um critério automático de vulnerabilidade, dependência e capacidade de contribuição limitada. A percepção que os idosos têm em relação ao envelhecimento está diretamente relacionada às suas perspectivas de saúde e longevidade, e essas visões são fortemente influenciadas pela sociedade e, especialmente, pelo núcleo familiar (AYALON, 2020).

Em relação a essa questão, Bolina e colaboradores (2021) realizaram um estudo que revelou que os arranjos de moradia em que os idosos coabitam com filhos ou outros membros da família estavam correlacionados de maneira negativa com a autonomia e a participação social das pessoas idosas. O estudo evidenciou um excesso de paternalismo exercido pela família, relegando as pessoas idosas a um papel passivo e minando sua capacidade de tomar decisões e expandir suas redes sociais.

Dessa forma, a promoção de uma mentalidade que valorize a diversidade e a capacidade dos idosos é fundamental. É necessário combater estereótipos negativos e garantir que eles possam desfrutar de um envelhecimento saudável, com oportunidades significativas de participação social e tomada de decisões autônomas.

O estudo atual realizou a caracterização das AAVD por meio da análise de classes latentes, identificando assim três padrões distintos de envolvimento. O grupo categorizado como nível alto de participação se destacou, uma vez que demonstrou uma maior frequência de participação em atividades de condução de veículos e trabalho remunerado, atividades mais complexas. Em sequência, houve um engajamento em atividades coletivas de natureza religiosa e reuniões sociais destinadas a práticas físicas, recreativas ou artísticas.

Em um estudo conduzido no Brasil no ano de 2020, foi revelado que 31,3% das pessoas idosas estavam engajadas em atividades laborais remuneradas, dado que vai de encontro a esta pesquisa. Além disso, esse mesmo levantamento ressaltou que a dinâmica de participação entre homens e mulheres nesse contexto era diversificada (MENEZES et al., 2020).

No caso das mulheres, o nível de engajamento estava vinculado à trajetória social ao longo da vida e a sua aptidão para o trabalho e aposentadoria. Enquanto isso, a participação masculina era fortemente influenciada pela capacidade laboral e pela interação social secundária.

Ao contrário da expectativa tradicional de que as pessoas idosas abandonem o mercado de trabalho após a aposentadoria, em alguns países uma grande parte dos idosos continua desempenhando trabalho remunerado. Um estudo coreano constatou que 43,42% das pessoas idosas realizavam algum trabalho remunerado e que esse tipo de atividade tem impacto na saúde durante o envelhecimento (LEE; ANG, 2019).

Uma pesquisa realizada por Takayama e colaboradores (2023) lança luz sobre os potenciais benefícios da inserção dos idosos no mercado de trabalho remunerado. Além de constatar melhorias significativas em termos de saúde física e habilidades cognitivas, o estudo sugere a importância de explorar mais profundamente as razões por trás desses resultados.

Outro ponto que merece destaque dentro desse contexto é a necessidade de os idosos manterem suas finanças após a aposentadoria. Uma revisão integrativa conduzida em 2020 evidenciou que muitos idosos fazem a escolha de manter sua atividade laboral mesmo após a aposentadoria, devido às disparidades sociais existentes e à necessidade de complementar seus rendimentos financeiros (SOUZA et al., 2020).

No cenário brasileiro, uma significativa parcela dos aposentados opta por permanecerem ativos no mercado de trabalho, buscando o acréscimo de recursos econômicos (OLIVEIRA; COELHO, 2021). Além disso, o mesmo estudo constatou que, frequentemente, a natureza do trabalho é distinta daquela desempenhada durante a maior parte da vida, muitas vezes adquirindo características de empreendedorismo ou autonomia.

Ao examinar a relação entre o engajamento laboral e o bem-estar das pessoas idosas, é crucial considerar os aspectos psicossociais envolvidos. A sensação de pertencimento a um ambiente profissional, a interação social com colegas e a sensação de utilidade podem desempenhar papéis fundamentais nos ganhos observados. No entanto, é importante ponderar sobre a natureza das tarefas desempenhadas e o nível de flexibilidade oferecido pelo emprego, uma vez que fatores como estresse excessivo ou falta de autonomia podem contrabalancear os benefícios pretendidos.

O nível intermediário de participação nas AAVD evidenciou que a presença das pessoas idosas foi mais homogênea no total de atividades, embora o percentual de participação no total da amostra tenha sido baixo nesse nível. Houve uma maior adesão em atividades de religião e reuniões sociais para atividades físicas, recreativas ou artísticas. A participação foi semelhante no que se refere à condução de automóvel, participação de associações ou movimentos sociais e trabalho voluntário. Por fim, a participação foi menor em trabalho remunerado.

Em outro estudo conduzido no Brasil no ano de 2021, que investigou a realização de AAVD e o risco de mortalidade, pôde-se notar que as pessoas idosas, quando participavam de AAVD, em sua maioria estavam relacionadas a atividades de participação social. De acordo com os pesquisadores, as bases conceituais do processo de envelhecimento na contemporaneidade têm procurado abarcar abordagens que assegurem a contínua participação dos idosos em variadas ocupações, indo além da esfera econômica, com destaque para atividades de cunho social (FRANCISCO et al., 2021).

Por meio de um estudo conduzido no Chile, constatou-se que idosos que relataram participar de algum grupo social apresentaram um risco de mortalidade 22% inferior àqueles que não se envolviam em nenhuma atividade desse tipo. Os pesquisadores enfatizaram a relevância do comprometimento social para o bem-estar, evidenciando como esse engajamento não apenas aprimora a capacidade física e cognitiva, mas também se configura como um sólido indicador de saúde e longevidade (SANDOVAL; PORTACCIO; ALBALA, 2022).

No estudo conduzido por Lu e colaboradores (2022) no Japão, foi observado que as pessoas idosas que participavam de uma ampla gama de atividades sociais apresentaram uma maior probabilidade de envelhecer de forma saudável. Os autores também destacaram a frequência dessa participação, evidenciando que as pessoas idosas que participavam com maior frequência dessas atividades apresentavam melhores resultados relacionados a qualidade de vida.

Esses achados ressaltam a importância da participação social na promoção do envelhecimento saudável. Ao se engajarem em diversas atividades de interação e participação

na comunidade, as pessoas idosas podem colher inúmeros benefícios para sua saúde de forma geral. O envolvimento em atividades sociais oferece oportunidades para manter ou criar novas conexões interpessoais, estimulando a mente e o corpo, bem como contribuindo para uma sensação de pertencimento e propósito.

O grupo identificado como nível baixo de realização em AAVD, conforme este estudo, exibiu como traço marcante uma significativa presença em atividades coletivas de religião. Além do mais, apresentaram um baixo engajamento em reuniões sociais para atividades físicas, recreativas ou artísticas, associações ou movimentos sociais, trabalho voluntário, condução de automóvel e trabalho remunerado.

Notavelmente, a participação em atividades coletivas de religião foi marcante nos três grupos encontrados, reforçando a relevância desse tipo de engajamento em atividades avançadas para as pessoas idosas brasileiras.

Uma investigação prévia conduzida por Amir e colaboradores (2021) também constatou que a maioria das pessoas idosas se engajava em atividades religiosas. Esse envolvimento estava correlacionado com melhorias na qualidade de vida e função cognitiva dos participantes.

Segundo dados do IBGE (2012) relacionados a religião, cerca de 92% dos brasileiros declararam possuir alguma religião. Esse achado traz uma realidade do Brasil que vai ao encontro dos resultados desta pesquisa, onde foi observado a grande participação das pessoas idosas brasileiras em atividades de religião.

Em estudo realizado por Muhammad (2022) foi constatado também a grande participação das pessoas idosas em atividades religiosas na Índia. De acordo o autor, a participação religiosa é possivelmente uma forma de envolvimento social com pessoas que têm a mesma origem social, o que pode melhorar suas redes sociais com efeitos positivos na sua saúde mental.

Uma pesquisa conduzida com informações das pessoas idosas do México revelou que 84% engajam-se em práticas religiosas e que essa inclusão estaria ligada a um índice inferior de mortalidade decorrente de todas as razões. Os autores indicam que a suposta vantagem de diminuição da mortalidade correlacionada à participação em cerimônias religiosas decorre, no mínimo em parte, do fato de que os entrevistados com saúde física e capacidade cognitiva mais robustas possuem uma maior habilidade de se envolver nessas práticas. (HILL; SAENZ; ROTE, 2020).

A observação da frequente participação das pessoas idosas em atividades religiosas suscita uma série de considerações dignas de reflexão. Em primeiro lugar, é importante analisar os motivos subjacentes a essa tendência, seja por questões de crença, busca por significado ou

simplesmente por meio de interações sociais que esses contextos proporcionam. Essa ligação entre religião e bem-estar sugere que os aspectos sociais, espirituais e emocionais desempenham papéis interconectados no envelhecimento.

À medida que se explora a associação entre atividades religiosas e o envelhecimento, também deve-se considerar implicações práticas. Como o idoso está participando dessas atividades, se é de maneira ativa ou passiva, é importante de se entender. Além disso, a natureza diversificada das crenças e práticas religiosas podem variar amplamente entre diferentes grupos e contextos culturais, sendo vital entender como promover essa participação de maneira inclusiva e respeitosa para as pessoas idosas de todas as crenças.

Quando se trata dos fatores associados à realização das AAVD, identificados por meio da análise de regressão logística multivariada ancorada em um modelo hierárquico, o presente estudo revelou associações em diferentes níveis (figura 3). Inicialmente, no nível distal, foi constatado a associação das AAVD com a escolaridade e as regiões do país.

No âmbito da escolaridade, foi possível observar, no presente estudo, que as pessoas idosas com nível educacional mais elevado apresentaram maior probabilidade de desenvolver as AAVD. Essa constatação está em consonância com um estudo conduzido por Usnayo e colaboradores (2020) no Brasil, que identificou que a baixa escolaridade pode impactar diretamente o acesso a serviços essenciais e a renda, exercendo uma influência negativa na participação dos idosos em atividades sociais e de lazer, categorias que fazem parte das AAVD.

Através de uma pesquisa envolvendo pessoas idosas afro-americanas, verificou-se igualmente que o nível educacional possui relação com a realização das AAVD (ZILIOLI et al., 2019). Aqueles com menor grau de instrução indicaram menor envolvimento em atividades sociais, que são caracterizadas com AAVD.

A educação desempenha um papel multifacetado na vida das pessoas idosas, afetando não apenas o acesso a informações e oportunidades, mas também a capacidade de se envolver ativamente na sociedade. A associação entre menor nível educacional e menor participação em AAVD é um aspecto relevante a ser considerado quando se busca promover o envelhecimento saudável. Esses resultados reforçam a necessidade de abordagens que levem em consideração as disparidades educacionais na população idosa.

No que concerne às diferentes regiões do país, a pesquisa em questão identificou uma menor probabilidade de envolvimento em AAVD por parte das pessoas idosas residentes na região nordeste em comparação as das regiões sudeste, sul e centro-oeste. Uma possível explicação para esse resultado está vinculada aos indicadores socioeconômicos desfavoráveis

que caracterizam uma parcela considerável dos municípios nordestinos (DA SILVA et al., 2022).

De acordo com a pesquisa realizada por De Oliveira e colaboradores (2021), pessoas idosas em situações socioeconômicas mais precárias tendem a depender mais de serviços de transporte público e de saúde, além de viverem em áreas associadas a maiores privações materiais e de infraestrutura social. Dessa maneira, enfrentam obstáculos que limitam sua participação em atividades sociais, enquadradas no conceito de AAVD (DE OLIVEIRA et al., 2021).

Em linha com esses resultados, a perspectiva intersetorial do envelhecimento saudável, discutida por Maia e colaboradores (2020b), destaca que a criação de ambientes amigáveis pode desempenhar um papel crucial na preservação e na recuperação da capacidade física e cognitiva dos idosos. O mesmo artigo também menciona as recomendações da Rede Global para Cidades Amigas dos Idosos, que sugerem a adaptação de estruturas urbanas e a integração entre sistemas diversos para promover o envelhecimento saudável.

A disparidade observada na menor participação em AAVD na região nordeste e nas pessoas idosas com baixo nível educacional, sugere a importância de abordagens específicas para cada contexto, a fim de promover o envelhecimento saudável de maneira equitativa. Esses achados reforçam a complexidade do cenário do envelhecimento e a necessidade de abordagens interdisciplinares que considerem esses fatores, buscando criar ambientes e condições propícias para participação nas AAVD.

O nível intermediário da análise desse estudo demonstrou associação com as AAVD através das variáveis relacionadas ao estilo de vida: consumo de álcool, atividade física, uso de tabaco, consumo de verduras ou legumes e consumo de alimentos doces. No que concerne ao consumo de álcool foi possível observar que as pessoas idosas que não consumiram álcool possuíam menos chance de desempenhar as AAVD.

Esse achado é resultado da relação do consumo de álcool com momentos de lazer e interação social em nossa sociedade. Conforme apontado pela OMS (2021b), o ato de beber engloba diversas dimensões, estando enraizado em normas culturais, sociais e religiosas. Além disso, é um comportamento amplamente tolerado pela sociedade, sendo amplamente disponível e acessível. Noronha e colaboradores (2019) encontraram uma prevalência considerável de idosos que apresentavam um padrão que excede as atuais recomendações de consumo propostas pela OMS.

Foi observado também em outro estudo uma associação positiva entre abuso de álcool e envolvimento em AAVD, principalmente as relacionadas a atividade física. Esse estudo sugere

que as pessoas idosas que consomem bebidas alcoólicas podem recorrer a tais atividades como maneira de justificar ou compensar seu comportamento, algumas das quais podem envolver o consumo durante ou após a realização das mesmas (VOGELSANG; LARISCY, 2020).

É importante lembrar que, embora o álcool possa intensificar sensações de prazer, promover a interação social, reduzir inibições e aparentar benefícios para o humor, o consumo excessivo desse composto acarreta prejuízos à saúde. De fato, o abuso de álcool figura como um dos principais fatores de risco no desenvolvimento de uma série de problemas de saúde, uma preocupação que assume contornos ainda mais preocupantes no contexto da população idosa (DESTRO et al., 2022).

Esses achados referentes ao álcool chamam a atenção para a presença significativa de padrões de consumo de álcool problemáticos entre os idosos, que frequentemente se relacionam com a prática de AAVD. Nesse cenário, é imperativo considerar os riscos inerentes ao consumo excessivo de álcool, mesmo quando justificado pelo prazer ou pela busca de alívio emocional, especialmente quando se trata da população idosa. A conscientização sobre esses riscos e a implementação de estratégias de intervenção direcionadas podem ser de grande importância para a promoção de um envelhecimento saudável e de melhor qualidade.

No contexto da atividade física entre os idosos, aqueles que se engajam nessa prática demonstram maior propensão a realizar AAVD, de acordo com os resultados apresentados. Em uma metanálise conduzida por Lin e colaboradores (2020), evidenciou-se o efeito protetor da atividade física para um envelhecimento bem-sucedido. O referido estudo revelou que a prática regular de atividade física não apenas está associada à redução da mortalidade entre as pessoas idosas, mas também aumenta substancialmente a probabilidade de eles preservarem a independência funcional, permitindo-lhes continuar executando suas AAVD de forma autônoma.

No ano de 2022, Ihara e colaboradores realizaram uma investigação que destacou uma conexão sólida entre a prática de atividade física e a participação social entre as pessoas idosas, reforçando a relevância intrínseca desse tipo de atividade para a qualidade de vida dessa população. Estudos anteriores já haviam insinuado que o envolvimento em atividades sociais está intimamente ligado a padrões de estilo de vida saudáveis, e é nesse contexto que a atividade física emerge como um fator de destaque (ABE et al., 2022).

A discussão gerada por esses achados é de considerável importância. Eles reforçam a vitalidade da atividade física como uma estratégia preventiva de grande impacto para os desafios enfrentados pelo envelhecimento. O fato de que a prática regular de atividade física pode sustentar a independência funcional e a realização de AAVD entre as pessoas idosas

reforça a necessidade de promover e incentivar essa prática como parte integral do cuidado à saúde dessa população.

No tocante ao consumo de tabaco, foi possível observar com os dados desse estudo que as pessoas idosas que não fumam tendem a participar mais das AAVD. Achado semelhante foi encontrado em outro estudo que identificou a baixa participação social, que é uma das AAVD, associada ao tabagismo diário. O mesmo estudo reforça a importância da cessação do tabagismo para redução da incidência de auto avaliação de saúde ruim, depressão, ansiedade bem como melhorar a participação social (STORENG; SUND; KROKSTAD, 2020).

Em estudo realizado por Rocha e colaboradores (2022) foi possível observar que o tabagismo se apresentou como um comportamento comum entre as pessoas idosas. Entretanto, é necessário salientar que esse tipo de comportamento favorece o aparecimento de patologias como o câncer. Um documento recente da A OMS (2022b) reforça que o consumo do tabaco provoca aumento do risco de doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias.

Além do surgimento de doenças, o tabaco influencia diretamente a capacidade respiratória dos seus usuários, devido a isso muitos apresentam limitações para realizar atividades diárias. Dessa forma, faz-se necessário identificar os fatores que contribuem para esse consumo para que haja criação de estratégias de redução de danos afim de melhorar a capacidade das pessoas idosas de realizarem suas AAVD.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, foi observado que idosos que incluíam verduras ou legumes em suas dietas semanalmente apresentavam maior engajamento em AAVD. Por outro lado, aqueles que afirmaram nunca consumir alimentos doces ou industrializados tinham uma probabilidade reduzida de desenvolver AAVD em um nível avançado.

A influência do estilo de vida na saúde dos idosos e da população em geral é bem estabelecida. O hábito alimentar é um dos principais fatores modificáveis do estilo de vida, desempenhando um papel crucial na prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento e na manutenção da capacidade funcional. A promoção de uma alimentação saudável entre as pessoas idosas é essencial para preservar sua independência funcional em relação às AAVD (YEUNG; KWAN; WOO, 2021).

Conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), uma alimentação adequada e saudável é construída com base no consumo diário de alimentos naturais, como verduras, legumes e frutas, e uma reduzida ingestão de alimentos industrializados, como produtos ultraprocessados e doces industrializados. Apesar desse conhecimento ser amplamente difundido, foi constatado que a população idosa no Brasil não consome quantidades suficientes de frutas, verduras e legumes (BRASIL, 2021).

Aumentar o consumo de legumes e grãos integrais é uma das estratégias mais eficazes para aumentar a longevidade e, conseqüentemente, a capacidade de realizar AAVD (FADNES et al., 2022). Esse achado respalda os resultados deste estudo, que demonstraram a maior probabilidade de desenvolvimento de AADVD em pessoas idosas que incluíam verduras e legumes em sua alimentação diária.

No que se refere ao consumo de doces industrializados, os resultados deste estudo não estão alinhados com a maioria das pesquisas. Grande parte dos estudos indicam que o consumo desse tipo de alimento está associado a uma menor participação em AAVD, uma vez que as pessoas idosas com padrões dietéticos de maior qualidade apresentam menor risco de incapacidade em relação às AAVD (ALIAS et al., 2021; ZHAO; ANDREYEVA, 2022). Uma possível explicação para a relação entre o consumo de doces industrializados e a participação em AAVD é que idosos possam estar utilizando esses alimentos como uma forma de estímulo e interação social, de maneira similar ao consumo de bebidas alcoólicas.

Dentro desse contexto alimentar dos idosos, é crucial considerar o ambiente em que estão inseridos e as oportunidades disponíveis. Dado que o Brasil é marcado por desigualdades socioeconômicas, essas disparidades influenciam o acesso dos idosos à alimentação e devem ser sempre ponderadas.

Por último, na análise multivariada do nível proximal, foi evidenciada uma associação das AAVD com diversas variáveis. Isso inclui o sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, autoavaliação de saúde conforme critérios da OMS, quedas, uso de óculos e dispositivos de assistência à locomoção e doenças do sistema circulatório e do sistema endócrino.

Em relação ao sexo, os resultados deste estudo relevaram uma maior presença dos homens nos níveis alto e intermediário de AAVD em comparação com as mulheres.

Esta descoberta encontra respaldo em uma pesquisa que também observou que os homens idosos têm uma maior probabilidade de envolvimento em AAVD, sobretudo aquelas relacionadas ao trabalho (THONGLOR; NAKAMURA; SEINO, 2022). Esse fenômeno possivelmente decorre do fato de que as mulheres idosas frequentemente assumem papéis de gerenciamento do lar, resultando em uma maior permanência nesse ambiente, enquanto os homens idosos, em sua maioria, não têm essas responsabilidades domésticas, o que lhes confere mais tempo para se dedicar às AAVD.

No entanto, um estudo distinto destacou uma característica divergente em relação aos resultados deste trabalho. Nesse contexto, houve uma prevalência de mulheres no grupo de idosos ativos e sociáveis, sugerindo uma proporção superior de mulheres engajadas em atividades de participação social. Esse achado foi atribuído à tradição cultural que

frequentemente designa às mulheres a responsabilidade de manter as redes sociais familiares (FERREIRA; BARHAM; ARAUJO, 2019).

É possível que a maior representatividade masculina em AAVD, tal como observado neste estudo, possua uma relação intrínseca com a natureza dos grupos identificados nas classes latentes. Os níveis alto e intermediário de AAVD compreendem em grande parte componentes ligados ao trabalho remunerado, o que explicaria a maior presença masculina. Por outro lado, o nível baixo de AAVD concentra-se mais em atividades de natureza religiosa, caracterizadas por seu viés de participação social, e aqui se encontrou uma proporção maior de mulheres.

No que diz respeito à faixa etária, a análise da presente pesquisa revelou que os idosos mais jovens tendem a se engajar mais em AAVD. Um estudo similar também identificou um padrão semelhante, constatando que a proporção de indivíduos acima de 80 anos enfrentando dificuldades na execução das AVD era significativamente maior em comparação com aqueles entre 60 e 79 anos. Isso reforça a tendência de que à medida que a idade avança, a taxa de declínio funcional também aumenta (XU et al., 2022).

Outra pesquisa corroborou essa tendência de menor participação das pessoas idosas com idade mais avançada em AAVD. Os resultados indicaram que, à medida que a idade aumenta, os idosos que residem na comunidade têm uma probabilidade crescente de menor participação ou de restrições nessas atividades, especialmente aquelas relacionadas à esfera de participação social (BRYNJOLFSDDOTTIR; PALMADOTTIR; ARNADOTTIR, 2021).

A constatação de que a proporção de idosos com dificuldades nas AAVD aumenta com a progressão da idade é consistente com a noção amplamente aceita de que o envelhecimento está frequentemente associado a uma diminuição das habilidades funcionais. Essa relação entre idade e declínio funcional é um fenômeno complexo e multifacetado, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Além disso, a evidência de que as atividades relacionadas à participação social são particularmente afetadas pelo avanço da idade ressalta a importância de abordagens que promovam a inclusão social e a interação entre os idosos. Esses achados mostram a necessidade contínua de desenvolver estratégias de intervenção que considerem a variação nas capacidades funcionais dos idosos em diferentes faixas etárias. Além do mais, ressalta a relevância de programas que fomentem a participação social e proporcionem suporte para preservar a independência funcional à medida que a idade avança.

Em relação à raça/cor foi possível observar que as pessoas idosas de cor branca têm maior probabilidade de desempenharem AAVD do que pessoas idosas de raça negra. Um estudo realizado no Brasil destacou a realidade em que a população negra enfrenta uma exposição

desproporcional a fatores que influenciam tanto a percepção de saúde quanto a qualidade de vida.

Esses fatores incluem condições socioeconômicas desfavoráveis, habitação precária, menor nível educacional e uma maior predisposição a riscos de doenças e violência (SARDINHA et al., 2019). Essa conjuntura desafiadora exerce um impacto negativo direto na capacidade de realizar as AAVD e trazem a participação nas AAVD como processo influenciado pelas iniquidades de raça/cor enfrentadas pela sociedade brasileira.

De forma similar, um estudo nos Estados Unidos, abordando as disparidades entre idosos brancos e negros, também revelou um quadro desigual. Idosos negros apresentaram limitações funcionais mais pronunciadas quando comparados aos idosos brancos, o que, por sua vez, refletiu de maneira negativa na execução de AAVD (RHEE; LEE; SCHENSUL, 2020). Essas evidências ressaltam mais uma vez como as diferenças socioeconômicas são um determinante crucial da saúde dos idosos.

Os resultados desses estudos ecoam a importância de abordar as disparidades socioeconômicas como um fator fundamental na saúde e bem-estar da população idosa. No Brasil e nos Estados Unidos, as inequidades enfrentadas pela população negra demonstram claramente como as condições socioeconômicas desfavoráveis podem prejudicar a capacidade dos idosos de executar as AAVD de maneira eficaz.

Para enfrentar essas disparidades, é essencial que as políticas públicas e os sistemas de saúde considerem estratégias abrangentes que visem à redução das desigualdades socioeconômicas. Investir em educação, acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade e melhorias nas condições de vida podem desempenhar um papel vital na promoção da igualdade de oportunidades para que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida plena e independente, independentemente de sua origem étnica ou condição socioeconômica.

No contexto do estado civil, a presente pesquisa identificou que as pessoas idosas viúvas e principalmente as solteiras apresentam menor probabilidade de desempenhar as AAVD.

Achado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na Índia, onde foi possível constatar que o estado civil apresenta associação com a participação em atividades sociais, classificadas como AAVD (NAGARGOJE; JAMES; MUHAMMAD, 2022). Este estudo resalta que as transições conjugais, como divórcio e viuvez, podem causar rupturas nas relações familiares, resultando em uma diminuição da participação social entre os idosos. Essa desconexão social, por sua vez, está correlacionada a uma perda de satisfação com a vida.

A importância do parceiro conjugal na vida dos idosos vai além do aspecto emocional, como ilustrado por um estudo que destaca os diversos tipos de apoio que um cônjuge pode fornecer.

Isso engloba assistência diária, suporte financeiro, companheirismo emocional, interação social e monitoramento de práticas de saúde. Essa rede de cuidado, única em sua essência, muitas vezes não pode ser replicada por filhos adultos, outros parentes ou até mesmo cuidados institucionais. Essa realidade lança luz sobre o motivo pelo qual idosos viúvos ou solteiros podem não se engajar tanto nas Atividades da Vida Diária (MA; GU, 2022).

Estes achados têm implicações significativas para políticas sociais e programas de envelhecimento. Compreender e abordar as necessidades específicas dos idosos viúvos, divorciados ou solteiros é crucial para promover o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos. A criação de redes de apoio que reconheçam as complexidades do estado civil e abordem as consequências sociais e emocionais das transições conjugais pode contribuir para uma experiência mais enriquecedora da vida das pessoas idosas.

No contexto da autoavaliação de saúde, constatou-se que as pessoas idosas que, por meio da autoavaliação da saúde segundo os critérios da OMS, declararam saúde “muito boa” apresentaram uma maior probabilidade de desenvolver as AAVD. Por se tratar de um estudo transversal, existe a possibilidade da causalidade reversa na variável em questão.

Um estudo conduzido por Duarte et al. (2020) identificou um achado congruente com essa linha de pensamento, apontando que idosos que avaliaram sua saúde de forma negativa demonstraram associação com a presença de sarcopenia e uma maior dependência nas AAVD quando comparados aos que possuíam autopercepção positiva. Além disso, os pesquisadores mencionaram que a autopercepção ruim de saúde nessa população frequentemente está relacionada a condições crônicas, limitações funcionais e síndromes geriátricas, especialmente em indivíduos com 80 anos ou mais (DUARTE et al., 2020).

Um estudo adicional reforçou a ideia de que idosos que avaliam positivamente sua própria saúde tendem a apresentar melhores níveis de capacidade funcional e enfrentamento em relação a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa condição mais favorável está intrinsecamente associada a uma maior capacidade de realizar as AAVD (FORTE et al., 2021).

Diante desses resultados, fica evidente a importância de considerar a autopercepção de saúde como um fator crucial na avaliação global do bem-estar dos idosos, já que a percepção de saúde é considerada como bom indicador do estado de saúde da população. Incorporar essa avaliação na abordagem de cuidados de saúde pode contribuir para uma compreensão mais holística das necessidades individuais, auxiliando no planejamento de intervenções que visam melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos.

No que diz respeito às quedas, foi identificado que as pessoas idosas que caem desempenham menos as AAVD. A exploração do risco de quedas e suas consequências nos idosos evidencia um cenário de grande relevância para a saúde e qualidade de vida dessa população. As quedas podem desencadear fraturas, restrições de mobilidade, problemas na marcha, trauma psicológico, isolamento social e uma redução na autonomia e independência, impactando negativamente a qualidade de vida dos idosos (BRASIL et al., 2021). Essa gama de riscos potenciais sugere que indivíduos idosos que já sofreram quedas podem estar mais propensos a reduzir a realização de AAVD como resultado.

Um estudo de revisão sistemática também destacou as implicações adversas das quedas para a independência e qualidade de vida dos idosos. Além disso, o estudo revelou que o medo recorrente de quedas após um episódio anterior exerce uma influência significativa na redução da funcionalidade (XU; OU; LI, 2022). Esse ciclo de impacto negativo pode levar as pessoas idosas a diminuir suas atividades, resultando em uma redução sequencial nas AAVD avançadas, instrumentais e, por fim, nas atividades básicas.

A compreensão das implicações das quedas na vida dos idosos é fundamental para uma abordagem abrangente de cuidados de saúde para essa população. Os resultados sugerem que as quedas não só representam um risco direto à saúde física, mas também têm um impacto psicológico e social, contribuindo para uma redução na independência e na capacidade funcional.

Ao considerar a relação entre quedas e a realização das AAVD, é crucial reconhecer o papel do ciclo de medo e restrição que pode se instaurar após episódios de quedas. Essa interconexão ressalta a importância de uma abordagem preventiva, que inclua medidas para evitar quedas, promover a reabilitação após episódios de quedas e abordar o medo recorrente para evitar um declínio funcional sequencial.

No âmbito das variáveis relacionadas à capacidade intrínseca que afetam a realização das AAVD, observou-se que o uso de óculos se correlacionou positivamente com uma maior participação em AAVD, enquanto a utilização de aparelhos de auxílio para locomoção, determinando uma baixa mobilidade, associou-se a uma menor participação.

Uma pesquisa realizada por MA et al. (2021) examinou especificamente o impacto da deficiência visual na participação social das pessoas idosas. Os resultados sugerem que as pessoas idosas com deficiência visual apresentam um nível de participação social significativamente inferior em comparação com seus pares sem essa deficiência, mesmo após a consideração de diversos fatores de ajuste. Esse achado destaca a importância das capacidades sensoriais, como a visão, na promoção da participação ativa nas AAVD.

A relação entre disfunção física e participação social também é claramente delineada na literatura. A mobilidade, que desempenha um papel fundamental na realização das atividades avançadas e na participação social das pessoas idosas, pode ser severamente prejudicada pela disfunção física. Consequentemente, essa redução da mobilidade pode levar a uma menor frequência de envolvimento em atividades sociais (UCHIDA et al., 2022).

Além disso, Jalali e colaboradores (2023) identificaram que o acesso é uma barreira significativa para a participação social das pessoas idosas, especialmente para aquelas com limitações de mobilidade. A falta de acesso, englobando questões como transporte e a indisponibilidade de áreas de participação social acessíveis devido à localização geográfica, desempenha um papel crucial na maneira como as pessoas idosas podem ou não se envolver nas AAVD.

A discussão desses resultados realça a complexidade das variáveis intrínsecas que influenciam a participação das pessoas idosas nas AAVD. A conexão entre deficiências sensoriais, como a visual, e a participação social, bem como a influência direta da mobilidade na realização de atividades e interações sociais, é inegável. Além disso, a questão do acesso, especialmente para as que possuem mobilidade limitada, desempenha um papel determinante na forma como as pessoas idosas podem efetivamente se inserir na sociedade.

Esses achados têm implicações diretas para o desenvolvimento de intervenções e políticas que visam melhorar a qualidade de vida e o engajamento social das pessoas idosas. Promover a acessibilidade física e social, bem como apoiar as capacidades sensoriais e funcionais das pessoas idosas, pode contribuir significativamente para uma participação mais plena nas AAVD e, por consequência, melhorar o bem-estar geral dessa população.

No que tange à influência das doenças na realização das AAVD, é notável que os idosos desprovidos de doenças do sistema circulatório e endócrino tendem a apresentar uma maior participação nessas atividades. Entre as doenças circulatórias, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ganha destaque, enquanto no âmbito das doenças endócrinas, a Diabetes Mellitus (DM) assume essa posição.

É importante ressaltar que ambas as condições, HAS e DM, têm uma alta prevalência na população brasileira e são reconhecidas como fatores que podem impactar negativamente a capacidade funcional dos idosos (MOTA et al., 2020). Estudos indicam que cerca de 92% dos idosos possuem pelo menos uma doença relacionada à idade, e 77% têm pelo menos duas, sendo as doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, câncer e diabetes (DCNT), as mais comuns e fortemente associadas ao declínio funcional (FONG, 2019; YU et al., 2021).

Os resultados de um estudo realizado por Xu e colaboradores (2020) corroboram as conclusões desta pesquisa, demonstrando que idosos com múltiplas condições de saúde relataram menor participação em atividades sociais, que são uma parte integrante das AAVD. Além disso, outras pesquisas apontaram que diversos padrões de multimorbidade, independentemente de fatores como sexo, idade, escolaridade e região de residência, estão relacionados a algum grau de incapacidade nas Atividades da Vida Diária (SCHMIDT et al., 2020).

Por outro lado, um estudo conduzido por Dourado e colaboradores (2021) revelou que idosos que relataram ter duas doenças crônicas demonstraram uma maior prevalência de participação em atividades de lazer. Os autores atribuíram esse achado ao desejo das pessoas idosas com doenças crônicas de se engajarem em atividades físicas relacionadas ao lazer, buscando melhorar sua saúde e condição.

No contexto brasileiro, nota-se uma preocupação constante em relação às doenças crônicas e suas implicações para a população idosa, o que levou à implementação de programas como o HIPERDIA. Este programa, estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2001, com o Plano de reorganização da Atenção à HAS e DM, visa a estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças (BRASIL, 2001). Isso reflete a conscientização sobre a necessidade de abordagens integradas para mitigar os efeitos adversos das doenças crônicas na qualidade de vida dos idosos.

Como limitação metodológica, este estudo apresentou restrições comuns a pesquisas que utilizam banco de dados secundários. As variáveis analisadas na base de dados da PNS já estavam definidas, o que impossibilitou a inclusão de novas, bem como os objetivos da pesquisa original que diferiram dos objetivos atuais. Questionários extensos, como os aplicados na PNS, podem resultar em viés de memória, onde os participantes esquecem ou perdem a motivação para relatar eventos passados.

Outra limitação do estudo reside na possível ocorrência de causalidade reversa em algumas das variáveis utilizadas. Esse fenômeno é comumente observado em estudos transversais, nos quais a exposição e o efeito se manifestaram simultaneamente, tornando difícil a identificação clara de qual evento precedeu o outro (MEDRONHO, 2009).

Uma limitação adicional identificada foi a carência de artigos que se aprofundassem nas Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) conforme conceituadas desta maneira. Grande parte dos estudos aborda essas atividades de forma separada, categorizando-as em atividades de participação social, lazer e trabalho. Além desse ponto, a predominância das pesquisas abrange elementos ligados às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e às Atividades

Básicas de Vida Diária (ABVD), em virtude da existência de escalas para quantificar essas atividades, enquanto a escassez de escalas para avaliar as AAVD também contribui para essa disparidade.

Apesar das limitações identificadas, esta dissertação representa uma contribuição fundamental para a investigação da funcionalidade no contexto das pessoas idosas brasileiras. Introduzindo uma nova perspectiva sobre o tema, revelando os fatores correlacionados à participação das pessoas idosas em Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). Esses resultados possuem o potencial de se tornarem ferramentas estratégicas para o planejamento e a formulação de políticas públicas voltadas para a população de pessoas idosas no Brasil.

9 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como propósito central identificar a prevalência de Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) em idosos brasileiros e seus fatores associados. Os achados evidenciaram que a grande parte das pessoas idosas no Brasil apresenta um nível de participação relativamente baixo nessas atividades. A análise de classes latentes delineou padrões distintos de engajamento em AAVD, os quais foram agrupados em três categorias.

No nível alto, a participação nas AAVD demonstrou uma distribuição mais uniforme em atividades de participação social, principalmente. No nível intermediário, notou-se uma frequência notável em atividades como condução de veículos e trabalho remunerado. Por outro lado, a nível baixo destacou-se por um maior envolvimento em atividades religiosas, embora as demais atividades tenham apresentado níveis inferiores de engajamento.

A análise hierárquica examinou a influência de variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e à capacidade intrínseca sobre a execução das AAVD. Os resultados indicaram que pessoas idosas do sexo masculino, com idades entre 60 e 69 anos, de origem étnica branca, residentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com níveis educacionais mais elevados, autoavaliação de saúde "muito boa", histórico de ausência de quedas nos últimos 12 meses, ausência de doenças do sistema circulatório e endócrino, consumo mensal de álcool, prática de atividade física regular, ingestão frequente de verduras ou legumes, consumo ocasional de alimentos doces industrializados, uso de óculos e independência no deslocamento, estavam mais propensos a participar das AAVD.

Esses resultados reforçam a influência significativa dos fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos, ligados ao estilo de vida e à capacidade intrínseca na execução das

AAVD. No âmbito mais amplo, tais descobertas tem potencial para a otimização e fortalecimento das políticas públicas e programas de saúde que promovem o envelhecimento saudável.

Investimentos em infraestrutura adaptada às necessidades dos idosos, incentivo à inclusão em todos os aspectos e fornecimento de apoio social emergem como estratégias eficazes para estimular o engajamento dos idosos nas AAVD. Além disso, a continuidade de pesquisas é fundamental para identificar os fatores individuais e contextuais que impactam o grau de participação das pessoas idosas nessas atividades.

REFERÊNCIAS

- ABE, T. et al. Identifying the specific associations between participation in social activities and healthy lifestyle behaviours in older adults. **Maturitas**, v. 155, p. 24–31, 1 jan. 2022.
- AGUIAR, B. M. et al. Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, p. e180163, 5 ago. 2019.
- ALIAS, S. B. et al. A Multi-Domain Group-Based Intervention to Promote Physical Activity, Healthy Nutrition, and Psychological Wellbeing in Older People with Losses in Intrinsic Capacity: AMICOPE Development Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 11, p. 5979–5979, 2 jun. 2021.
- ALMEIDA, L.; COSTA, K. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3879–3888, 1 out. 2020.
- AL-QAHTANI, A. M. Health Status and Functional Abilities of Elderly Males Visiting Primary Health-care Centers in Khamis Mushait, Saudi Arabia. **Clinical Interventions in Aging**, v. Volume 15, p. 2129–2143, nov. 2020.
- AMIR, S. N. et al. Impact of Religious Activities on Quality of Life and Cognitive Function Among Elderly. **Journal of Religion & Health**, v. 61, n. 2, p. 1564–1584, 18 set. 2021.
- ARAÚJO, G. K. N. DE et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 312–318, jun. 2019.
- ASSIS, A. P. M. et al. The association between nutritional status, advanced activities of daily living, and cognitive function among Brazilian older adults living in care homes. **Geriatric Nursing**, v. 41, n. 6, p. 899–904, 1 nov. 2020.
- AXELRAD, H.; AVIAD TUR-SINAI. Switching to Self-Employed When Heading for Retirement. **Journal of Applied Gerontology**, v. 40, n. 1, p. 95–104, 18 dez. 2021.
- AYALON, L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. **International Psychogeriatrics**, v. 32, n. 10, p. 1221–1224, 14 abr. 2020.
- BARBOSA, G. C. et al. Fatores correlacionados à fragilidade de idosos em atenção ambulatorial: diferença entre grupos etários. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.
- BERNARDES, G. M. et al. Effect of education and multimorbidity on mortality among older adults: findings from the health, well-being and ageing cohort study (SABE). **Public Health**, v. 201, p. 69–74, dez. 2021.
- BERTELLI-COSTA, T.; NERI, A. L. Life satisfaction and participation among community-dwelling older adults: Data from the FIBRA study. **Journal of Health Psychology**, v. 26, n. 11, p. 1860–1871, set. 2021.
- BOLINA, A. F. et al. Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v. 29, 1 jan. 2021.

BORELLI, E. et al. HABITAT: An IoT Solution for Independent Elderly. **Sensors**, v. 19, n. 5, p. 1258, 12 mar. 2019.

BRANDEBUSQUE, J. et al. Life-long intellectual enrichment and aadl: data from the fibra study. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 21, n. 03, p. 909–919, dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS)e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**. – Brasília:Ministério da Saúde,2001.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / **Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica**. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 2 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL, C. H. G. et al. Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 26, n. suppl 3, p. 5157–5170, 1 out. 2021.

BRYNJOLFSDDOTTIR, M.; PALMADOTTIR, G.; ARNADOTTIR, S. A. Activities and participation of 65-91-year-old adults: population-based study among residents of a sparsely populated and remote area in Iceland. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 80, n. 1, 1 jan. 2021.

CARLSTEDT, A.B. et al. Staffing agency: A bridge to working during retirement. **Work**, v. 72, n. 2, p. 529–537, 21 jun. 2022.

CHAPARRO, J. M.O. et al. Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. The SABE Colombia Study. **Colombia Medica**, p. 89–101, 30 jun. 2019.

CHENG, X. et al. Population ageing and mortality during 1990–2017: A global decomposition analysis. **PLOS Medicine**, v. 17, n. 6, p. e1003138, 8 jun. 2020.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS)**.2008.

COELHO, P. et al. Creative dance associated with traditional Portuguese singing as a strategy for active aging: a comparative cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n. S2, nov. 2021.

CORNELIS, E. et al. The relationship between basic, instrumental, and advancedactivities of daily living and executive functioning in geriatricpatients with neurocognitive disorders. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 34, p. 889–899, 2019.

COSTENOBLE, A. et al. A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. **The Gerontologist**, v. 61, n. 3, p. e12–e22, 3 abr. 2021.

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

CRISTEA, M. et al. The Impact of Population Aging and Public Health Support on EU Labor Markets. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 4, p. 1439, 24 fev. 2020.

DA SILVA, I. G. et al. Dinâmica temporal e espacial e fatores relacionados à mortalidade por suicídio entre idosos. **Jornal Brasileiro De Psiquiatria**, v. 71, n. 2, p. 108–116, 1 jun. 2022.

DE OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Social participation and self-assessment of health status among older people in Brazil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 581–592, 1 fev. 2021.

DE VRIENDT, P. et al. The Usefulness of Evaluating Performance of Activities in Daily Living in the Diagnosis of Mild Cognitive Disorders. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 21, p. 11623, 5 nov. 2021.

DESTRO, J. S. F. et al. Experiences of alcohol-dependent elderly: grounded theory. **Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp**, v. 56, 1 jan. 2022.

DIAS, E. N. et al. Validation of the advanced activities of daily living scale. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 1, p. 7–12, jan. 2019.

DOURADO, T. E. P. S. et al. Associação entre atividade física de lazer e conhecimento e participação em programas públicos de atividade física entre idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 4, 1 jan. 2021.

DUARTE, R. G. et al. Relationship between self-perception of health, functional capacity and cognition in octogenarians. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 21, n. 03, p. 896–908, 1 dez. 2020.

DUPPEN, D. et al. Social Participation in the Daily Lives of Frail Older Adults: Types of Participation and Influencing Factors. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 75, n. 9, p. 2062–2071, nov. 2020.

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

FABRÍCIO, D. DE M. et al. Prevalence of frailty syndrome in Brazil: a systematic review. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 615–637, dez. 2022.

FADNES, L. T. et al. Estimating impact of food choices on life expectancy: A modeling study. **PLOS Medicine**, v. 19, n. 2, p. e1003889–e1003889, 8 fev. 2022.

FERNANDES, A.R.S.; QUEIROZ, B.L. Educação e outros determinantes da participação laboral de adultos mais velhos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p. 1–25, 16 dez. 2022.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J.; ARAUJO, F. C. Perfis de Idosos Praticantes de Atividades Prazerosas: características sociodemográficas, vulnerabilidade social e funcionalidade. **Psico-USF**, v. 24, n. 3, p. 541–553, 1 set. 2019.

FONG, J. H. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 323, dez. 2019.

FORTE, M. et al. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 34, 1 jan. 2021.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Risco de mortalidade por todas as causas e sua relação com estado de saúde em uma coorte de idosos residentes na comunidade: Estudo FIBRA. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6153–6164, 1 dez. 2021.

GHENȚA, M. et al. Factors Associated with the Participation of Older Adults in Cultural and Sports Activities. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 10, p. 6244, 20 maio 2022.

GÓMEZ, F. et al. Healthy aging determinants and disability among older adults: SABE Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, p. 1, 1 set. 2021.

GUILBAUD, A.; MAILLIEZ, A.; BOULANGER, É. Vieillissement: Une approche globale, multidimensionnelle et préventive. **médecine/sciences**, v. 36, n. 12, p. 1173–1180, dez. 2020.

GUYE, S. et al. Functional Ability in Everyday Life: Are Associations With an Engaged Lifestyle Mediated by Working Memory? **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 75, n. 9, p. 1873–1883, 16 out. 2020.

GYASI, R. M.; PHILLIPS, D. R. Aging and the Rising Burden of Noncommunicable Diseases in Sub-Saharan Africa and other Low- and Middle-Income Countries: A Call for Holistic Action. **The Gerontologist**, v. 60, n. 5, p. 806–811, 15 jul. 2020.

HILL, T. D.; SAENZ, J. R.; ROTE, S. Religious Participation and Mortality Risk in Mexico. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 75, n. 5, p. 1053–1061, 16 abr. 2020.

HILLARY, R. F. et al. Epigenetic measures of ageing predict the prevalence and incidence of leading causes of death and disease burden. **Clinical Epigenetics**, v. 12, n. 1, p. 115, dez. 2020.

HOU, B.; LI, Y.; WANG, H. Internet use and health status among older adults: The mediating role of social participation. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 25 nov. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): 2019: ciclos de vida**. Brasil. p. 143, 2021b.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IHARA, S. et al. Social participation and change in walking time among older adults: a 3-year longitudinal study from the JAGES. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 1, 22 mar. 2022.

IKEGAMI, É. M. et al. Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1083–1090, mar. 2020.

IMAMURA, H. et al. Relationship of living arrangement with the decline in functional capacity in elderly people by gender: a longitudinal observational study. **Environmental Health and Preventive Medicine**, v. 25, n. 1, p. 15, dez. 2020.

INGRAVALLO, F. et al. Medico-legal assessment of personal damage in older people: report from a multidisciplinary consensus conference. **International Journal of Legal Medicine**, v. 134, n. 6, p. 2319–2334, nov. 2020.

ISIK, E. I. et al. Adaptation of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale to Turkish: Validity and Reliability Study. **Annals of Geriatric Medicine and Research**, v. 24, n. 1, p. 35–40, 31 mar. 2020.

JALALI, M. T. et al. Factors facilitating and inhibiting the social participation of the elderly in health-oriented activities in Shiraz, Southern Iran. **BMC Geriatrics**, v. 23, n. 1, 27 mar. 2023.

JAMES, K. et al. Socio-demographic, Health and Functional Status Correlates of Caregiver Burden Among Care Recipients Age 60 Years and Older in Jamaica. **Journal of Community Health**, v. 46, n. 1, p. 174–181, fev. 2021.

KALLIGEROU, F. et al. Assessing functional status using the IADL-extended scale: results from the HELIAD study. **International Psychogeriatrics**, v. 32, n. 9, p. 1045–1053, set. 2020.

KOSE, B.; COL, B.; BASARAN, A. The effect of leisure activities on successful aging. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 25, n. 11, p. 1904, 2022.

KUMAR, M.; MUHAMMAD, T.; DWIVEDI, L. K. Assessing the role of depressive symptoms in the association between social engagement and cognitive functioning among older adults: analysis of cross-sectional data from the Longitudinal Aging Study in India (LASI). **BMJ Open**, v. 12, n. 10, p. e063336, out. 2022.

LAMAR, M. et al. Social Engagement and All-Cause Mortality: A Focus on Participants of the Minority Aging Research Study. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 63, n. 5, p. 700–707, nov. 2022.

LEE, H.; ANG, S. Productive Activities and Risk of Cognitive Impairment and Depression: Does the Association Vary by Gender? **Sociological Perspectives**, v. 63, n. 4, p. 608–629, 27 dez. 2019.

LENIS, D.O.; MÉNDEZ, F. Survey on Health, Well-being and Aging. SABE Colombia 2015: Technical report. **Colombia Medica**, p. 128–138, 30 jun. 2019.

LI, X. et al. The Effect of Playing Gateball Sports on Older Chinese People's Wellbeing in the Context of Active Aging—Based Mediation of Social Capital. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 19, p. 12254, 27 set. 2022.

LIN, Y. et al. Physical activity and successful aging among middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Aging**, v. 12, n. 9, p. 7704–7716, 29 abr. 2020.

LIN, Y.-C.; YAN, H.-T. Association between political group participation and depressive symptoms among older adults: an 11-year longitudinal study in Taiwan. **Journal of Public Health**, v. 44, n. 4, p. 778–786, 8 set. 2021.

LU, Y. et al. Social Participation and Healthy Aging Among the Older Japanese: The Ohsaki Cohort 2006 Study. **The Journals of Gerontology**, v. 77, n. 1, p. 106–113, 10 abr. 2022.

MA, L.; GU, D. The role of marriage in the life satisfaction and mortality association at older ages: age and sex differences. **Aging & Mental Health**, v. 27, n. 3, p. 612–620, 18 fev. 2022.

MA, R. et al. Physical Multimorbidity and Social Participation in Adult Aged 65 Years and Older From Six Low- and Middle-Income Countries. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 7, p. 1452–1462, 30 mar. 2021.

MAIA, L. C. et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5041–5050, dez. 2020a.

MAIA, L. C. et al. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. **Revista De Saude Publica**, v. 54, p. 35–35, 24 abr. 2020b.

MAKOVSKI, T. T. et al. Role of clinical, functional and social factors in the association between multimorbidity and quality of life: Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **PLOS ONE**, v. 15, n. 10, p. e0240024, 20 out. 2020.

MARTINS, T. C. DE F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483–4496, out. 2021.

MEDRONHO R; BLOCH KV; LUIZ RR; WERNECK GL (eds.). Epidemiologia. Atheneu, São Paulo, 2ª Edição, 2009.

MENEZES, C. et al. Determinantes do trabalho remunerado entre brasileiros mais velhos usando modelagem de equações estruturais: evidências do ELSI-Brasil. **Cadernos De Saude Publica**, 1 jan. 2020.

MEUCCI, R. et al. Functional dependence among older adults: a cross-sectional study with a rural population of southern Brazil. **Rural and Remote Health**, 1 out. 2020.

MIKI, E.; KAWABATA, R. Associations between occupational performance and quality of life, well-being, and instrumental activities of daily living in older adults. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2020.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 22, n. 1, p. 31–35, 28 jan. 2021.

MOTA, T. A. et al. Factors associated with the functional capacity of elderly individuals with hypertension and/or diabetes mellitus. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, jan. 2020.

MUHAMMAD, T. The role of religiosity and religious participation in the relationship between depressive symptoms and cognitive impairment among older Indian adults. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, 13 jul. 2022.

NAGARGOJE, V. P.; JAMES, K. S.; MUHAMMAD, T. Moderation of marital status and living arrangements in the relationship between social participation and life satisfaction among older Indian adults. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, 29 nov. 2022.

NALDI, L.; CAZZANIGA, S. Research Techniques Made Simple: Latent Class Analysis. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 140, n. 9, p. 1676- 1680.e1, set. 2020.

NILSEN, C. et al. Life-course trajectories of working conditions and successful ageing. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 50, n. 5, p. 593–600, 25 maio 2021.

NORONHA, B. P. et al. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4171–4180, 1 nov. 2019.

NORONHA, K. et al. Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil, 2013. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. spe, p. 59–72, 1 jan. 2021.

OLIVEIRA, B. DE; SILVEIRA, A.; MAZO, G. Z.; LODOVICI, F. M. M. Atividades Avançadas de Vida Diária e o processo de individuação de idosos centenários de Florianópolis, SC. **Revista Kairós-Gerontologia**, 23(1), 277-294. São Paulo (SP), 2020.

OLIVEIRA, R. C.; COELHO, R. H. Efeitos das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade sobre saúde e bem-estar dos indivíduos no Brasil. **Cadernos De Saude Publica**, 1 jan. 2021.

PUNYAKAEW, A. et al. Time use in elderly people at the low active aging level: a qualitative study. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, 2022.

RAINA, P. et al. Associations of functional disability and behavioural risk factors with social participation of older adults: a cross-sectional analysis from the Canadian Longitudinal Study on Aging. **BMJ Open**, v. 12, n. 1, p. e052173, jan. 2022.

RHEE, T. G.; LEE, K.; SCHENSUL, J. J. Black–White Disparities in Social and Behavioral Determinants of Health Index and Their Associations with Self-rated Health and Functional Limitations in Older Adults. **The Journals of Gerontology**, v. 76, n. 4, p. 735–740, 13 out. 2020.

RIBEIRO, E. G. et al. Frailty in the elderly: screening possibilities in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. e20200973, 2021.

RIBEIRO, C. C. et al. Propósito de vida e desempenho de atividades avançadas de vida diária em idosos mais velhos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, 2022.

ROCHA, S. V. et al. Cluster de fatores de risco modificáveis e sua associação com percepção negativa de saúde em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 319–328, 1 set. 2022.

ROTE, S. M.; ANGEL, J. L. Gender-Based Pathways to Cognitive Aging in the Mexican-Origin Population in the United States: The Significance of Work and Family. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 4, p. e165–e175, 3 nov. 2020.

SANDOVAL, M. H.; PORTACCIO, M. A.; ALBALA, C. Social participation and 5-year all-cause mortality in older Chilean people. **Cadernos De Saude Publica**, v. 38, n. 3, 1 jan. 2022.

SARDINHA, A. H. DE L. et al. Quality of life of elderly quilombolas in the Brazilian northeast. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, 1 jan. 2019.

SCHMIDT, T. P. et al. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos De Saude Publica**, v. 36, n. 11, 1 jan. 2020.

SILVA, M. S. A.; SILVA, M. C. P. E; SOGAME, L. C. M. Socioeconomic and health conditions associated with the family function of older adults. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

SIMÕES, T.S. et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3991–4006, 1 set. 2021.

SLACHEVSKY, A. et al. Mapping the neuroanatomy of functional decline in Alzheimer's disease from basic to advanced activities of daily living. **Journal of Neurology**, v. 266, n. 6, p. 1310–1322, jun. 2019.

SOARES, V. N. et al. Influência do desempenho físico na mortalidade, funcionalidade e satisfação com a vida de idosos: dados do estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4181–4190, nov. 2019.

SOUZA, L. B. C. DE et al. Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: revisão integrativa da literatura. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3889–3900, 1 out. 2020.

STORENG, S. H.; SUND, E. R.; KROKSTAD, S. Prevalence, clustering and combined effects of lifestyle behaviours and their association with health after retirement age in a prospective cohort study, the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, 10 jun. 2020.

TAKAYAMA, A. et al. Association Between Paid Work and Health-Related Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults: The Sukagawa Study. **Journal of Applied Gerontology**, v. 42, n. 5, p. 1056–1067, 20 jan. 2023.

THONGLOR, R.; NAKAMURA, K.; SEINO, K. Sociodemographic characteristics and functional health among Thai older adults in skipped generation households. **Health & Social Care in The Community**, v. 30, n. 6, 27 jul. 2022.

TORNERO-QUIÑONES, I. et al. Functional Ability, Frailty and Risk of Falls in the Elderly: Relations with Autonomy in Daily Living. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 3, p. 1006, 5 fev. 2020.

UCHIDA, K. et al. Social Network Moderates the Association between Frequency of Social Participation and Physical Function among Community-dwelling Older Adults. **Physical therapy research**, v. 25, n. 3, p. 120–126, 1 jan. 2022.

UKAWA, S. et al. Leisure activities and instrumental activities of daily living: A 3-year cohort study from the Japan Gerontological Evaluation Study. **Geriatrics & Gerontology International**, 22 dez. 2021.

USNAYO, R. E. KELCA et al. Autoavaliação negativa da saúde em pessoas idosas associada a condições socioeconômicas e de saúde: inquérito populacional em Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 1 jan. 2020.

VATNER, S. F. et al. Healthful aging mediated by inhibition of oxidative stress. **Ageing Research Reviews**, v. 64, p. 101194, dez. 2020.

VELOSO, M. V. et al. Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 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.

VOGELSANG, E. M.; LARISCY, J. T. Let's Drink to Being Socially Active: Family Characteristics, Social Participation, and Alcohol Abuse across Mid- and Later-life. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 61, n. 4, p. 453–469, 13 out. 2020.

WANG, X. et al. Impact of Social Participation Types on Depression in the Elderly in China: An Analysis Based on Counterfactual Causal Inference. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 1 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE et al. **Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care: working document: WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery**. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO clinical consortium on healthy ageing 2019: report of consortium meeting held 21-22 November 2019, Geneva, Switzerland**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing: baseline report: summary**. Geneva: World Health Organization, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Addressing and managing conflicts of interest in alcohol control policies**. Geneva: WHO; 2021b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Locomotor Capacity Working Group report on initial steps towards measurements of locomotor capacity in older people.** [s.l.] World Health Organization, 2022a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **TOBACCO: Poisoning our planet.** Geneva: WHO; 2022b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National programmes for age-friendly cities and communities: a guide.** Geneva: World Health Organization; 2023.

XU, L. et al. Associations between frailty, sociodemographic characteristics and quality-of-life among community-dwelling older adults: A cross-sectional study. **Nursing open**, v. 10, n. 4, p. 2392–2405, 22 nov. 2022.

XU, Q.; OU, X.; LI, J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 17 out. 2022.

XU, X. et al. An investigation and analysis of the activities of daily living of older adults living at home in Ningxia Hui Autonomous Region of China: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, 25 set. 2020.

YANG, Y.-L. et al. Contributions of early-life cognitive reserve and late-life leisure activity to successful and pathological cognitive aging. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 1, 1 nov. 2022.

YEUNG, S. S. Y.; KWAN, M.; WOO, J. Healthy Diet for Healthy Aging. **Nutrients**, v. 13, n. 12, p. 4310–4310, 29 nov. 2021.

YIN, R. et al. Bridge Employment and Longevity: Evidence From a 10-Year Follow-Up Cohort Study in 0.16 Million Chinese. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 77, n. 4, p. 750–758, 28 out. 2021.

YU, M. et al. Key Signaling Pathways in Aging and Potential Interventions for Healthy Aging. **Cells**, v. 10, n. 3, p. 660, 16 mar. 2021.

ZACHER, H. et al. Motivation and Healthy Aging at Work. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. Supplement_2, p. S145–S156, 23 abr. 2021.

ZANESCO, C. et al. Dificuldade funcional em idosos brasileiros: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2013). **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1103–1118, 1 mar. 2020.

ZHANG, Y. et al. Effect of socioeconomic status on the physical and mental health of the elderly: the mediating effect of social participation. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 29 mar. 2022.

ZHAO, H.; ANDREYEVA, T. Diet Quality and Health in Older Americans. **Nutrients**, v. 14, n. 6, p. 1198–1198, 11 mar. 2022.

ZILIOLI, S. et al. Socioeconomic Status, Ecologically Assessed Social Activities, and Daily Cortisol Among Older Urban African Americans. **Journal of Aging and Health**, v. 32, n. 7-8, p. 830–840, 3 jul. 2019.

