



## ARTIGO ORIGINAL



## Prevalência da participação de pessoas idosas brasileiras em Atividades Avançadas da Vida Diária e fatores associados

### Prevalence of participation of Brazilian aged people in Advanced Activities of Daily Living and associated factors

Vanessa de Barros e Silva Mazer<sup>I</sup> , Rafael da Silveira Moreira<sup>I</sup> , Kenio Costa de Lima<sup>II</sup> ,  
Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano<sup>I</sup> , Vanessa de Lima Silva<sup>I</sup>

<sup>I</sup>Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Estimar a prevalência da participação de pessoas idosas brasileiras em Atividades Avançadas da Vida Diária e fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido com dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram incluídas pessoas idosas (60 anos ou mais). A variável dependente foi composta pelas questões da PNS referentes à realização de Atividades Avançadas da Vida Diária relacionadas a trabalho, lazer e participação social. Foram realizadas análise descritiva, teste de Rao-Scott e análise de resíduo padronizado. As medidas de efeito foram calculadas por modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial. **Resultados:** A maioria das pessoas idosas brasileiras apresenta baixa participação para as Atividades Avançadas da Vida Diária. As pessoas idosas do sexo masculino, entre 60 e 69 anos, brancas, das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com níveis educacionais mais elevados, ausência de doenças crônicas, consumo mensal de álcool, prática de atividade física regular, ingestão frequente de verduras ou legumes, uso de óculos e independência no deslocamento estavam mais propensas a executar Atividades Avançadas da Vida Diária. **Conclusão:** Esses resultados reforçam a influência significativa dos fatores demográficos, socioeconômicos e clínicos ligados ao estilo de vida e à capacidade intrínseca na execução das Atividades Avançadas da Vida Diária. No âmbito mais amplo, tais descobertas podem fortalecer as políticas públicas de envelhecimento ativo e saudável.

**Palavras-chave:** Atividades cotidianas. Idoso. Atividades de lazer. Participação social. Trabalho. Estado funcional.

**AUTORA CORRESPONDENTE:** Vanessa de Barros e Silva Mazer. Avenida Professor Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, CEP: 50670-901, Recife (PE), Brasil. E-mail: [vanessamazer@gmail.com](mailto:vanessamazer@gmail.com)

**CONFLITO DE INTERESSES:** nada a declarar.

**COMO CITAR ESSE ARTIGO:** Mazer VBS, Moreira RS, Lima KC, Coriolano MGWS, Silva VL. Prevalência da participação de pessoas idosas brasileiras em Atividades Avançadas da Vida Diária e fatores associados. Rev Bras Epidemiol. 2024; 27: e240070. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240070.2>

**EDITORA ASSOCIADA:** Michele Lacerda Pereira Ferrer

**EDITORES CIENTÍFICOS:** Cassia Maria Buchalla e Juraci Almeida Cesar

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 24/05/2024.

Revisado em: 20/10/2024.

Aceito em: 25/10/2024.



## INTRODUÇÃO

A realização das Atividades da Vida Diária (AVD) é fundamental para conservação das capacidades físicas, mentais e sociais da pessoa idosa, funcionando como um poderoso parâmetro para avaliar a funcionalidade<sup>1,2</sup>. As AVD são, em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD)<sup>3</sup>.

As AAVD referem-se a funções físicas e sociais realizadas voluntariamente no cotidiano. Embora não sejam exclusivas a pessoas idosas, essa faixa etária tende a sofrer um maior declínio nessas atividades devido a alterações na saúde geral, bem como em aspectos cognitivos e sociais<sup>4</sup>.

Em 1989, Reuben e Solomon agruparam as AAVD em atividades relacionadas a integração social, atividades produtivas e atividades de lazer<sup>5</sup>. O comprometimento nessas atividades pode antecipar comprometimentos funcionais em AIVD e ABVD<sup>6</sup>.

A realização das AAVD está diretamente relacionada ao envelhecimento saudável, que envolve o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional, contribuindo para o bem-estar na velhice<sup>7,8</sup>. 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 da pessoa idosa<sup>9</sup>.

Embora as AAVD pareçam familiares, na literatura são tratadas de diferentes maneiras. Muitos autores não diferenciam AAVD e AIVD, tratando todas como AVD. Já outros discutem as AAVD separadamente, dividindo-as em atividades de lazer, atividades de participação social e atividades relacionadas ao trabalho.

No contexto brasileiro, além dessas lacunas, observa-se a carência de análise dos fatores que influenciam a realização das AAVD. Um estudo realizado no Brasil em 2020 avaliou a quantidade de AAVD que as pessoas idosas realizavam em uma lista de 13 itens<sup>10</sup>. Já outra pesquisa, desenvolvida por Castro et al.<sup>11</sup>, avaliou o engajamento de pessoas idosas brasileiras em atividades laborais remuneradas.

Um estudo conduzido no Brasil em 2021 focou na participação de pessoas idosas em atividades sociais<sup>12</sup>. Usnayo et al.<sup>13</sup>, também no Brasil, identificaram fatores que interferem negativamente na participação das pessoas idosas em atividades sociais e de lazer.

O entendimento sobre os fatores que podem influenciar as AAVD em pessoas idosas brasileiras ainda é incipiente na literatura, visto que a maioria dos estudos foram realizados com amostras locais ou com as AAVD de forma isolada (lazer, trabalho ou participação social). Assim, é essencial investigar quais fatores impactam a realização dessas atividades.

Nesse cenário, esta pesquisa é relevante, pois ajuda a preencher a lacuna na literatura brasileira sobre AAVD. Além disso, tem um grande impacto científico, pois traz um panorama da capacidade funcional das pessoas idosas do

Brasil antes da pandemia da COVID-19, servindo de base para comparação com pesquisas futuras.

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

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal de base populacional com abordagem analítica de dados secundários presentes no banco de dados da PNS de 2019. A população-alvo da PNS é constituída pelos moradores em domicílios particulares permanentes pertencentes a todo o território nacional. Para o presente estudo foram utilizados os dados da PNS referentes à população de pessoas idosas com 60 anos ou mais.

Em relação à amostragem, o plano amostral empregado pela PNS é o de amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPAs). As primeiras UPAs são referentes aos setores censitários ou ao conjunto de setores, as segundas UPAs são os domicílios e as terceiras UPAs são os moradores de 15 anos ou mais de idade. A seleção de cada um dos três estágios foi feita por Amostragem Aleatória Simples (AAS).

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 em um programa estatístico para análise dos dados. 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 3.529.376 e obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A variável dependente deste estudo corresponde às Atividades Avançadas de Vida Diária. Foi utilizada como base para a escolha das variáveis a lista de AAVD, constituída por atividades de âmbito social, produtivo e de lazer, aplicada pelo estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA)<sup>14</sup>.

As variáveis relacionadas às AAVD foram selecionadas no banco de dados da PNS tendo como base os itens da lista de AAVD do protocolo FIBRA, sendo encontradas seis variáveis que se adequaram às AAVD: participação em atividades coletivas de religião; participação em reuniões sociais para atividades físicas, recreativas ou artísticas; condução de automóvel; trabalho voluntário; trabalho remunerado e participação de associações ou movimentos sociais (Quadro Suplementar 1).

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).

As variáveis independentes foram classificadas como variáveis demográficas (sexo, idade, raça/cor, estado civil e regiões); socioeconômicas (escolaridade e local de mo-

radia); clínicas (autoavaliação da saúde segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, quedas, depressão, câncer, doença renal crônica, doenças do sistema circulatório, doenças do sistema endócrino, doenças do sistema respiratório e doenças do sistema osteomuscular); relacionadas ao estilo de vida (consumo de álcool, atividade física, uso de tabaco, consumo de verduras ou legumes, consumo de frutas, consumo de refrigerantes e consumo de alimentos doces industrializados); e relacionadas à capacidade intrínseca (visão, audição e locomoção).

Na ACL foi identificada a quantidade de classes que melhor definem o objeto de estudo, levando em consideração alguns critérios estatísticos: a entropia, o Critério de Informação Akaike (AIC), o Critério de Informação Bayesiano (BIC) e BIC ajustado, utilizados para avaliar os ajustes do modelo através do programa estatístico Mplus 8.

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) foram 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.

Os dados foram analisados com um programa estatístico que considerou os pesos e estratos amostrais da PNS. Variáveis com mais de cinco categorias foram reorganizadas. A análise descritiva incluiu frequência absoluta e 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 utilizado em amostras complexas e análise de resíduo padronizado. O nível de significância adotado foi de 5%.

As medidas de efeito dos fatores sobre a variável dependente foram calculadas usando modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial, seguindo o princípio da abordagem hierarquizada de Victora. Para estratificar os níveis hierárquicos, utilizou-se o modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de Dahlgren e Whitehead. Foram eleitas para análise múltipla as variáveis que obtiverem  $p < 0,25$  na análise simples.

## RESULTADOS

Dos 43.554 idosos do banco de dados da PNS, apenas 22.728 responderam ao questionário do morador e foram incluídos neste estudo. As frequências das variáveis independentes estão descritas na Tabela 1. A maioria das pessoas idosas eram do Nordeste (34%). A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos (55,2%), com 55,2% sendo do sexo feminino e 43,8% casados. A maioria residia em casa (83,3%), possuía ensino fundamental completo (48,9%) e se autodeclararam pardos (44%) ou brancos (43,6%).

Quanto à saúde, 46,8% tinham doenças circulatórias e 37,7% osteomusculares, enquanto 83,6% não tinham cá-

do nos últimos 12 meses. Na questão de estilo de vida, a maioria não consumia álcool (75,2%), não praticava atividade física (70,9%), não fumava (88,2%), consumia verduras ou legumes diariamente (64%) e frutas com a mesma frequência (63,4%). A maior parte não consumia refrigerantes (72,4%) ou doces industrializados (58,2%).

O modelo de três classes latentes foi escolhido pois apresentou melhor desempenho (Tabela Suplementar 1), revelando padrões distintos de engajamento em AAVD entre as classes identificadas.

Considerando a definição adotada para as AAVD nesta pesquisa, juntamente com a frequência de participação nas atividades e sua complexidade (Gráfico Suplementar 1), as seguintes categorias foram atribuídas: nível alto de participação para classe 1, nível intermediário de participação para classe 2 e nível baixo de participação para classe 3.

A maioria teve uma participação considerada baixa nas AAVD, com uma proporção significativa de 73,1%, seguido por uma participação intermediária (18,1%) e uma alta participação (8,9%).

A análise bivariada (Tabela 1) mostrou associações significativas entre a realização de AAVD e várias variáveis, como sexo, idade, raça/cor, estado civil, região, escolaridade, saúde autoavaliada, histórico de quedas, depressão e várias doenças crônicas. Outros fatores associados incluíram consumo de álcool, prática de atividade física, tabagismo, hábitos alimentares, uso de dispositivos de correção visual e auxílios para locomoção.

A análise de regressão logística multinomial (Tabela 2) 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, estão demonstrados na Figura 1.

Nas variáveis demográficas, homens idosos têm 7,68 vezes mais chances de ter um alto nível de participação em AAVD. Pessoas de 60 a 69 anos têm 4,46 vezes mais chances; pessoas idosas brancas têm 64% mais chances do que as negras; divorciados têm 57% mais chances do que viúvos. Na região Sudeste, as chances são 57% maiores do que no Nordeste. Em termos socioeconômicos, pessoas idosas com ensino superior têm 36 e 10,62 vezes mais chances de terem níveis intermediário e alto de participação em AAVD.

Nas variáveis clínicas, ter saúde “muito boa” apresentou quase 7 vezes mais chances de ter um alto nível de participação e aquelas que não caíram nos últimos 12 meses têm 49% mais chances. Além disso, as pessoas idosas sem doenças têm mais chances de terem níveis alto e intermediário de participação em AAVD.

Quanto ao estilo de vida, não consumir álcool diminui as chances de ter um alto nível de participação em 79%, enquanto praticar atividade física aumenta em 69%. Não fumar diariamente aumenta em 31% as chances de ter um nível intermediário de participação e consumir verduras ou legumes de 4 a 7 vezes por semana aumenta as chances em 56% para o nível intermediário. Por outro lado,

**Tabela 1. 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. Pesquisa Nacional de Saúde, 2023.**

Variável	Nível alto de participação em AAVD% (IC95%)	Nível intermediário de participação em AAVD% (IC95%)	Nível baixo de participação em AAVD% (IC95%)	Valor de p	Total %
<b>Variáveis demográficas</b>					
Sexo					
Homem	82 (79–84,6) <sup>a</sup>	49,9 (47,6–52,1) <sup>a</sup>	37,6 (36,4–38,8)	<0,001*	44,8
Mulher	18 (15,4–21)	50,1 (47,9–52,4)	62,4 (61,2–63,6) <sup>a</sup>		55,2
Idade (anos)					
60 a 69	75 (72–77,8) <sup>a</sup>	66,7 (64,4–68,9) <sup>a</sup>	48,7 (47,5–49,9)	<0,001*	55,2
70 a 79	21,4 (18,7–24,3)	26,9 (24,9–29,1)	33,6 (32,5–34,7) <sup>a</sup>		31,5
80 ou +	3,6 (2,1–5,1)	6,4 (5,4–7,5)	17,7 (16,7–18,7) <sup>a</sup>		13,3
Raça/cor					
Branco	68 (64,7–71,3) <sup>a</sup>	60,4 (58–62,6) <sup>a</sup>	47,5 (46,2–48,8)	<0,001*	43,6
Negro	29,2 (26,3–32,4)	38 (35,8–40,3)	50,7 (49,4–52) <sup>a</sup>		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					
Casado(a)	59,7 (55,6–63,6) <sup>a</sup>	52,4 (50,1–54,7) <sup>a</sup>	38,6 (37,5–39,8)	<0,001*	43,8
Divorciado(a)	17,8 (14,6–21,5) <sup>a</sup>	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) <sup>a</sup>		26,8
Solteiro(a)	12,7 (10,7–15)	13,4 (11,9–14,9)	18,1 (17,1–19) <sup>a</sup>		18,5
Regiões					
Norte	3,1 (2,6–3,8)	4,1 (3,7–4,7)	5,7 (5,4–6) <sup>a</sup>	<0,001*	15,3
Nordeste	13,6 (11,7–15,7)	16,6 (15,2–18,2)	27,6 (26,7–28,6) <sup>a</sup>		34
Sudeste	56,6 (53,1–60,1)	47,2 (44,7–49,7) <sup>a</sup>	46,6 (45,4–47,9)		25,6
Sul	19,7 (17,4–22,2) <sup>a</sup>	25,1 (23,2–27,1) <sup>a</sup>	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
<b>Variáveis socioeconômicas</b>					
Escolaridade					
Sem instrução	0,2 (0,0–0,7)	0,1 (0,0–0,2)	0,6 (0,5–0,8) <sup>a</sup>	<0,001*	0,6
Alfabetizado	0,9 (0,5–1,6)	2,8 (2,2–3,7)	6,6 (6–7,2) <sup>a</sup>		6,1
Ensino fundamental	42,8 (39,4–46,2)	43,8 (41,1–46,4)	68,1 (66,8–69,4) <sup>a</sup>		48,9
Ensino médio	24,7 (21,8–28) <sup>a</sup>	23,6 (21,5–25,7) <sup>a</sup>	16,5 (15,5–17,5)		15,7
Ensino superior	31,4 (27,9–35,1) <sup>a</sup>	29,8 (27,3–32,3) <sup>a</sup>	8,2 (7,4–9)		11,8
Local de moradia					
Casa	77,4 (73,2–81,1)	78,7 (76,3–80,9)	90,5 (89,6–91,4) <sup>a</sup>	<0,001*	88,3
Apartamento	22,5 (18,8–26,7) <sup>a</sup>	22,2 (19–23,6) <sup>a</sup>	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
<b>Variáveis clínicas</b>					
Autoavaliação da saúde segundo a OMS					
Muito boa	18,4 (15,8–21,2) <sup>a</sup>	19,6 (17,7–21,6) <sup>a</sup>	8,4 (7,7–9,2)	<0,001*	10,3
Boa	60,3 (56,6–64) <sup>a</sup>	58 (55,7–60,2) <sup>a</sup>	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) <sup>a</sup>		30,9
Ruim	2,1 (1,2–3,5)	2,4 (1,8–3,2)	6,9 (6,3–7,5) <sup>a</sup>		6,1
Muito ruim	0,1 (0,0–0,7)	0,3 (0,1–0,6)	2 (1,7–2,4) <sup>a</sup>		1,3
Quedas					
Sim	7,3 (5,8–9,1)	12,1 (10,8–13,6)	18,4 (17,5–19,4) <sup>a</sup>	<0,001*	16,4
Não	92,7 (90,9–94,2) <sup>a</sup>	87,9 (86,4–89,2) <sup>a</sup>	81,6 (80,6–82,5)		83,6
Depressão					
Sim	8,5 (6,4–11,1)	12,1 (10,7–13,6)	12,5 (11,7–13,3) <sup>a</sup>	0,011	10,4
Não	91,5 (88,9–93,6) <sup>a</sup>	87,9 (86,4–89,3)	87,5 (86,7–88,3)		89,6
Câncer					
Sim	6,6 (4,8–9,1)	8,8 (7,5–10,2) <sup>a</sup>	6,6 (6–7,2)	0,21	6,2
Não	93,4 (90,9–95,2)	91,2 (89,8–92,5)	93,4 (92,8–94) <sup>a</sup>		93,8
Doença renal crônica					
Sim	1,2 (0,8–2)	2,9 (2,2–3,9) <sup>a</sup>	2,4 (2,1–2,8)	0,23	2,3
Não	98,8 (98–99,2) <sup>a</sup>	97,1 (96,1–97,8)	97,6 (97,2–97,9)		97,7

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	Nível alto de participação em AAVD% (IC95%)	Nível intermediário de participação em AAVD% (IC95%)	Nível baixo de participação em AAVD% (IC95%)	Valor de p	Total %
<b>Doenças do sistema circulatório</b>					
Nenhuma	51,1 (47,9–54,3) <sup>a</sup>	45,7 (43,2–48,2) <sup>a</sup>	36,1 (35–37,3)	<0,001*	40,5
1	40,9 (37,7–44,1)	44,6 (42,2–47)	49,3 (48,1–50,5) <sup>a</sup>		46,8
2 ou 3	8,1 (6,3–10,2)	9,7 (8,4–11,2)	14,5 (13,7–15,4) <sup>a</sup>		12
<b>Doenças do sistema endócrino</b>					
Nenhuma	67,5 (64,2–70,7) <sup>a</sup>	60,4 (57,9–62,9)	58,9 (57,7–60,2)	<0,001*	59,4
1	26,7 (23,8–29,8)	33,7 (31,3–36,1) <sup>a</sup>	31,5 (30,4–32,7)		28,4
2	5,8 (4,4–7,6)	5,9 (5–7,1)	9,5 (8,9–10,3) <sup>a</sup>		8,1
<b>Doenças do sistema respiratório</b>					
Nenhuma	94,4 (92,7–95,8)	93,8 (92,7–94,8)	92,8 (92,1–93,5)	0,135	93,9
1	5,1 (3,8–6,8)	5,3 (4,4–6,3)	6,1 (5,5–6,9) <sup>a</sup>		5,4
2	0,4 (0,2–1)	0,9 (0,6–1,4)	1 (0,8–1,3) <sup>a</sup>		0,8
<b>Doenças do sistema osteomuscular</b>					
Nenhuma	71,4 (67,6–74,9) <sup>a</sup>	61,2 (58,9–63,5)	59,5 (58,2–60,7)	<0,001*	62,3
1	24,6 (21,5–28)	30,8 (28,7–33)	29,4 (28,2–30,5)		28,5
2	4 (2,8–5,6)	8 (6,9–9,3)	11,2 (10,4–12) <sup>a</sup>		9,2
<b>Variáveis relacionadas ao estilo de vida</b>					
<b>Consumo de álcool</b>					
Não bebo nunca	42,2 (38,5–46)	58,2 (55,9–60,6)	80,4 (79,3–81,4) <sup>a</sup>	<0,001*	75,2
Menos de uma vez por mês	10,1 (8,4–12,2) <sup>a</sup>	11,2 (9,9–12,7) <sup>a</sup>	7 (6,4–7,7)		8,3
Uma vez ou mais por mês	47,7 (43,7–51,7) <sup>a</sup>	30,6 (28,4–32,8) <sup>a</sup>	12,6 (11,8–13,5)		16,5
<b>Atividade física</b>					
Sim	42,9 (39,5–46,4) <sup>a</sup>	59 (56,7–61,4) <sup>a</sup>	22,1 (21,2–23,1)	<0,001*	29,1
Não	57,1 (53,6–60,5)	41 (38,6–43,3)	77,9 (76,9–78,8) <sup>a</sup>		70,9
<b>Uso de tabaco</b>					
Sim, diariamente	14,6 (11,9–17,9) <sup>a</sup>	8,3 (7,1–9,6)	11,6 (10,9–12,4)	<0,001*	11,1
Sim, menos que diariamente	0,3 (0,1–0,7)	0,4 (0,2–0,8)	0,7 (0,5–1) <sup>a</sup>		0,7
Não fumo atualmente	85,1 (81,9–87,8)	91,3 (90–92,5) <sup>a</sup>	87,7 (86,8–88,4)		88,2
<b>Consumo de verduras ou legumes (vezes por semana)</b>					
Nunca	3 (2,1–4,2)	2,4 (1,7–3,2)	6,7 (6,2–7,2) <sup>a</sup>	<0,001*	7,6
1 a 3	20,2 (17,7–22,9)	19,2 (17,3–21,1)	26,7 (25,6–27,8) <sup>a</sup>		28,4
4 a 7	76,8 (74–79,5) <sup>a</sup>	78,5 (76,4–80,4) <sup>a</sup>	66,6 (65,5–67,7)		64
<b>Consumo de frutas (vezes por semana)</b>					
Nunca	7,8 (5,9–10,2)	4,7 (3,9–5,8)	7,9 (7,3–8,6) <sup>a</sup>	<0,001*	7,9
1 a 3	23,6 (20,8–26,7)	20,2 (18,2–22,3)	28,7 (27,6–29,8) <sup>a</sup>		28,8
4 a 7	68,6 (65,2–71,8) <sup>a</sup>	75,1 (72,8–77,2)	63,4 (62,2–64,5)		63,4
<b>Consumo de refrigerantes (vezes por semana)</b>					
Nunca	62,1 (58,8–65,4)	69,5 (67,2–71,7)	70,3 (69,1–71,5) <sup>a</sup>	<0,001*	72,4
1 a 3	28,5 (25,5–31,6) <sup>a</sup>	24,4 (22,4–26,5)	23,6 (22,5–24,7)		22,4
4 a 7	9,4 (7,6–11,5) <sup>a</sup>	6,1 (5–7,3)	6,1 (5,5–6,9)		5,2
<b>Consumo de alimentos doces industrializados (vezes por semana)</b>					
Nunca	47,6 (44,2–50,9)	48,4 (45,9–50,8)	56,5 (55,2–57,7) <sup>a</sup>	<0,001*	58,2
1 a 3	34,5 (31,2–38) <sup>a</sup>	34,4 (32,1–36,8) <sup>a</sup>	28,7 (27,6–29,8)		28,1
4 a 7	17,9 (15,2–21) <sup>a</sup>	17,3 (15,5–19,1)	14,9 (14–15,8)		13,6
<b>Variáveis relacionadas à capacidade intrínseca</b>					
<b>Usa óculos ou outro aparelho de auxílio para lidar com problemas de visão?</b>					
Sim	82,2 (79,6–84,6) <sup>a</sup>	82,5 (80,7–84,2) <sup>a</sup>	70 (68,9–71,1)	<0,001*	69,9
Não	17,8 (15,4–20,4)	17,5 (15,8–19,3)	30 (28,9–31,1) <sup>a</sup>		30,1
<b>Usa aparelho auditivo ou outro aparelho de auxílio para ouvir melhor?</b>					
Sim	3,5 (2,4–5,1)	2,9 (2,2–3,8)	3,2 (2,8–3,7)	0,68	2,8
Não	96,5 (94,9–97,6)	97,1 (96,2–97,8)	96,8 (96,3–97,2)		97,2
<b>Usa algum aparelho de auxílio para se locomover?</b>					
Sim	1,6 (0,9–2,6)	1,9 (1,4–2,7)	8,6 (7,9–9,3) <sup>a</sup>	<0,001*	6,2
Não	98,4 (97,4–99,1) <sup>a</sup>	98,1 (97,3–98,6) <sup>a</sup>	91,4 (90,7–92,1)		93,8

AAVD: Atividades Avançadas de Vida Diária; IC95%: intervalo de confiança de 95%; OMS: Organização Mundial de Saúde. \*p<0,05 (Teste de Rao e Scott); <sup>a</sup>Resíduos padronizados >1,96.

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 2. 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%)
<b>Variáveis demográficas</b>		
Sexo		
Homem	7,68 (6,12-9,64)*	1,84 (1,59-2,12)*
Mulher	1,00	1,00
Faixa etária (anos)		
60 a 69	4,46 (2,89-6,88)*	2,25 (1,77-2,84)*
70 a 79	2,14 (1,37-3,35)*	1,54 (1,21-1,96)*
80 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
<b>Variáveis socioeconômicas</b>		
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
<b>Variáveis clínicas</b>		
Autoavaliação 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	1,53 (1,12-2,11)*	1,21 (0,96-1,52)
1	1,29 (0,94-1,76)	1,05 (0,85-1,31)
2 ou 3	1,00	1,00
Doenças do sistema endócrino		
Nenhuma	1,17 (0,80-1,71)	1,38 (1,07-1,78)*
1	1,25 (0,86-1,83)	1,18 (0,93-1,50)
2	1,00	1,00

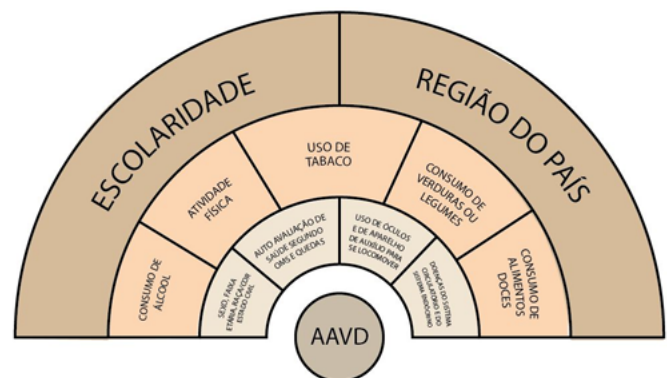
Continua...

**Tabela 2. Continuação.**

Variável	Nível alto de participação em AAVD	Nível intermediário de participação em AAVD % (IC95%)
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
<b>Variáveis relacionadas ao estilo de vida</b>		
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 (vezes por semana)		
4 a 7	1,12 (0,76-1,67)	1,56 (1,07-2,27)*
1 a 3	1,11 (0,73-1,68)	1,39 (0,93-2,08)
Nunca	1,00	1,00
Consumo de alimentos doces industrializados (vezes por semana)		
Nunca	0,84 (0,66-1,07)	0,81 (0,68-0,96)*
1 a 3	1,01 (0,79-1,29)	1,01 (0,84-1,21)
4 a 7	1,00	1,00
<b>Variáveis relacionadas à capacidade intrínseca</b>		
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)*

AAVD: Atividades Avançadas de Vida Diária; OR odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; OMS: Organização Mundial de Saúde. \*valores em que o IC não toca 1,0.

Fonte: Elaborado pela autora.



AAVD: Atividades Avançadas de Vida Diária.

Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 1. Modelo final das variáveis da regressão logística multinomial dos fatores associados à realização das Atividades Avançadas de Vida Diária em pessoas idosas brasileiras, 2023.**

não consumir alimentos doces industrializados diminui as chances em 19% para o nível intermediário.

Finalmente, no âmbito das variáveis relacionadas à capacidade intrínseca, não usar óculos diminui as chances em 36% para o alto nível de participação, enquanto não usar aparelho de auxílio para locomoção aumenta as chances em 2 vezes para o alto nível de participação em AAVD.

## DISCUSSÃO

Os resultados destacaram uma baixa participação das pessoas idosas brasileiras em AAVD. A análise revelou que pessoas idosas do sexo masculino, com idade entre 60 e 69 anos, de autodeclaração branca, residentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com maior escolaridade, autoavaliação de saúde positiva, sem histórico recente de quedas, sem doenças circulatórias ou endócrinas, com hábitos de consumo saudáveis e autonomia no deslocamento foram as mais propensas a participar das AAVD.

A constatação da baixa participação das pessoas idosas em AAVD é consistente com estudos anteriores realizados no Brasil, incluindo um, conduzido em 2020, que também identificou a baixa participação de pessoas idosas em diferentes AAVD<sup>10</sup>. Além disso, pesquisas conduzidas em outros cenários, como na China, por Zhang et al.<sup>15</sup>, também identificaram baixa participação em AAVD.

Uma possível explicação para esse achado é a influência do ambiente familiar e social, em que as pessoas idosas podem optar por não se engajar em atividades devido a pressões sociais ou culturais. Existe a possibilidade de que a falta de engajamento ocorra 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 as pessoas idosas 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<sup>16</sup>.

Para promover um envelhecimento saudável e inclusivo, é fundamental combater estereótipos negativos, como o etarismo, e criar uma mentalidade que valorize a diversidade e a capacidade das pessoas idosas. Isso implica garantir que elas tenham acesso a oportunidades significativas de participação social e autonomia na tomada de decisões.

Quando se trata dos fatores associados à realização das AAVD, este estudo identificou associações em diferentes níveis. Inicialmente, no nível distal, no âmbito da escolaridade, pessoas idosas com nível educacional mais elevado apresentaram maior probabilidade de desenvolver as AAVD. Esse achado corrobora com Usnayo et al.<sup>13</sup>, que destacaram o impacto negativo da baixa escolaridade no acesso a serviços e na participação em atividades sociais e de lazer no Brasil.

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 de pessoas idosas.

No que concerne às diferentes regiões do país, esta pesquisa identificou uma menor probabilidade de envolvimento em AAVD na região Nordeste em comparação com as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. De acordo com a pesquisa realizada por Oliveira et al.<sup>17</sup>, 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, uma das AAVD.

O nível intermediário da análise deste estudo destaca o contexto da atividade física entre as pessoas idosas. Aquelas que se engajam nessa prática demonstraram maior propensão para realizar AAVD. Uma meta-análise realizada por Lin et al.<sup>18</sup> destacou o efeito protetor da atividade física para um envelhecimento bem-sucedido e outros estudos sugerem que atividades sociais estão ligadas a estilos de vida saudáveis, com a atividade física emergindo como um fator crucial<sup>19,20</sup>.

Esses achados reforçam a vitalidade da atividade física como uma estratégia preventiva de grande impacto para os desafios enfrentados pelo envelhecimento. Ela pode sustentar a independência funcional e a realização de AAVD entre as pessoas idosas, reforçando a necessidade de promover e incentivar essa prática como parte integral do cuidado à saúde dessa população.

No tocante ao consumo de tabaco, os dados deste estudo indicam que as pessoas idosas não fumantes tendem a se envolver mais em AAVD, corroborando achados similares de Storeng et al.<sup>21</sup>, que associaram o tabagismo diário à baixa participação social, uma das AAVD.

É importante destacar que o consumo de tabaco aumenta o risco de doenças graves, como câncer, conforme ressaltado pela OMS<sup>22</sup>. Além dos impactos na saúde, o tabagismo afeta a capacidade respiratória, limitando as atividades diárias das pessoas idosas, destacando a necessidade de identificar fatores contribuintes e desenvolver estratégias para reduzir danos e melhorar sua capacidade de participação.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, destaca-se que as pessoas idosas que consumiam verduras ou legumes regularmente demonstraram maior engajamento em AAVD, enquanto aquelas que evitavam alimentos doces tinham menor probabilidade de desenvolvê-las.

O estilo de vida, incluindo os hábitos alimentares, desempenha um papel crucial na saúde das pessoas idosas, influenciando diretamente a prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento e à manutenção da funciona-

lidade<sup>23</sup>. Estratégias para aumentar o consumo de legumes e grãos integrais são eficazes para promover a longevidade e a capacidade de participar das AAVD<sup>24</sup>.

Nesse contexto alimentar das pessoas idosas, é crucial considerar o ambiente em que estão inseridas e as oportunidades disponíveis. Dado que o Brasil é marcado por desigualdades socioeconômicas, essas disparidades influenciam o acesso dessa população à alimentação e devem ser sempre ponderadas.

Por último, na análise multivariada do nível proximal, inicialmente, em relação ao sexo, identificou-se maior presença de homens nos níveis alto e intermediário de AAVD em comparação com as mulheres. Essa constatação é corroborada por uma pesquisa que também apontou uma maior probabilidade de envolvimento em AAVD entre homens idosos, especialmente aquelas relacionadas ao trabalho<sup>25</sup>.

A maior representatividade masculina nessas atividades pode estar relacionada à divisão tradicional de papéis, onde as mulheres idosas frequentemente assumem responsabilidades domésticas, enquanto os homens têm mais tempo para dedicar-se às AAVD. Essa dinâmica também pode estar relacionada à natureza das atividades encontradas nos diferentes níveis de AAVD identificados neste estudo, em que os níveis alto e intermediário estão mais ligados ao trabalho, enquanto o nível baixo está mais relacionado a atividades religiosas.

Em relação à raça/cor foi possível observar que as pessoas idosas de cor branca têm uma maior propensão a se envolverem em AAVD do que as de raça negra. Pesquisas realizadas no Brasil destacaram que a população negra enfrenta exposição desproporcional a fatores que afetam a saúde e a qualidade de vida, como condições socioeconômicas desfavoráveis, habitação precária e menor acesso à educação<sup>26</sup>.

Esses desafios influenciam negativamente a capacidade de participar das AAVD, refletindo as iniquidades raciais enfrentadas pela sociedade brasileira. Diante disso, é crucial adotar políticas públicas e medidas de saúde que abordem essas disparidades, visando melhorar o acesso a educação, cuidados de saúde equitativos e condições de vida adequadas para promover a igualdade de oportunidades entre pessoas idosas de diferentes origens étnicas e socioeconômicas.

No contexto do estado civil, a presente pesquisa identificou que pessoas idosas viúvas e, principalmente, solteiras têm menor probabilidade de se envolverem em AAVD. Esse padrão é consistente com estudos anteriores, como o realizado na Índia, que associou o estado civil à participação em atividades sociais<sup>27</sup>.

Além do aspecto emocional, o parceiro conjugal desempenha múltiplos papéis de suporte, incluindo assistência diária, apoio financeiro, companheirismo emocional e monitoramento da saúde<sup>28</sup>. Esses achados destacam a importância de políticas e programas de envelhecimento que atendam às necessidades específicas por meio de redes de apoio sensíveis às complexidades do estado civil e suas consequências emocionais e sociais.

No que tange à influência das doenças na realização das AAVD, é notável que as pessoas idosas desprovidas de doenças do sistema circulatório e endócrino tendem a apresentar uma maior participação. Entre as doenças circulatórias, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ganha destaque, enquanto, no âmbito das doenças endócrinas, a Diabetes Mellitus (DM) prevalece.

É importante ressaltar que cerca de 92% das pessoas idosas possuem pelo menos uma doença relacionada à idade, principalmente HAS e DM, e que elas são reconhecidas como fatores que podem impactar negativamente a capacidade funcional<sup>29,30</sup>.

No Brasil, programas como o Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2001, visam enfrentar as doenças crônicas na população idosa, com foco na prevenção, no diagnóstico, tratamento e controle da HAS e DM<sup>31</sup>. Essas iniciativas refletem a necessidade de abordagens integradas para mitigar os impactos negativos das doenças crônicas na qualidade de vida das pessoas idosas.

Uma limitação deste estudo foi a possibilidade de causalidade reversa em algumas variáveis, comum em estudos transversais, em que exposição e efeito ocorrem simultaneamente. Além disso, foi identificada a escassez de artigos que abordassem especificamente as AAVD conforme conceituadas nesta pesquisa, já que muitos estudos as tratam separadamente em categorias como participação social, lazer e trabalho.

Os resultados do presente estudo 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 têm potencial para a otimização e o fortalecimento das políticas públicas e programas de saúde que promovam o envelhecimento saudável.

Investir em infraestrutura adaptada às necessidades das pessoas idosas, promover a inclusão em todos os aspectos e oferecer suporte social são estratégias eficazes para fomentar o engajamento em AAVD. Além disso, a continuidade das pesquisas é crucial para aprofundar o conhecimento sobre a participação das pessoas idosas brasileiras em AAVD.

Investimentos em infraestrutura adaptada às necessidades das pessoas idosas, incentivo à inclusão em todos os aspectos e fornecimento de apoio social emergem como estratégias eficazes para estimular o engajamento das pessoas idosas nas AAVD. Além disso, a continuidade de pesquisas é fundamental para enriquecer as informações referentes à participação de pessoas idosas brasileiras em AAVD.

## REFERÊNCIAS

1. Al-Qahtani AM. Health status and functional abilities of elderly males visiting primary health-care Centers in Khamis Mushait, Saudi Arabia. *Clin Interv Aging* 2020; 15: 2129-43. <https://doi.org/10.2147/CIA.S274318>



2. Tornero-Quiñones I, Sáez-Padilla J, Espina Díaz A, Abad Robles MT, Sierra Robles A. Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: relations with autonomy in daily living. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(3): 1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031006>
3. Ribeiro CC, Borim FSA, Batistoni SSST, Cachioni M, Neri AL, Yassuda MS. Propósito de vida e desempenho de atividades avançadas de vida diária em idosos mais velhos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2022; 25(5): e210216. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210216.pt>
4. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(8): 855-61. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb05699.x>
5. Assis APM, de Oliveira BTN, Gomes AL, Soares ADN, Guimarães NS, Gomes JMG. The association between nutritional status, advanced activities of daily living, and cognitive function among Brazilian older adults living in care homes. *Geriatr Nurs* 2020; 41(6): 899-904. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.014>
6. Imamura H, Uchiyama E, Akiyama M, Kaneko I, Takebayashi T, Nishiwaki Y. Relationship of living arrangement with the decline in functional capacity in elderly people by gender: a longitudinal observational study. *Environ Health Prev Med* 2020; 25(1): 15. <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00853-w>
7. Tello J, Huber M, Yordi I. Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Working document: WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019 [acessado em 19 nov. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345961>
8. Soares VN, Fattori A, Neri AL, Fernandes PT. Influência do desempenho físico na mortalidade, funcionalidade e satisfação com a vida de idosos: dados do estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(11): 4181-90. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.07592018>
9. Ocampo Chaparro JM, Reyes Ortiz CA, Castro-Flórez X, Gómez F. Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. The SABE Colombia Study. *Colomb Med (Cali)* 2019; 50(2): 89-101. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4121>
10. Assis APM, Oliveira BTN, Gomes AL, Soares ADN, Guimarães NS, Gomes JMG. The association between nutritional status, advanced activities of daily living, and cognitive function among Brazilian older adults living in care homes. *Geriatr Nurs* 2020; 41(6): 899-904. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.014>
11. Castro CMS, Lima-Costa MF, Neves JAB, Andrade FB, Sampaio RF. Determinantes do trabalho remunerado entre brasileiros mais velhos usando modelagem de equações estruturais: evidências do ELSI-Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(11): e00194619. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194619>
12. Francisco PMSB, Assumpção D, Borim FSA, Yassuda MS, Neri 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. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(12): 6153-64. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.32922020>
13. Usnayo REK, Monteiro GTR, Amaral CA, Vasconcellos MTL, Amaral TLM. Autoavaliação negativa da saúde em pessoas idosas associada a condições socioeconômicas e de saúde: inquérito populacional em Rio Branco, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2021; 23(5): e200267. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200267>
14. Dias EN, Silva JV, Pais-Ribeiro JL, Martins T. Validation of the advanced activities of daily living scale. *Geriatr Nurs* 2019; 40(1): 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.008>
15. Zhang Y, Su D, Chen Y, Tan M, Chen X. Effect of socioeconomic status on the physical and mental health of the elderly: the mediating effect of social participation. *BMC Public Health* 2022; 22(1): 605. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13062-7>
16. Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatr* 2020; 32(10): 1221-4. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000575>
17. Oliveira BLCA, Lima SF, Costa ASV, Silva AM, Alves MTSSB. Social participation and self-assessment of health status among older people in Brazil. *Ciênc Saude Colet* 2021; 26(2): 581-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.20342019>
18. Lin YH, Chen YC, Tseng YC, Tsai S tzu, Tseng YH. Physical activity and successful aging among middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Aging (Albany NY)* 2020; 12(9): 7704-16. <https://doi.org/10.18632/aging.103057>
19. Abe T, Seino S, Tomine Y, Nishi M, Hata T, Shinkai S, et al. Identifying the specific associations between participation in social activities and healthy lifestyle behaviours in older adults. *Maturitas* 2022; 155: 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.10.003>
20. Ihara S, Ide K, Kanamori S, Tsuji T, Kondo K, Iizuka G. Social participation and change in walking time among older adults: a 3-year longitudinal study from the JAGES. *BMC Geriatr* 2022; 22(1): 238. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02874-2>
21. Storeng SH, Sund ER, 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* 2020; 20(1): 900. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08993-y>
22. World Health Organization. TOBACCO: poisoning our planet. Geneva: World Health Organization; 2022.
23. Yeung SSY, Kwan M, Woo J. Healthy diet for healthy aging. *Nutrients* 2021; 13(12): 4310. <https://doi.org/10.3390/nu13124310>
24. Fadnes LT, Økland JM, Haaland ØA, Johansson KA. Estimating impact of food choices on life expectancy: a modeling study. *PLoS Med* 2022; 19(2): e1003889. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003889>

25. Thonglor R, Nakamura K, Seino K. Sociodemographic characteristics and functional health among Thai older adults in skipped generation households. *Health Soc Care Community* 2022; 30(6): e5213-22. <https://doi.org/10.1111/hsc.13940>
26. Boing AF, Boing AC, Subramanian SV. Inequalities in the access to healthy urban structure and housing: an analysis of the Brazilian census data. *Cad Saude Publica* 2021; 37(6): e00233119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00233119>
27. Nagargoje VP, James KS, Muhammad T. Moderation of marital status and living arrangements in the relationship between social participation and life satisfaction among older Indian adults. *Sci Rep* 2022; 12(1): 20604. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25202-5>
28. Ma L, Gu D. The role of marriage in the life satisfaction and mortality association at older ages: age and sex differences. *Aging Ment Health* 2023; 27(3): 612-20. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2039097>
29. Gao S, Sun S, Sun T, Lu T, Ma Y, Che H, et al. Chronic diseases spectrum and multimorbidity in elderly inpatients based on a 12-year epidemiological survey in China. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 509. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18006-x>
30. Yu M, Zhang H, Wang B, Zhang Y, Zheng X, Shao B, et al. Key signaling pathways in aging and potential interventions for healthy aging. *Cells* 2021; 10(3): 660. <https://doi.org/10.3390/cells10030660>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

## ABSTRACT

**Objective:** To estimate the prevalence of participation of aged Brazilians in Advanced Activities of Daily Living and associated factors.

**Methods:** Cross-sectional study developed with secondary data from the National Health Survey. Aged people (60 years old or older) were included. The dependent variable consisted of questions from the National Health Survey regarding the performance of Advanced Activities of Daily Living, related to work, leisure, and social participation. Descriptive analysis, Rao-Scott test, and standardized residual analysis were performed. Effect measures were calculated using simple and multiple multinomial logistic regression models. **Results:** The majority of Brazilian aged people have low participation in Advanced Activities of Daily Living. Aged males, between 60 and 69 years old, white, from the Southeast, South and Central-West regions, with higher educational levels, absence of chronic diseases, monthly alcohol consumption, regular physical activity, frequent intake of vegetables, use of glasses and independence when moving, were more likely to perform Advanced Activities of Daily Living. **Conclusion:** These results reinforce the significant influence of demographic, socioeconomic, clinical factors, linked to lifestyle and intrinsic capacity in the execution of Advanced Activities of Daily Living. In a broader sense, such discoveries can strengthen public policies for active and healthy aging.

**Keywords:** Activities of daily living. Aged. Leisure activities. Social participation. Work. Functional status.

**AGRADECIMENTOS:** Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram para a realização deste estudo. Aos autores, pelo suporte técnico e pelas discussões valiosas que enriqueceram este trabalho, e à minha família e amigos pelo apoio incondicional e incentivo constante ao longo de todo o processo de pesquisa.

**CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:** Mazer, V.B.S.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Supervisão, Visualização. Moreira, R.S.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Software, Visualização. Lima, K.C.: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Visualização. Coriolano, M.G.W.S.: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Visualização. Silva, V.L.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Visualização.

**FONTE DE FINANCIAMENTO:** nenhuma.

