

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO
HUMANO**

Natália Clavelin Machado

**AVALIAÇÃO DE INDICADORES SOCIO-ECONÔMICOS,
ESTADO NUTRICIONAL, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA,
FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS
NEGRAS**

**Porto Alegre
2023**

AVALIAÇÃO DE INDICADORES SOCIO-ECONÔMICOS, ESTADO NUTRICIONAL, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS NEGRAS

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestra em Ciências do Movimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Jerri Luiz Ribeiro

PORTO ALEGRE

2023

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é dividido em duas partes: uma revisão sistemática e um trabalho experimental. A revisão sistemática teve por objetivo a busca, nos bancos de dados, de estudos sobre atividade física e saúde da população negra. Esta revisão sistemática será apresentada no **Estudo 1**. O trabalho experimental avaliou indicadores socio-econômicos, estado nutricional, nível de atividade física, funcionalidade e a qualidade de vida em idosas negras, sendo este apresentado no **Estudo 2**.

PALAVRAS CHAVE

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PRISMA- Preferred Reporting Items for Systematic and Meta Analysis

PROSPERO- Systematic reviews database

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GRADE- Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation

QIDS- Inventário Rápido de Sintomatologia da Depressão

AVD- Atividade de Vida Diária

WHOQOL- World Health Organization of Life

OARS- Older Americans Resources and Services Program

TUGT- Time Up and Go Test

MNA- Mini Avaliação Nutricional

IMC- Índice de Massa Corporal

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

RS- Rio Grande do Sul

QV- Qualidade de Vida

OMS- Organização Mundial da Saúde

IPAC- Questionário Internacional de Atividade Física

S/L- Senta e Levanta

r- Correlação

r²- Determinação

p- Significância

Sumário

APRESENTAÇÃO	3
RESUMO	7
Estudo 1.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivo específico	14
3. METODOLOGIA.....	14
Problema de pesquisa	15
3.1 Critérios de elegibilidade.....	15
3.1.1 Critérios de Inclusão.....	16
3.1.2 Critérios de Exclusão	16
3.2 Fontes de busca	16
3.3 Estratégia de busca	16
3.4 Seleção dos estudos	17
3.5 Extração dos dados	18
3.6 Desfechos	18
3.7 Avaliação da qualidade e risco de viés	19
3.8 Análise dos dados	19
4. RESULTADOS	19
Resultados.....	20
5. DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÃO	30
7. REFERÊNCIAS	31
Estudo 2.....	35
Envelhecimento e capacidade funcional da população negra na cidade dePorto Alegre.....	35
RESUMO	36
1. INTRODUÇÃO.....	37
2. MÉTODOS	39
3. RESULTADOS	41
4. DISCUSSÃO	45

5. CONCLUSÃO	48
6. REFERENCIAS	49
APENDICES	78

RESUMO

A saúde da população negra está relacionada ao limitado acesso a saúde e atividades de cultura, esporte e lazer que sujeitos negros são expostos ao longo da vida. Segundo Werneck (2016), o preconceito racial influencia diretamente na saúde dessa população, na qual o racismo está entrelaçado de forma estrutural e tem impacto no bem-estar desse público. A saúde é um conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada por diversos contextos (LOPES, 2005) e no contexto deste trabalho, encontra-se a atividade física como um viés na contribuição da qualidade de vida e saúde de homens negros e mulheres negras através de uma revisão sistemática, onde foram encontrados nas bases de dados 112 artigos nas bases, sendo 94 foram excluídos durante a leitura de título e resumo e, após a leitura na íntegra, 8 artigos foram eleitos. A atividade física pode, segundo Krug e colaboradores (2002) ser uma alternativa para promover a inclusão de toda a população, sendo de extrema importância para a população negra. O Ministério da Saúde traz em seu Guia de Atividade Física para a População Brasileira que quanto mais cedo a atividade física é inserida na rotina, maiores são os benefícios para a saúde. Conclui-se que sujeitos negros são pouco expostos a atividade física e tem pouco acesso a serviços de saúde, fazendo com que seus sinais e sintomas na relacionados a saúde sejam negativamente mais aparentes quando comparados a outras etnias. Carecem de estudos que relacionam saúde da população negra e atividade física.

Palavras chaves: População Negra; Atividade física; Qualidade de vida e Saúde.

ABSTRACT

The health of the black population is related to limited access to health and cultural, sports and leisure activities that black subjects are exposed to throughout their lives. According to Werneck (2016), racial prejudice directly influences the health of this population, in which racism is structurally intertwined and has an impact on the well-being of this population. Health is a set of integral and collective conditions of existence, influenced by different contexts (LOPES, 2005) and in the context of this work, physical activity is found as a bias in contributing to the quality of life and health of black men and women black women through a systematic review, where 112 articles were found in the databases, 94 of which were excluded when reading the title and abstract and, after reading in full, 8 articles were chosen. Physical activity can, according to Krug and collaborators (2002), be an alternative to promote the inclusion of the entire population, being extremely important for the black population. The Ministry of Health states in its Physical Activity Guide for the Brazilian Population that the sooner physical activity is included in the routine, the greater the health benefits. It is concluded that black subjects are little exposed to physical activity and have little access to health services, making their health-related signs and symptoms more negatively apparent when compared to other ethnicities. There is a lack of studies that relate the health of the black population and physical activity.

Keywords: Black Population; Physical activity; Quality of life and Health.

Estudo 1

Saúde da população negra e atividade física: uma revisão sistemática

Artigo submetido ao *International Archives of Occupational and Environmental Health*
no dia 28 de fevereiro de 2023.

1. INTRODUÇÃO

Resultado da luta empreendida pelo movimento negro, há décadas assiste-se a uma mudança de postura, em vários segmentos da sociedade brasileira, em relação ao tratamento conferido às questões da população negra no Brasil (Silvério, 2002; Heringer, 2001). Em pesquisa realizada para avaliar a qualidade de vida da população negra, Maria Inês Barbosa, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), constatou que o preconceito racial influencia diretamente na saúde dessa população, na qual o racismo está entrelaçado de forma estrutural e tem impacto no bem-estar desse público (WERNECK, 2016).

Castelhanos (1997), Viana et al. (2001), Barros (1997) e Brasil (2002) evidenciam que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Estes trabalhos mostram desigualdades no perfil de saúde entre as regiões do Brasil, entre sexos, idade e entre diferentes segmentos de classe social, todavia poucos associam a inserção social desqualificada/desvalorizada dos negros em nossa sociedade aos indicadores de saúde.

Ao reconhecer a saúde como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental, a comunidade acadêmica reitera a necessidade e importância dos estudos sobre o impacto das desigualdades sociais nas condições de saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo (LOPES, 2005), e ainda não existe um consenso para a definição dos termos etnia, raça ou cor da pele no meio acadêmico (SANTOS et al., 2007), no entanto, com a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação, foi possível ressaltar que o espaço social que brancos, negros (pretos e pardos) e indígenas ocupam na sociedade se reflete nos indicadores sociais: piores indicadores de escolaridade, inserção nos piores cargos de trabalho, e menos acesso a bens e serviços (PAIXÃO et al., 2010).

Alguns estudos demonstram que, apesar de não haver diferenças significativas entre brancos e negros no que diz respeito à autopercepção de saúde, prevalência de doenças crônicas e limitações funcionais, a população negra apresentou menores índices de acesso a programas de saúde básica e ambulatorial, entretanto, maior incidência nos casos de hospitalizações, o que representou problemas mais graves de saúde, sendo pior entre os homens (IBGE, 2000; IBGE 2007; SANT'ANNA, 2001; WERNECK, 2007).

Já em relação à expectativa de vida, foi constatado que há maior longevidade na população brasileira negra, resultado do processo sanidade/enfermidade e retrato das condições materiais e sociais (meio ambiente físico, social, político e cultural em interação com as condições biológicas de cada ser humano), entretanto não suficiente para reduzir a disparidade quando comparada à população branca (IBGE, 2000; IBGE 2007; SANT'ANNA, 2001; WERNECK, 2007). No âmbito das atividades de cultura e lazer, também ficam limitadas para com a população negra, assim como o local da habitação, devido às condições impróprias de áreas para práticas de atividades recreativas e físicas e ações de políticas públicas para implantação de programas de incentivo a atividades físicas e acesso cultural aos mais pobres (IBGE, 2000; IBGE 2007; SANT'ANNA, 2001; WERNECK, 2007). As atividades de cultura e lazer são pilares fundamentais para a manutenção da saúde e bem-estar da população negra e não negra do Brasil e, segundo o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, nos últimos anos, ocorreram diversos avanços quanto ao incentivo e à prática de atividade física no Brasil. Porém, nosso país ainda possui grande parte de sua população inativa fisicamente. Deste modo inatividade física, é considerada uma das preocupações mais significativas dentro da saúde pública e níveis de aptidão física são conhecidos por potentes preditores de doenças cardiovasculares graves e outras causas (MCGINNIS et al., 2003; BOUCHARD, 2001) e devemos considerar a prática esportiva como uma maneira de promover a inclusão de toda a população, através da atividade física praticada, isto é de extrema importância para a saúde da população negra por proporcionar a experiência sendo com finalidade recreativa, educativa, sociocultural, profissional e/ou de saúde (KRUG et al., 2002).

Quanto mais cedo a atividade física é incentivada e se torna um hábito na sua vida, maiores os benefícios para sua saúde. Sendo que alguns desses benefícios são: o controle do peso; a diminuição da chance de desenvolvimento de alguns tipos de cânceres; a diminuição da chance de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como a diabete e doenças do cardiovasculares; a melhora da disposição; e a promoção da interação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A atividade física é importante para o pleno desenvolvimento humano e deve ser praticada em todas as fases da vida e em diversos momentos, como ao se deslocar de um lugar para outro, durante o trabalho ou estudo, ao realizar tarefas domésticas ou durante o tempo livre. Os exercícios físicos também são exemplos de atividades físicas, mas se diferenciam por serem atividades planejadas, estruturadas e repetitivas com o objetivo de melhorar ou manter as capacidades físicas e o peso adequado, além de serem prescritos por profissionais de educação física. Todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

As atividades físicas como caminhada, corrida, bicicleta, Pilates e yoga, podem ser alternativas de sucesso, visto que são mais replicáveis quando comparadas ao treino de força, apesar de evidenciarem seus resultados a longo prazo. Já o exercício físico focado no treinamento de força, de acordo com Boyle (2015), no primeiro momento, pode parecer fácil, contudo, é difícil mantê-lo na prática.

Afirma-se que, mesmo com a dificuldade em aperfeiçoamento, a atividade física canalizada em treino de força promove alguns benefícios, tais como o aumento de força, o aumento da massa corporal, a diminuição do risco cardiovascular, redução do índice de obesidade e a melhora do desempenho físico e na saúde. Vale ressaltar, também, que os praticantes da atividade física esperam ter ganhos em aptidão física (FLECK; KRAEMER, 2017).

O setor de saúde tem um importante papel na promoção da atividade física, mas é essencial o envolvimento das outras áreas para a mudança do

atual cenário brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Por isso, este trabalho procura estimular também os profissionais de saúde/ ou da área, gestores do Sistema Único de Saúde e dos demais setores relacionados com a promoção da atividade física, convergindo esforços intersetoriais para o aumento dos níveis de atividade física sobretudo na população negra, sendo esta uma boa ferramenta para a inclusão de toda a população em prol da saúde e qualidade de vida.

2.OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Revisar a literatura quanto ao possível efeito da atividade física em relação à promoção da saúde da população negra.

2.2 Objetivo específico

- a) Verificar como a atividade física pode contribuir para a saúde da população negra;
- b) Identificar de que forma a qualidade de vida é exposta para a população negra;
- c) Examinar como a atividade física é exposta para com a população negra.

3. METODOLOGIA

Esta revisão sistemática foi construída de acordo com as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA)* (PAGE et al., 2020) e será registrada no banco de dados do *Prospective Register of Systematic Reviews database (PROSPERO)*.

Problema de pesquisa

Qual o efeito da atividade física na saúde da população negra?

3.1 Critérios de elegibilidade

Apesar de não ser definido o tipo de estudo selecionado, foi utilizado o acrônimo PEOT (Quadro 01) para elaboração dos critérios de elegibilidade. Foram considerados elegíveis para análise dessa presente revisão os estudos que corresponderem aos seguintes critérios: (1) Saúde da população negra sem restrição de sexo e idade; (2) Exposição a diferentes tipos de exercícios físicos ; (3) Avaliação do efeito do exercício físico na saúde; (4) Presença de dados referente a melhora nas características físicas com o exercício .

Quadro 01 – Critérios de Inclusão de acordo com o acrônimo PEOT.

<u>PEOT</u>	
População	População Negra
Exposição	Atividade física
Desfecho (<i>outcome</i>)	Qualidade de vida e Saúde
Tipo de Estudo	Randomizados e Não-Randomizados

3.1.1 Critérios de Inclusão

Foi realizada uma limitação da busca por artigos que já estivessem publicados com a população negra e sedentária. Houve restrição de data de publicação a partir da década 2000.

3.1.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles estudos que não envolveram saúde da população negra, que não sejam com seres humanos.

3.2 Fontes de busca

Foram feitas buscas em 4 bases de dados eletrônicas, sendo elas, Pubmed, Scopus, Sport Discus, PeDro. Também foi realizado buscas nas referências dos principais artigos incluídos na fase de extração dos dados, com o objetivo de evitar que se perca algum estudo importante.

3.3 Estratégia de busca

As chaves para a estratégia de busca foram definidas com base no acrônimo PEOT. As palavras foram definidas através dos Termos MeSH (PubMed), suas redes e seus sinônimos. Considerou-se também, palavras chaves de artigos previamente pesquisados, pertinentes ao tema alternados com os operadores booleanos (AND; OR). No Quadro 02 é descrita a estratégia de busca para a base de dados PubMed.

Quadro 02 – Estratégia de busca para base de dados PubMed.

PEOT	Temas MeSH	Descritores não controlados
POPULAÇÃO (População Negra)	“Population Black” [MeSH]	OR Population Health Black OR Health of Ethnic Minorities OR Population Health Management OR African Continental Ancestry Group OR Ethnic groups
AND		
EXPOSIÇÃO (Atividade Física)	“Physical Activity” [Mesh]	OR Sedentary Behavior OR Sedentary Lifestyle OR Physical Exercise OR Exercise
AND		
DESFECHO (Qualidade de vida e Saúde)	"Quality of life and Health" [Mesh]	OR "Ethnicity and Health" OR "Health exercise ethnic" OR "Ethnicity and Health"

Fonte: Elaborado pelos autores.

3.4 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos aconteceu em três fases:

1. Exclusão das duplicatas;
2. Seleção dos artigos através da leitura do título e dos resumos: Foi realizada por três autores independentes. Nesta fase, o resumo dos artigos atendeu a maioria dos

critérios de elegibilidade para seleção da leitura na íntegra. Em caso de conflito durante a seleção dos estudos, outros dois revisores seniors poderiam fazer a avaliação dos estudos para a inclusão ou exclusão. Foram mantidos os estudos aprovados por ambos os revisores ou pela aprovação de um revisor sênior.

3. Seleção dos artigos através da leitura na íntegra. Nesta fase, os estudos selecionados foram baixados para o computador através do acesso às bases de dados liberados gratuitamente e pelas bases de dados que possuem vínculo com a UFRGS através da plataforma “periódicos Capes”. Os artigos que não tiveram seu acesso liberado, foram contatados através de um e-mail com a solicitação do artigo. Estes estudos passaram pela leitura completa dos autores. Em caso de divergência entre os três revisores, um quarto revisor seria chamado para tomar a decisão final sobre elegibilidade.

3.5 Extração dos dados

Nesta etapa, os três revisores continuaram trabalhando de maneira independente. A extração dos dados foi realizada usando uma planilha no formato Excel. Inicialmente, foram extraídos dados relativos a: autor, ano de publicação, país de origem da amostra, tamanho da amostra, desenho do estudo, características dos participantes do estudo (idade e sexo), instrumentos que foi usado para medir o uso da atividade física, e quais os tipos de atividade físicas foram avaliados e os resultados mais relevantes.

3.6 Desfechos

Como desfecho primário do estudo foi considerado as variáveis da atividade física, tais como a melhora na saúde da população negra e os efeitos da qualidade de vida.

3.7 Avaliação da qualidade e risco de viés

Três autores avaliaram de forma independente a qualidade metodológica dos estudos. Os resultados desta avaliação foram comparados e as discrepâncias foram discutidas. Um quarto autor foi consultado para resolver as divergências. Para isso, foi utilizado o *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE) para avaliar a qualidade das evidências (GUYATT et al., 2011). A qualidade geral da evidência foi categorizada como “alta”, “moderada”, “baixa” ou “muito baixa”. Foi avaliado para cada estudo com base em 5 critérios: risco de viés, risco de publicação, imprecisão (por exemplo, amplos intervalos de confiança levando à incerteza sobre a verdadeira magnitude de efeito), inconsistência (ou seja, heterogeneidade inexplicada na direção do efeito) é indireto (ou seja, diferenças entre a população, intervenção/exposição e/ou resultados relatados nos estudos incluídos e aqueles de interesse).

3.8 Análise dos dados

A análise dos dados se deu de forma quantitativa. Foram analisados: o método utilizado para avaliar o comportamento da atividade física na saúde da população negra seja por meio de exercício físico, autorrelato de qualidade de vida; se além do exercício também foi avaliado o padrão de comportamento ativo e se houve associações com os marcadores e a força das associações.

4. RESULTADOS

A busca realizada nas bases de dados citadas localizou um total de 112

artigos relacionados ao tema da revisão. Destes, 94 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Foram previamente selecionados 19 artigos e, após leitura na íntegra pelos avaliadores, 8 artigos foram selecionados através dos critérios de inclusão estabelecidos.

Resultados

Autor/Ano	Amostra/ Delineamento	Instrumentos	Principais Resultados
Bersaoui, 2020	Estudo controlado randomizado, com 22 artigos envolvendo população de origem asiática e 4 envolvendo população de origem africana, com idade acima de 18 anos.	Foi pesquisado entre o ano 2000 e maio de 2015 no banco de dados MEDLINE.	Treino de exercício aeróbico reduz pressão sanguínea sistólica e diastólica de ambos os grupos. Treino de resistência não apresenta efeito na pressão sanguínea dos participantes de origem

asiática com pressão
sanguínea ideal. O
efeito
do treino de resistência
na
população de origem
asiática com pressão
sanguínea elevada ou
hipertensão da
população
de origem africana não
pode ser determinada
por
falta de dados.

Ciccolo, 2022	Artigo piloto randomizado, composto por 50 homens negros com depressão	12 semanas de treino de resistência e um grupo controle não treinado com encontros de 2x na semana e reavaliados após 6 meses através do questionário “Quick Inventory of Depression Symptomology”.	O grupo de treino resistido apresentou maiores ganhos em exercício auto relatado e força muscular para membros superiores e teve maiores reduções na pontuação no QIDS do que o grupo controle.
Jenkins, 2015	Revisão integrativa de 32 artigos publicados entre 2000 e maio de 2015 envolvendo pressão arterial em mulheres Afro Americanas	Mensuração da PA, questionários, autopercepção e medidas objetivas com pedômetro e acelerômetro.	A maioria dos estudos relatou aumento da atividade física e adesão a atividade física
Kochil, 2021	Estudo composto por 324 crianças negras e 227 crianças brancas em idade escolar.	Índice de massa corporal, pressão sanguínea, teste cardiorrespiratório por avaliações padronizadas para crianças (corrida de 20m)	Crianças negras tiveram nível de cortisol inferior após o teste cardiorrespiratório quando comparadas a crianças brancas e crianças negras apresentaram menor reatividade de cortisol, podendo contribuir para maior risco cardiovascular.

Silva, 2012	<p>Estudo transversal analítico com amostra de 205 idosos de etnias negra, branca, parda ou amarela, autodefinida pelo entrevistado</p>	<p>Questionário que abordou aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, assim como questões sobre quedas.</p> <p>Questionário com respostas de múltipla escolha desenvolvido pelo pesquisador principal com embasamento na literatura</p> <p>Aspectos cognitivos foram avaliados pelo “Mini Exame do Estado Mental” (MEEM)</p> <p>Capacidade funcional foi analisada através da “Olders American Resource Service” (OARS)</p> <p>O “Timed Up and Go Test” (TUGT) tem como objetivo avaliar mobilidade e equilíbrio</p>	<p>Amostra heterogênea com média de idade de 69,9 ± 6,906 anos</p> <p>139 (70,9%) eram do sexo feminino e 57 (29,1%) do sexo masculino, autodeclaração em brancos ocorreu em 95 (48,5%) dos idosos avaliados, pardos em 55 (28%) e negros em 46 (23,5%)</p> <p>Renda familiar, que deveria envolver a somatória de todas as pessoas que residem na casa do entrevistado totalizou R\$ 1.247,89, sendo para a etnia branca, a média foi de R\$ 1.405,00, na etnia parda de R\$ 1.255,91 e na etnia negra de R\$ 913,85.</p>
-------------	---	---	--

Joseph, 2015	Foi realizada uma revisão integrativa sistemática da literatura	Usando cinco bases de dados eletrônicas foram pesquisados para identificar artigos no PubMed, CINAHL, Web of Science, JSTOR e PsicINFO	A maioria dos estudos era de natureza descritiva ou exploratória Estudos qualitativos, quantitativos
		Divididos em matrizes e artigos que chegaram na matriz denominada terceira fase eram separados por níveis de influência como intrapessoal, interpessoal e comunitário/ambiental	e delineamentos transversais As características da amostra dos participantes dos estudos variaram

Ntshaba 2021 Estudo empregou um projeto pré-teste-pós-teste de investigação de prova de conceito em pequena escala com um grupo experimental e um grupo de controle

frequência cardíaca de repouso e a pressão arterial foram medidas sentadas após cinco minutos de repouso pelo método auscultatório, utilizando-se manguito de pressão arterial Welch Allen e estetoscópio (Hillrom, Estados Unidos da América)

Nenhuma diferença significativa ($P > 0,05$) foi encontrada entre o grupo COM e controle no início do estudo. Depois de intervenção, uma diferença significativa ($P = 0,006$) e grande tamanho do efeito ($d = 0,9$) foi encontrado no percentual de gordura corporal. O a RCQ e a distância percorrida em seis minutos não foram

Relação cintura-quadril (RCQ) como uma medida da razão do perímetro da cintura à do quadril usando uma fita métrica retrátil Mabis (DMI Healthcare, Santa Clara, CA, Estados Unidos da América) feito de acordo com os padrões da Sociedade Internacional para o Avanço da Cinantropometria (ISAK) entanto, não foram

O teste de caminhada de seis minutos foi realizado de acordo com método padronizado da American Thoracic Society

encontradas melhorias significativas na RCQ e na distância de caminhada de seis minutos do grupo COM ou controle

Whashingto n- Plasket 2021	Participantes Recrutamento, participantes do estudo clínico MECA	e os estudo O desenho do estudo foi baseado em um esquema paralelo de randomização de blocos de controle mutável, usando algoritmo de randomização de tamanho de bloco variável.	Fornece uma visão geral dos participantes na tabela 1 e fornece aos participantes detalhes sobre o LS7 na tabela 2
----------------------------------	---	---	---

5. DISCUSSÃO

As características histórico-cultural mundial refletem na população negra brasileira, apresentando desvantagens nos aspectos socioeconômicos e demográficos, clínico-funcionais e psicossociais, reduzindo a autonomia social e a independência funcional. O declínio dessas condições se dá através de variáveis relacionadas à etnia.

A atividade física tem como objetivo promover uma melhora na capacidade cardiovascular, redução em índices de obesidade e melhora na saúde.

Pesquisas que envolvem questões sociais em saúde são desenvolvidas com frequência, porém carecem de estudos que abordam fatores de determinadas populações, principalmente as em aspectos étnicos.

Segundo Modele (2021) devemos nos concentrar em estabelecer resultados que consigam abordar respostas mais claras sobre a atividade física, hipertensão e obesidade na população negra. Porém o controle de riscos cardiovasculares como hipertensão continua sendo um problema persistente e de saúde pública. Importante trazer a atividade física como forma de prevenção a hipertensão e obesidade, gerando uma maior adesão da própria atividade física na comunidade negra em geral. Em primeiro ponto, o alto risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a prevalência de hipertensão e inatividade física, e em segundo ponto, o fator socioeconômico na população negra tem influência na parte de se manter ativo. (WASHINGTON-PLASKET et al; 2021)

Este raciocínio é eminente para que consigamos produzir um estudo que contemple a população negra e que incentive as outras populações resultando em informações para a literatura acadêmica e científica. (JOSHUA; JOSEPH et al; 2021).

Existem muitas barreiras que impedem a prática de atividade física do sujeito autodeclarado negro. Joseph (2015) aborda que questões intrapessoais

dificultam o acesso a atividade física em mulheres afroamericanas, como falta de tempo, motivação e preocupação com a aparência física, e ainda traz que falta de apoio social e responsabilidades familiares podem acarretar ainda mais no afastamento de mulheres negras da prática de atividade física.

Já Ciccolo (2022) aborda questões psicossociais do sujeito negro perante a atividade física, evidenciado a diferença entre homens negros com sinais e sintomas depressivos que participaram de um programa de treinamento resistido e homens negros que não participaram da mesma intervenção, sendo este o grupo controle do estudo. O autor evidencia que homens negros que passaram pelo programa de treinamento de seis semanas de atividade física e força muscular tiveram menos pontuação no Inventário Rápido de Sintomatologia da Depressão (QIDS), mostrando assim menor sinal depressivo ao final da intervenção quando comparados aos homens negros do grupo controle que não praticaram qualquer atividade física.

Observa-se que, homens negros e mulheres negras, ora com questões intrapessoais, ora com questões psicossociais, não acessam a atividade física de forma orgânica. O impacto de como esses sujeitos negros estão inseridos na sociedade e como a falta de acesso a saúde impacta na prática de atividade física e na qualidade de vida fica evidente nos estudos de Ciccolo (2022) e Joseph (2015).

Quando se pensa em população em geral, deve-se olhar também para as crianças, pois são elas que irão responder aos nossos esforços atuais como sociedade. Dentro desse raciocínio, foi importante incluir o estudo de Kochil (2021), que compara crianças negras e crianças brancas e o cortisol produzido em suas salivas durante a prática de exercício físico e o impacto do resultado dessa variável em respostas cardiorrespiratórias no futuro dessas crianças. O autor concluiu que crianças negras apresentaram menor reatividade de cortisol durante o teste de avaliação, no qual as crianças tinham que correr 20 metros em tempo estipulado, o que pode contribuir para um perfil de maior risco cardiovascular em crianças negras em comparação com crianças brancas, fazendo com que evoluam para uma hipertensão precoce. O que se pensa a partir disso é que crianças negras já mostram propensão a desenvolverem

doenças cardíacas, mesmo antes de serem expostas as mais variadas intempéries da sociedade.

O que seria, então, de adultos negros, que já passaram pelas mais diversas formas de segregação e são constantemente desencorajados a praticar atividade física, seja por questões psicossociais, intrapessoais, fisiológicas ou hereditárias?

O estudo de Schop (2017) responde esta questão, quando expõe que idade, sexo e etnia/raça são fatores intrínsecos associados a perda de massa muscular. Neste estudo de 2017, o autor aborda que homens e mulheres negras apresentam significativamente maior perda de massa muscular de forma precoce quando comparada com brancos. Idosos negros, homens e mulheres, também apresentam uma redução de força muscular quando comparados com idosos brancos. Para ambos os sexos, após o ponto de corte de 27 anos de idade, a massa muscular começa a declinar, porém Afro-Americanos apresentaram os maiores valores de massa muscular, seguidos por brancos, hispânicos e asiáticos.

Esses questionamentos nos levam a raciocinar sobre o envelhecimento dessas crianças estudadas por Kochil em 2021, assim como adultos estudados por Schopf no ano de 2017. Todos eles irão envelhecer, e de que forma esse envelhecimento do sujeito negro acontece é abordado por Silva (2012) em seu estudo sobre a prevalência de quedas em idosos negros. Verificou-se significância entre etnia autodeclarada e ocorrência de quedas em um período de 12 meses, medo de cair e quase-quedas prevalentes entre os grupos de idosos com amostra de 205 idosos de etnias negra, branca, parda ou amarela, autodefinida pelo entrevistado, com pouca dificuldade na realização de AVD e risco médio a quedas por mobilidade reduzida, com frequência maior de quedas aos idosos negros entre os grupos estudados.

Bersaoui (2019) e colaboradores comentam a relação entre ter um estilo de vida saudável, através de atividade física, e o efeito disso na pressão sanguínea na população não-europeia, no contexto a chamamos de população negra em cenário brasileiro. Foi comparado o efeito de exercícios aeróbicos e

de resistência como intervenção nesta variável de pressão sanguínea e observou-se que o efeito do treinamento de resistência na população de origem africana não pode ser concluído por falta de dados, mas que o efeito do treinamento aeróbico nessa mesma população fora favorável quando se avalia indivíduos com pressão sanguínea elevada.

É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área de saúde da população negra e exercício e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria das pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil (WERNECK, 2016). Tais informações foram trazidas com o objetivo de abordar pesquisas e contribuir para a formulação de estratégias adequadas às necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde de pessoas negras.

6. CONCLUSÃO

Verificou-se que os fatores relacionados à etnia autodeclarada são alusivos à falta de oportunidades da população negra em praticar atividade física e acesso à saúde e o impacto dessa relação gera um maior e mais rápido declínio na qualidade de vida quando comparados às demais etnias.

No entanto, há um baixo número de estudos sobre atividade física e os seus efeitos na saúde da população negra, mostrando que estudos ainda devem ser realizados para melhor obtenção de evidências.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde 2002. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil.**

Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BOYLE, M. **Avanços no Treinamento Funcional.** Porto Alegre: Artmed, 2015
BERSAOU, M; BALDEW, S, M; CORNELIS, N; TOELSIE, JERRY;

CORNELISSEN, V, A. **The effect of exercise training on blood pressure in African and Asian populations: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** European Journal of Preventive Cardiology 2020, Vol. 27(5) 457–472

CASTELHANOS PL 1997. **Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas,** pp. 137-160. In RB

COELHO-RAVAGNANI C de F, SANDRESCHI PF, PIOLA TS, SANTOS L dos, SANTOS DL dos, MAZO GZ, Meneguci J, CORREIA M de A, BENEDETTITRB, GERMANO-SOARES AH, HALLAL PC, CYRINO ES. **Atividade física para idosos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira.** Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde [Internet]. 21º de julho de 2021 [citado 11º de julho de 2022];26:1-8

CICCOLO, J et al. **Resistance training for Black men with depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial to assess acceptability, feasibility, and preliminary efficacy,** 2022

FLECK, S. KRAEMER, W. **Fundamentos do treinamento de força muscular.** Artmed: Porto Alegre, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira de 2007**. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

JOSHUA J; JOSEPH. **Cardiovascular Impact of Race and Ethnicity in Patients With Diabetes and Obesity**. JACC FOCUS SEMINAR: RACE, ETHNICITY, AND HEART DISEASE. 2021

JOSEPH, R et al **Barriers to Physical Activity Among African American Women: An Integrative Review of the Literature**, 2015

KRUG, Etienne G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2012.

KOCHILL, S. et al **Cardiorespiratory Fitness, Blood Pressure and Ethnicity Are Related to Salivary Cortisol Responses after an Exercise Test in Children: The ExAMIN Youth SA Study**, 2021

LOPES, Fernanda. **Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health**. Programa de Combate ao Racismo Institucional, Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional, Escritório Brasil, Brasília, Brasil 2005

MCGINNIS JM, Foege WH. **Actual causes of death in the United States**. JAMA 1993; 270:2207–2212
2 Bouchard C. Physical activity and health: introduction to the dose-response symposium. Med Sci Sports Exerc 2001;33(suppl):S347–S350

MODELE O; OGUNNIYI; YVONNE C.M; KEITH C. FERDINAND. **Race, Ethnicity, Hypertension, and Heart Disease**. JACC FOCUS SEMINAR: RACE, ETHNICITY, AND HEART DISEASE. 2021

NTSHABA, S; MHLONGO, M; ERASMUS, H; SHAW, I; SHAW, B,S. Combined
Aerobic and Resistance Training Lowers Body Fat Percentage in Rural Black South African Women. Asian J Sports Med. 2021

OSÓRIO, RG. **O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE.** IPEA. Brasília; 2003.p.53.

PAIXÃO M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM, editors. **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010.** Constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.

SANTOS GA, Lopes A, Neri AL. **Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos.** In: Neri AL, editor. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Edições SESC São Paulo; 2007. p. 288.

Sant'Anna W. **Desigualdades étnico/raciais e de gênero no Brasil.** *Jornal da Rede, Rede Saúde* 2001 Mar nº23

SCHOPF, PP et al. **Idade, sexo, raça/etnia são fatores intrínsecos associados à perda de massa muscular: uma revisão sistemática,** 2017.

Silvério, Valter Roberto, (2001). **Políticas raciais compensatórias: o dilema brasileiro do século XXI.** In: seminários regionais preparatórios para iii conferência mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata. Anais... Brasília: Ministério da Justiça, p. 123-138. , (2002). **Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil.** Cadernos de Pesquisa, São Paulo, São Paulo, Autores Associados e FundaçãoCarlos Chagas, nº 117, p. 219-246, nov.

SILVA, A et al **Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia,** 2012

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra.

Saúde e sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016.

WERNECK J. **Incorporação das dimensões de gênero e de igualdade racial e étnica nas ações de combate à pobreza e à desigualdade**. In: Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); 2006; Rio de Janeiro. p. 4-21.

WASHINGTON-PLASKET; **Impact of Technology-Based Intervention for Improving Self-Management Behaviors in Black Adults with Poor Cardiovascular Health: A Randomized Control Trial** 2021.

Estudo 2

Envelhecimento e capacidade funcional da população negra na cidade de Porto Alegre

RESUMO

Em anos recentes, as relações entre raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de estudos e pesquisas centrada na criação de um campo de reflexão e de intervenção política denominado saúde da população negra (ALMEIDA FILHO et al, 2004). No Brasil, são poucos os estudos populacionais que abordam as condições de saúde de idosos na perspectiva racial. O objetivo deste estudo foi avaliar variáveis de qualidade de vida e capacidade funcional de idosas autodeclaradas negras que residem na cidade de Porto Alegre. Metodologia: incluídas 23 mulheres idosas negras de $65,9 \pm 4,55$ anos. A massa corporal das voluntárias foi em média de $68,48 \pm 9,90$ kg e a estatura das participantes foi $1,60 \pm 0,06$ m. Para realizar a avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional foram realizados o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref); capacidade funcional (OARS); mobilidade e equilíbrio (TUGT). Para avaliação da força de membros inferiores foi realizado o teste de Senta e Levanta e para avaliação nutricional foi utilizado um questionário de Miniavaliação Nutricional (MNA). Resultados: Os resultados aqui analisados evidenciam um cenário favorável ao envelhecimento de idosas pretas e pardas que apresentam boa qualidade de vida autorreferida e acesso a atividade física. Conclusão: Para a amostra estudada, as atividades de vida diária são influenciadas pelo índice de atividade física, IMC, capacidade de sentar e levantar, além da qualidade de vida. O estado nutricional influencia no risco de quedas e qualidade de vida, assim como o índice de atividade física também influencia a qualidade de vida.

Palavras chave: envelhecimento; capacidade funcional; raça; etnia.

1. INTRODUÇÃO

Em anos recentes, as relações entre raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de estudos e pesquisas centrada na criação de um campo de reflexão e de intervenção política denominado saúde da população negra (ALMEIDA FILHO et al, 2004). A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena e com a informação raça/cor incluída nas pesquisas do IBGE, foi possível identificar de que forma a população negra está inserida em nossa sociedade, tanto no mercado de trabalho, quanto na economia e na saúde e esses fatores, que determinam como as pessoas vivem, aprendem e se divertem, influenciam diretamente na sua condição de saúde (OSÓRIO, 2003).

No Brasil, são poucos os estudos populacionais que abordam as condições de saúde de idosos na perspectiva racial. A utilização das dimensões de iniquidade e de vulnerabilidade dos idosos possibilita a reconstrução ampliada e reflexiva da promoção e proteção da saúde.

Em 2007, os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostraram que há no Brasil uma população de 20 milhões de idosos, que corresponde a 10,5% da população. Dentre estes, houve predominância de pessoas brancas (8,8 milhões), seguidos por 4,4 milhões de pardos e 1 milhão de negros.

O Estado do Rio Grande do Sul (RS) devido sua colonização, dada principalmente por imigrantes italianos, alemães e açorianos, bem como uma menor parcela de afrodescentes, apresenta uma grande diversidade étnica- racial e cultural. Sua população é composta por 82,3% de indivíduos autodeclarados brancos, 11,4% de pardos, 5,9% negros e, em menores proporções, por amarelos ou indígenas, os quais correspondem a 0,4% da população total do estado (IBGE, 2008b).

O envelhecimento populacional, fruto do aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade (WHO, 2011), vem desafiando as sociedades de todo o mundo.

O Brasil é considerado envelhecido quando a proporção de idosos alcança os 7%, dados ultrapassados pelo Brasil, que, em 2010, segundo o Censo, chegou a 11% de idosos (LINCK & CROSSETI, 2011). Seguindo esse raciocínio, a melhoria de vida de idosos torna-se uma oportunidade de investimento no século XXI, no sentido de prevenir sequelas inquietantes nos níveis econômico, social, epidemiológico e familiar, recrutando esforços nas diversas áreas profissional e familiar, com o objetivo maior de conhecer o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de modo saudável, adotando esforços na manutenção da independência e da autonomia do indivíduo (PALÁCIOS, 2004).

A importância para com a qualidade de vida (QV) ganhou notoriedade nos últimos trinta anos, especificamente na velhice e, entre outras razões, devido ao aumento do número de idosos na população e definir a QV na velhice não é tarefa fácil, visto que é um conceito complexo, com múltiplas dimensões e multideterminado, trata-se de adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes fases da vida e diferentes sociedades (NERI, 2005).

A QV está relacionada a aspectos individuais e coletivos, sendo fundamentada por elementos como satisfação com a saúde, capacidade funcional, autoestima, bem-estar, hábitos de vida, escolaridade, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, condições de moradia, segurança, valores culturais, éticos, religiosidade, satisfação com o trabalho e/ou com as atividades diárias (LU et al, 2017).

Estudos de fragilidade e qualidade de vida em contexto de vulnerabilidade social ganham relevância por ser escasso na literatura, dessa forma, conhecer o cenário pode contribuir com ações de intervenção e replanejamento as políticas, redirecionando o monitoramento à população vulnerável e com múltiplas necessidades. Dentre a diversidade que influencia a fragilidade, existe a necessidade de ela ser vista e estudada por meio de uma perspectiva integrada e abrangente de influências sociais, sendo o contexto social a chave para a compreensão de saúde e doença e interferir na qualidade de vida (ANDREW et al, 2014; FERNANDES et al, 2013).

Segundo Lotufo (2018), após o início das ações afirmativas nas universidades brasileiras, convirá às sociedades científicas e médicas se apresentarem como legítimas intérpretes da aspiração sentida, mas não materializada, da redução das desigualdades nos indicadores de saúde em relação à raça, cor da pele ou etnia.

Considerando o referencial teórico sobre o assunto, o presente estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: como o envelhecimento e funcionalidade impactam na qualidade de vida de mulheres idosas auto declaradas negras.

2.MÉTODOS

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário WHOQOL. Diferentes áreas do conhecimento têm dado atenção à avaliação da qualidade de vida, e mesmo sem um consenso sobre o seu significado, há certa unanimidade em utilizar a definição do Grupo de QV da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL), onde a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1998).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões (FLECK et al., 2000). As questões estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000). Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa (WHOQOL, 1997). A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias (FLECK et al., 2000).

A capacidade funcional foi analisada através da "Olders American Resources Service" (OARS), questionário modificado com 15 perguntas designadas a obter informações sobre realização de AVD dos idosos. Considera-se para cada tarefa funcional questionada desse instrumento quatro categorias de resposta possíveis ("sem dificuldade", "com pouca dificuldade", "muita dificuldade" ou "não realiza"). A seguir, constrói-se a variável qualitativa com quatro categorias de dificuldade funcional, segundo número de

AVD comprometidas: "nenhuma AVD comprometida", "1 a 5 AVD comprometidas", "6 a 10 AVD comprometidas" e "11 ou mais AVD comprometidas" (BLAY et al, 1998; SIQUEIRA et al, 2004).

O "Timed Up and Go Test" (TUGT) tem como objetivo avaliar mobilidade e equilíbrio, no qual quantifica em segundos mobilidade funcional através da tarefa levantar de uma cadeira padronizada com apoio para as costas, braços de aproximadamente 46cm de altura, caminhar percurso linear de 3 metros, virar-se e voltar-se rumo à cadeira sentando-se novamente (PODSIADLO et al, 1991). Os grupos foram classificados, após a realização do teste, em três subgrupos, de acordo com o tempo gasto para realizá-lo: menos de 10 segundos, baixo risco de quedas; 10 a 20 segundos, médio risco de quedas e acima de 20 segundos, alto risco de quedas (GUIMARÃES et al, 2012).

Para avaliar o estado nutricional foi utilizado o questionário de Miniavaliação Nutricional (MNA), o qual é dividido em 3 sessões de perguntas: avaliação antropométrica (4 perguntas), avaliação global (6 perguntas) e avaliação dietética (6 perguntas). As perguntas são pontuadas de zero a três e, após a interpretação das respostas, há uma pontuação estabelecida pelo questionário, onde: 24 pontos indicam estado nutricional adequado, pontuação entre 17 e 23,5 é considerado risco de desnutrição e pontuação de 17 ou menos é considerado desnutrição.

Jones e colaboradores (1999) mostraram que o Teste de Sentar e Levantar de 30 segundos de duração tem alta confiabilidade e é considerado válido para estimar a força máxima de membros inferiores em indivíduos idosos, ativos, que vivem de forma independente na comunidade. Uma vantagem do Teste é a possibilidade de mensurar uma faixa de desempenho independente se o indivíduo apresenta um nível muito baixo ou alto de condicionamento físico, diferente de outros testes com protocolos similares.

3.RESULTADOS

Foram avaliadas 23 mulheres idosas autodeclaradas negras. A idade das participantes foi de $65,9 \pm 4,55$ anos. A massa corporal das voluntárias foi em média de $68,48 \pm 9,90$ kg e a estatura das participantes foi $1,60 \pm 0,06$ m. O IPAC das participantes foi de $3,8 \pm 0,8$ sendo classificado como ativa. Os dados socioeconômicos estão apresentados na tabela 1.

A amostra ainda apresentou os seguintes resultados: IMC de $26,6 \pm 3,4$ kg/m²; MNA de $25,8 \pm 2,1$; WHOQOL de $4,03 \pm 0,6$; OARS de $1,13 \pm 1,9$; TUGT de $7,9 \pm 2,0$ e Teste de sentar e levantar de $12,7 \pm 3,5$.

A amostra do presente estudo ainda apresentou, em relação ao OARS - índice que avalia a funcionalidade dos indivíduos selecionados - que as idosas, em sua maioria, cerca de quatorze voluntárias, não tiveram nenhuma dificuldade para realizar AVD'S e nenhuma delas apresentou o comprometimento total de AVD'S. Já em relação ao TUGT - índice que avalia o equilíbrio e risco de quedas- a maioria das voluntárias apresentou baixo risco de quedas, cerca de vinte das participantes avaliadas e nenhuma delas apresentou alto risco de quedas.

Tabela 1. Dados socioeconômicos de mulheres idosas negras.

Categorias		n	%	IMC	MNA	WHOQOL	OARS	TUGT	S/L
Estado civil	Casada	5	21	26,6±3,5	25,3±2,4	4,0±0,4	1±0,8	8,1±1,1	11,6±1,6
	Separada	8	34	26,7±3,1	26,1±2,0	4,3±0,4	0,1±0,3	7,1±1,0	14,5±3,8
	Solteira	6	26	27,9±3,5	26,3±2,0	3,9±0,7	1,8±1,8	7,2±1,5	11,7±2,2
	Viúva	3	13	23,6±2,1	24,5±1,8	3,3±0,2	2,3±4,0	10,9±2,5	12,3±3,8
Escolaridad ^e	Fund. completo	5	21	27,7±2,7	26,2±1,1	4,0±0,5	1,4±1,9	7,4±1,5	13,8±2,7
	Ensino médio	18	78	26,3±3,4	25,6±2,2	4,0±0,6	1,0±1,8	8,0±2,1	12,4±3,4
Situação ocupacional	Aposentada	14	60	26,3±3,5	25,5±1,7	4,0±0,5	0,9±1,8	8,0±2,3	12,7±3,8
	Dona de casa	3	0,8	27,1±3,1	25±3,8	3,9±0,2	0,6±0,9	7,4±0,6	14±2,9
	Aposentada/ trabalha	6	26	27,6±2,6	26,9±1,5	4,2±0,8	1,2±2,0	7,6±1,5	12,2±2,1
Faixa de renda	Até 1 sal.min.	3	13	24,5±2,9	25,6±0,2	4,1±0,1	0,3±0,4	6,9±0,3	14±0,8
	De 1 a 2 sal.min.	5	21	26,1±3,2	27,6±1,1	4,0±0,7	2,8±2,7	8,4±3,3	10,6±2,6
	>2 sal.min	12	52	27,1±3,2	24,9±2,2	4,0±0,6	0,7±1,2	7,7±1,4	13,2±3,6
	Sem renda	2	0,8	26,7±3,7	27±1,5	4,1±0,2	0,0	7,4±0,7	14,5±3,5

n - Frequência, IMC - Índice de massa corporal, MNA- Mini avaliação nutricional, WHOQOL- *World Health Organization Quality of Life*, OARS- *Older Americans Resources and Services Program*, S/L- Teste sentar e levantar.

Foram realizados testes de correlação de Pearson entre as variáveis estudadas. Os índices de correlação (r) e de determinação (r²) que apresentaram significância estatística (p<0,05) estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Correlação de Pearson para variáveis avaliadas em mulheres idosas negras.

Variáveis	R	r ²	p
Idade x TUGT	0,45	0,20	0,041
Estatura x TUGT	0,42	0,17	0,05
S/L x TUGT	-0,61	0,37	0,003
WHOQOL X TUGT	-0,48	0,23	0,027
WHOQOL X OARS	-0,42	0,17	0,05

IMC – Índice de massa corporal, MNA- Mini avaliação nutricional, WHOQOL- *World Health Organization Quality of Life*, OARS- *Older Americans Resources and Services Program*, S/L- Teste sentar e levantar.

As medianas (percentil 50%) de todas as variáveis foram calculadas dividindo a amostra em dois grupos. Foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$) para os resultados do OARS quando a amostra foi dividida pela mediana dos valores do IPAC, IMC, teste sentar e levantar e WHOQOL (figura 1).

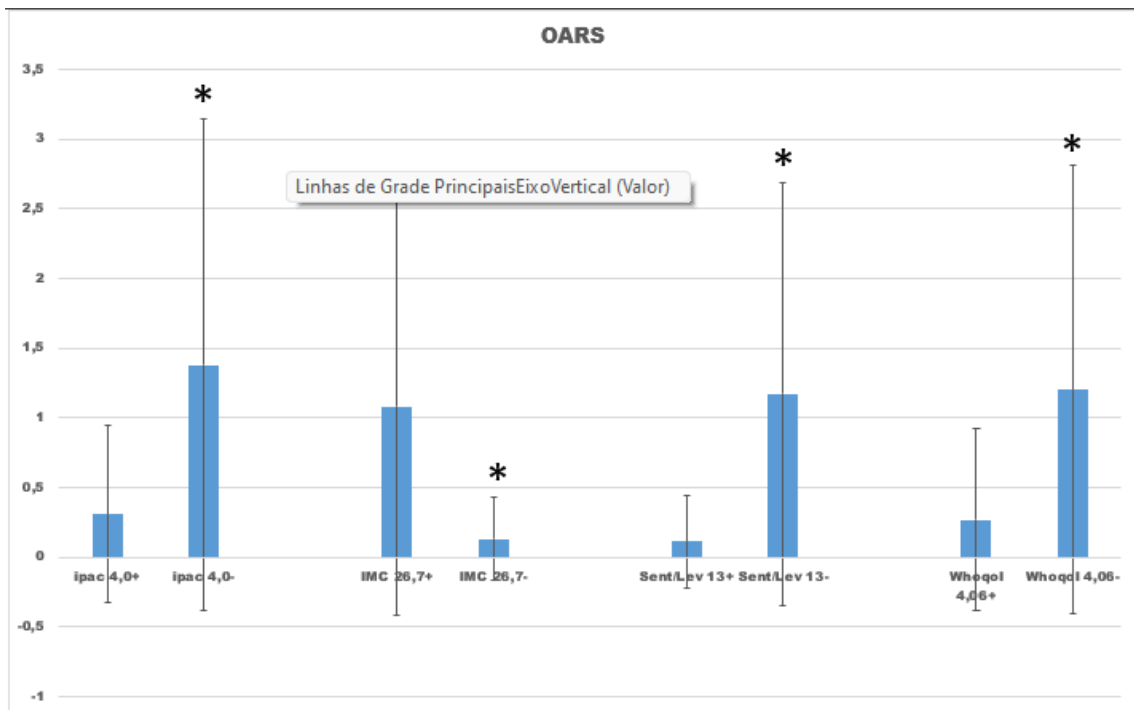


Figura 1. Amostra de idosas negras separadas pela mediana do IPAC, IMC, Teste de sentar e levantar e WHOQOL na perspectiva do OARS. * $p < 0,05$ entre grupos.

A comparação dos resultados do MNA mostraram diferenças significativas quando a amostra foi separada pelas medianas dos valores do TUGT e WHOQOL (figura 2).

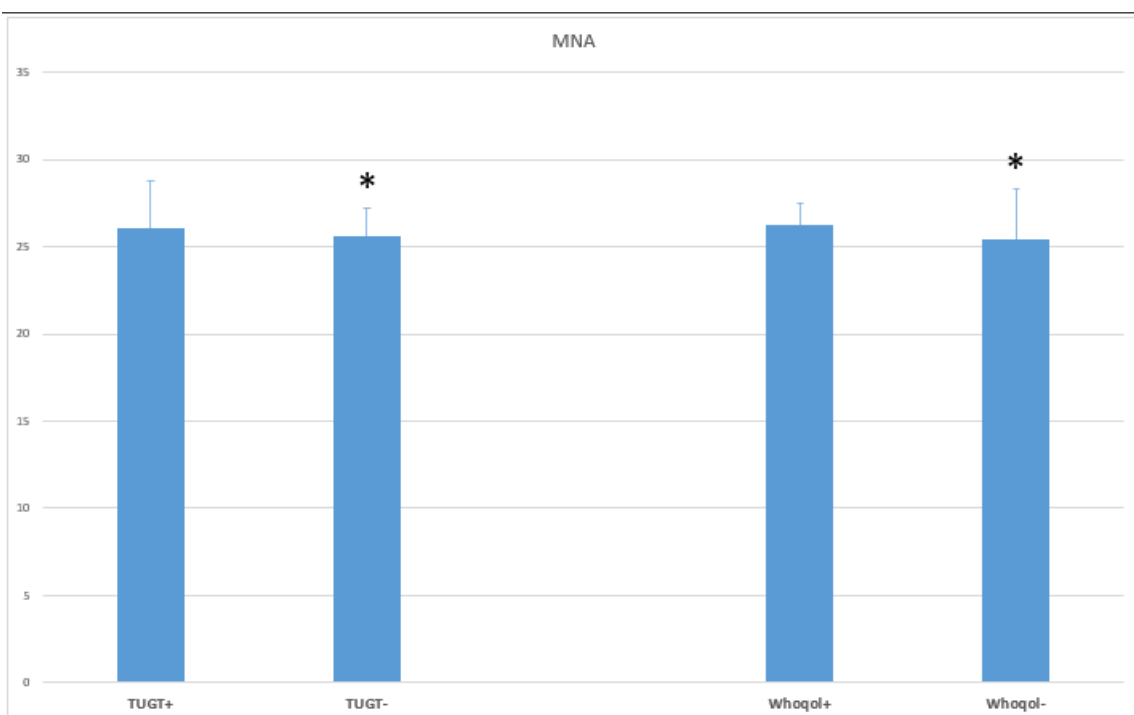


Figura 2. Amostra de idosas negras separadas pela mediana do TUGT e WHOQOL

baseado na análise da Mini Avaliação Nutricional. * $p < 0,05$ entre grupos.

A comparação dos resultados do IPAC mostraram diferenças significativas quando a amostra foi separada pelas medianas dos valores do WHOQOL (figura 3).

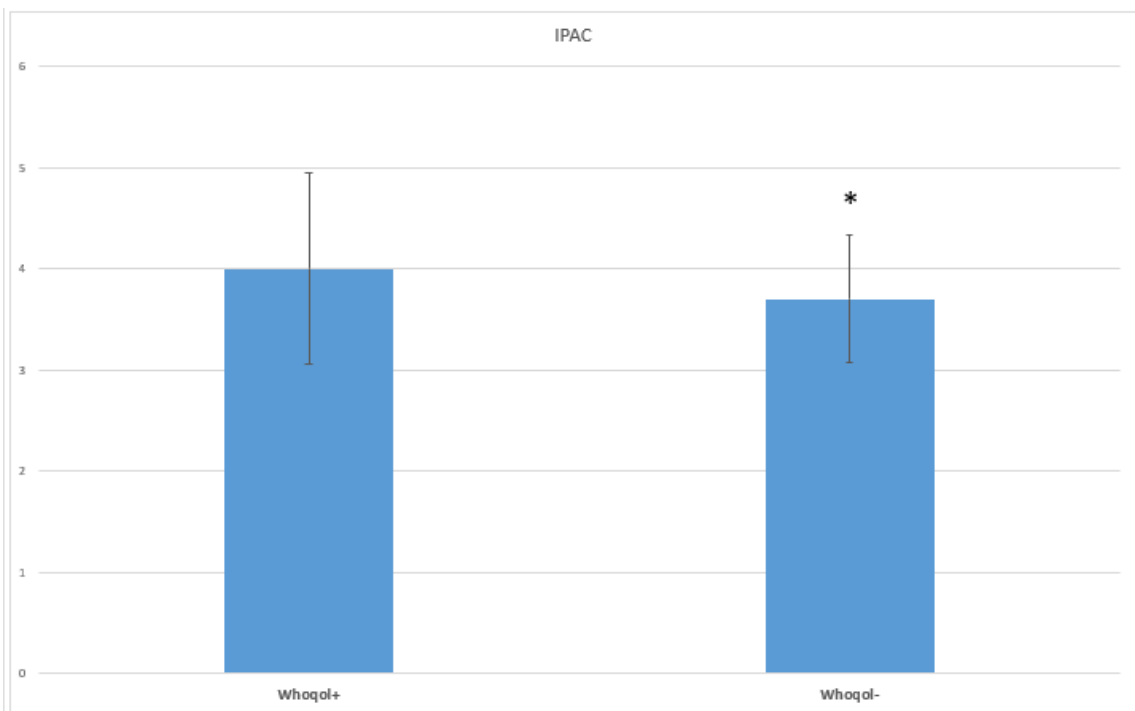


Figura 3. Amostra de idosas negras separadas pela mediana do WHOQOL na perspectiva do IPAC. * $p < 0,05$ entre grupos.

4. DISCUSSÃO

Os resultados aqui analisados evidenciam um cenário favorável ao envelhecimento de idosas pretas e pardas que apresentam boa qualidade de vida autorreferida e acesso a atividade física. Apesar do envelhecimento com qualidade de vida não ocorrer de modo equitativo nos grupos raciais de idosos brasileiros, poucas pesquisas analisam este tema, tornando um desafio a avaliação do declínio funcional com recorte étnico racial em mulheres idosas associado a condições socioeconômicas, bem como a utilização de instrumentos de triagem simples.

No presente estudo, quando comparados os valores de IMC, MNA, WHOQOL, OARS, TUGT, assim como o teste de sentar e levantar, entre as categorias socioeconômicas (estado civil, escolaridade, situação ocupacional, faixa de renda,

composição familiar e situação de moradia), a amostra não apresentou diferenças estatisticamente significativas. Isso demonstra que, para essa porção de mulheres idosas autodeclaradas pretas e pardas, os fatores socioeconômicos avaliados não parecem influenciar nos índices nutricionais, de qualidade de vida e testes funcionais.

Estudo de Oliveira e colaboradores (2014) mostra que idosos, com 60 anos ou mais do estado do Maranhão, apresentam desigualdades raciais significativas e injustas nas condições socioeconômicas, demográficas, hábitos de saúde e estilo de vida saudáveis, apesar de não haver diferenças nas prevalências dos indicadores de saúde nem na proporção de idosos segundo gênero, faixa etária e papel social na família. Não obstante, as estimativas, segundo Campos (2009) e Borim e colaboradores (2012) dos indicadores de saúde, autoavaliação do estado geral de saúde, número de doenças e agravos crônicos e incapacidade funcional não variaram entre os grupos raciais. Evidências científicas mostram que as variações da cor da pele e do fenótipo não implicam diferenças biológicas ou genéticas que justifiquem a diferenciação dos indivíduos (Pearce et al., 2004). Entretanto, pelo legado histórico de discriminação e exploração, a cor da pele passou a constituir um determinante socioeconômico (Chehuen Neto et al., 2015) e uma condição objetiva de desigualdade nas condições de vida, saúde e morte (Araújo et al., 2009; Victora et al., 2011; Kabad et al., 2012). Para a população idosa, ainda que em menor número, existem evidências de desigualdade na saúde segundo raça/cor. Em estudo realizado com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, verifica-se que idosos negros têm pior autoavaliação de saúde em relação aos brancos (Oliveira et al., 2014). Já sobre a desigualdade na mortalidade dos idosos segundo raça/cor, pouco se conhece, possivelmente por conta dos problemas observados durante décadas na qualidade das informações socioeconômicas nas estatísticas vitais no Brasil (Romero et al., 2006).

No que se refere a avaliação de força muscular, nossos achados apresentaram que a força de membros inferiores (Teste de sentar e levantar) foi inversamente proporcional a testes de mobilidade e risco de quedas e avaliação funcional (TUGT), ou seja, quanto maior a força de membros inferiores, menor foi o risco de quedas. O teste utilizado nesta pesquisa para membros inferiores (Teste de sentar e levantar) recruta predominantemente fibras musculares tipo II (Benedetti, 2010). A perda de força muscular é forte preditor de déficits funcionais e sarcopenia (Peterson et al., 2011; Rossetin, 2016), e mesmo que força e massa muscular não regridam simultaneamente, a força muscular ainda é um indicador mais eficiente de alterações musculares, segundo Peterson e colaboradores (2010). Para

Helbostad e colaboradores (2010) a fadiga muscular, especialmente nos membros inferiores e tronco, prejudica significativamente a execução de atividades funcionais e o equilíbrio postural, sendo a recuperação mais lenta que nos adultos, fazendo alusão a relação que fizemos neste estudo com os testes funcionais que avaliam equilíbrio e risco de quedas.

A amostra estudada apresentou um valor de $7,9\pm 2,0$ para o TUGT que ainda mostrou correlação moderada e positiva com a idade e estatura, além de correlação moderada e negativa com o teste de sentar e levantar e o WHOQOL. A autopercepção em saúde e qualidade de vida (WHOQOL) esteve associada a testes de avaliação funcional (OARS) e risco de quedas (TUGT), no qual o risco de cair e a funcionalidade estão opostos a qualidade de vida das idosas avaliadas, ou seja, quanto menor o número de AVDs comprometidas e o risco de quedas maior a qualidade de vida. Tal resultado faz menção a um trabalho que abordou fatores associados a percepção positiva da qualidade de vida de idosas com baixa renda em uma zona rural e urbana de uma cidade no nordeste do Brasil, onde não foram encontradas associações entre a autopercepção da qualidade de vida e níveis de atividade física (Santos et al., 2016). Acrescente a isso, estudos corroboram os resultados apresentados, e relatam a relação positiva da prática de atividade física e/ou a independência funcional com a qualidade de vida (Rodrigues et al. 2019; Freitas et al., 2016).

No presente estudo, idosas com TUGT maior tiveram MNA maior comparado com idosas com TUGT menor, ou seja, as idosas com maior risco de quedas apresentaram pior avaliação nutricional. O mau estado nutricional dos idosos vem sendo discutido em decorrência da sua alta prevalência em indivíduos que apresentam quedas (Conzade et al., 2019). Estudo de coorte prospectivo evidenciou que 46% dos idosos com elevado risco para quedas possuem alto risco de desnutrição (Eckert et al., 2021). Os achados evidenciaram que, quanto melhor o resultado nos testes de avaliação para risco de quedas, melhor também era a avaliação nutricional, corroborando os estudos mencionados. No entanto, autores evidenciam que indivíduos com incremento no estado nutricional não são associados a melhora na velocidade de marcha através do teste de TUGT (Conzade et al., 2019).

5. CONCLUSÃO

A partir dos resultados do presente estudo, conclui-se que, para a amostra estudada, as atividades de vida diária são influenciadas pelo índice de atividade física, IMC, capacidade de sentar e levantar, além da qualidade de vida. O estado nutricional influencia no risco de quedas e qualidade de vida, assim como o índice de atividade física também influencia a qualidade de vida. Além disso, existe correlação entre o risco de quedas com a idade, estatura, capacidade de sentar e levantar e qualidade de vida.

Acredita-se que a qualidade de vida seja uma resposta a uma série de fomentos proporcionados ao longo da vida e, quando o acesso e informações sobre saúde, investimento em esportes e atividades físicas, introdução a alimentos e suas mais variadas gamas em relação a bem estar falha, falhamos com uma sociedade. A sociedade brasileira está envelhecendo exponencialmente e precisa de investimentos e estudos para entendê-la, fato que não temos de forma relevante, ainda mais pensando-se em população negra, onde o seu envelhecer é pouco investido.

Observou-se pouco referencial bibliográfico sobre qualidade de vida e a intersecção com o envelhecimento da população negra, fazendo com que os nossos achados careçam de mais estudos.

6. REFERENCIAS

Almeida-Filho, N. et al. 2004 **Social Inequalities and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class.** Social Science & Medicine, v. 59, p. 1339-53.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. **A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites.** Interface (Botucatu)

Andrew MK, Keef J. **Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada.** BMC Geriatrics. 2014; 14(1):90.

Andresen EM, Miller DK. **The future (history) of socioeconomic measurement and implications for improving health outcomes among African Americans.** Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci 2005; 60(10): 1345-50.

Blay SL, Ramos LR, Mari JJ. **Validity of Brazilian version of Olders American Resources Service (OARS) mental health screening questionnaire.** J Am Geriatr Soc 1988; 36(8):687-692.

Benedetti TRB, Meurer ST, Borges LJ, Conceição R, Lopes MA, Morini S. **Associação entre os diferentes testes de força em idosos praticantes de exercícios físicos.** Fitness Perform J. 2010;9(1):52-7. doi: 10.3900/fpj.9.1.52.p.

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira^I; Alécia Maria da Silva^{II}; Raimundo Antonio da Silva^I; Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz. **Desigualdades raciais na condição socioeconômica, demográfica e de saúde dos idosos do Estado do Maranhão, Amazônia Legal, Brasil: um estudo de base populacional.** Acta Amaz. 44 (3) • Sept 2014 • <https://doi.org/10.1590/1809-4392201304403>

Buss PM, Pellegrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis Rev Saúde Coletiva 2007; 17(1): 77-93.

Conzade R, Phu S, Vogrin S, Bani Hassan E, Sepúlveda-Loyola W, Thorand B, et al.

Changes in nutritional status and musculoskeletal health in geriatric post-fall care plan setting. Nutrients. 2019;11(7):1551.

Chor D, Lima CRDA. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil.** Cad Saúde Pública 2005; 21(5): 1586-94. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000500033

Fernandes HDCL, Gaspar JC, Yamashita CH, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. **Frailty assessment in the elderly assisted at a Family Health Unit.** Texto Contexto Enferm. 2013;22(2):423-31.

Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de quality life WHOQOL-bref.** Rev Saude Publica. 2000 Abr;34(2):178-83.

Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; **Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3):M146-156.

Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL. **Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários.** Revista Neurociências 2004 Abr/Jun.

Geneva: WHO, 2002. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO, 2011.

Geib LTC. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** Cien Saude Colet 2012; 17(1):123-133.

Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística- IBGE. **Características Étnico- raciais da População- um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008.** São Paulo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Características Étnico- raciais da População- um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008.** São Paulo SP:2008^a.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo Brasileiro de 2010.

IPEA;PNAD. **DINÂMICA DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO NEGRA BRASILEIRA**. 91. ed. Brasília: Comunicados do IPEA, 2007.

IPEA; PNAD. **DINÂMICA DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO NEGRA BRASILEIRA**. 91. ed. Brasília: Comunicados do IPEA, 2011.

Kimura L, Angeli CB, Auricchio MT, Fernandes GR, Pereira AC, Vicente JP, et al. **Multilocus family-based association analysis of seven candidate polymorphisms with essential hypertension in an African-derived semi- isolated Brazilian population**. Int J Hypertens. 2012.

Latham K, Peek CW. **Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults**. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2013; 68(1):107-116

Linck, C.L; Crossetti, M.G.O. **Fragilidade do idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem**. Rev. Gaúcha Enferm., 32 (2011), pp. 85-393n. 23.

LEVINE, D. M. / BERENSON, M. L. / STEPHAN, David. **Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. **Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008)**. Rev Saúde Pública 2012; 46(1): 100-7.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. **Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study**. Rev Panam Salud Publica 2009; 25(4):314-321.

Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Lupp M, et al. **Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions**. Med Care Res Rev 2011; 68(4): 387-420.

Lotufo PA. **Vamos falar de raça, cor da pele e etnia na medicina e na saúde pública? Ou jalecos brancos por vidas negras**. Diagn Tratamento. 2018;23(1):1-2.

Lu C, Yuan L, Lin W, Zhou Y, Pan S. **Depression and resilience mediates the effect of**

family function on quality of life of the elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2017

Marmot M. **Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England** post-2010. London: The Marmot Review; 2010.

Moimaz S, Almeida M, Lolli L, Garbin C, Saliba N. **Envelhecimento: Análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos.** Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009;12(3):361-75.

Neri, A. L. (2005). **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea. Osório, R. G. Texto para discussão n.996. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. ISSN 1415-4765. Governo Federal. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Aplicada Ipea, nov. 2003.

Palácios, J. **Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice(2ª. ed.)** C. Coll, J.

Palacios, A. Marchesi (Eds.), **Desenvolvimento psicológico e educação psicologia evolutiva**, 1, Artmed, Porto Alegre (2004).

Peterson MD, Sen A, Gordon PM. **Influence of resistance exercise on lean body mass in aging adults: a meta-analysis.** Med Sci Sports Exerc. 2011;43(2):249-58. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181eb6265.

Peterson MD, Rhea MR, Sen A, Gordon PM. **Resistance exercise for muscular strength in older adults: a meta-analysis.** Ageing Res Rev. 2010;9(3):226-37. doi: 10.1016/j.arr.2010.03.004

Podsiadlo D, Richardson S. **The Timed Up & Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons.** J Am Geriatr Soc 1991; 39(2):142-148.

Rossi PG, Pires de Andrade L, Hotta Ansai J, Farche ACS, Carnaz L, Dalpabel D, et al. **Dual-Task Performance: Influence of Frailty, Level of Physical Activity, and Cognition.** J Geriatr Phys Ther. 2019;42(3):E142-E147.

Silveira MB, Filippin LI. **Timed Up and Go como ferramenta de screening para fragilidade em idosos fisicamente ativos.** Cadernos Saúde Coletiva. 2017; 25(1): 389-393.

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. **Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos.** Rev Saude Publica 2004; 38(5):687-694.

Souza, RF; Skubs, TB; Passarella, AC. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem.** Rev. bras. enferm. 2007, vol 60,n 3, pp 263-267.

Sukkriang N, Punsawad C. **Comparison of geriatric assessment tools for frailty among community elderly.** Heliyon. 2020;6(9): e04797.

The WHOQOL Group. **World Health Organization quality of life assessment: development and general psychometric properties.** Soc Sci Med. 1998;46(12):1569-85.

The WHOQOL Group. **World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life.** Geneva: WHO; 1997.

Thompson, Walter. **Worldwide survey of fitness trends for 2016: 10th anniversary edition.** ACSM's Health and Fitness Journal, Philadelphia, v 19, n 6, p 9-18, Nov/Dec 2015.

Troen B. **The biology of aging.** Mount Sinai J Med 2003; 70(1):3 22. UNITED NATIONS. World Population Ageing. New York: United Nations, 2015

Volpato, G. L. (2011). **Ciência, publicação e redação científica.** Revista Eletrônica De Enfermagem, 13(3), 374–6.

Wing, Cary; Peterson, James. **Exercise and Arthritis: guidelines for the fitness professional.** ACSM's Health and Fitness Journal, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 8-12, Mar./Abr. 2012.

WHO- **World Health Organization Active ageing: a policy framework.**

Oliveira, B; Silva A; Silva R; Thomaz E. **Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão State, Legal Amazon, Brazil: a population-based study.** Acta Amaz. 44 (3) • Sept 2014

Rossetin LL, Rodrigues EV, Gallo LH, Macedo DS, Schieferdecker MEM, Pintarelli VL, et al. **Indicadores de sarcopenia e sua relação com fatores intrínsecos e extrínsecos às quedas em idosos ativas.** Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(3):399-414. doi: 10.1590/1809-98232016019.150028.

Sayón-Orea C, Santiago S, Bes-Rastrollo MAO, Martínez-González MA-O, Pastor MA-O, Moreno-Aliaga MJ, et al. **Determinants of Self-Rated Health Perception in a Sample of a Physically Active Population: PLENUFAR VI Study.** Int J Environ Res Public Health. 2018;15(10):1-10

Santos JR, Couto JO, Santos WS, Gueiros MM, Morais Jr. GS, Silva RJS. **Fatores associados à percepção de qualidade de vida em idosos de baixa renda.** Motricidade. 2016;12:139-46.

Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. **Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital.** Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(1):119-28

Rodrigues SC, dos Santos L, Pinheiro Júnior JA, Valença Neto PF, Casotti CA. **Nível de atividade física em idosos residentes em um município de pequeno porte: dados do estudo base.** Rev Bras Prescrição Fisiol Exerc. 2019;13(82):1-10

Helbostad JL, Sturnieks DL, Menant J, Delbaere K, Lord SR, Pijnappels M. **Consequences of lower extremity and trunk muscle fatigue on balance and functional tasks in older people: a systematic literature review.** BMC Geriatr. 2010;10:56. doi: 10.1186/1471-2318-10-56

Conzade R, Phu S, Vogrin S, Bani Hassan E, Sepúlveda-Loyola W, Thorand B, et al. **Changes in nutritional status and musculoskeletal health in a geriatric post-fall care plan setting.** *Nutrients.* 2019;11(7):1551.

Podsiadlo D, Richardson S. **The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons.** *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(2):142-8

Lenardt MH, Setoguchi LS, Betiolli SE, Grden CR, Sousa JA, Lourenço TM. **Gait speed and occurrence of falls in the long-lived elderly.** *Rev Min Enferm.* 2019;23:e1190

Eckert C, Gell NM, Wingood M, Schollmeyer J, Tarleton EK. **Malnutrition risk, rurality, and falls among community-dwelling older adults.** *J Nutr Health Aging.* 2021;25(5):624-27

De Sousa-Araújo IV, C Gomes N, Santos-Nascimento J, Neves Romanato Ribeiro CC, Dos Santos Tavares DM. **Queda entre idosos: preditores e distribuição espacial.** *Rev Salud Publica (Bogota).* 2019;21(2):187-194.

Araújo Júnior FB, Machado IT, Santos-Orlandi AA, Pergola-Marconato AM, Pavarini SC, Zazzetta MS. **Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability area.** *Cien Saude Colet.* 2019;24(8):3047-55

Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. **Genetics, race, ethnicity, and health.** *BMJ* 2004; 328:1070-1072

Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional.** *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:1909-16

Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. **Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed.** *Physis (Rio J.)* 2012; 22:895-918.

Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.** Lancet 2011; 377:1863-76.

2009; 13:383-94.

Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. **The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008).** Cad Saúde Pública 2014; 30:1438-52.

Romero DE, Cunha CB. **Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001).** Cad Saúde Pública 2006; 22:673-81.

Jones, C., Rikli, R., & Beam, W. (1999). **A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults.** *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70, 113-119. <https://doi.org/doi:10.1080/02701367.1999.10608028>

ANEXOS

ANEXO A

Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire –BOMFAQ

Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia adia.

O (a) Sr. (a) tem alguma dificuldade para:

	COM DIFICULDADE	SEM DIFICULDADE	NÃO REALIZA/ SEM RESPOSTA
Deitar e levantar da cama			
Comer			
Pentear os cabelos			
Andar no plano			
Tomar banho			
Vestir-se			
Ir ao banheiro em tempo			
Subir 1 lance de escada			
Medicar-se na hora			
Andar perto de casa			
Fazer compras			
Preparar refeições			

Cortas as unhas dos pés			
Sair de condução			
Fazer limpeza de casa			

TOTAL: _____

**PREFEITURA DO
MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

**COORDENAÇÃO DAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS
TEMÁTICAS ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE
DA PESSOA IDOSA**

NOME:		DN:
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:
TIME GET UP AND GO TEST (TUGT) – AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS		
INSTRUÇÕES		
<input type="checkbox"/> Material/equipamento: cadeira (45 cm a 48 cm de altura) com braços, de pés fixos (sem rodinhas), cronômetro; fita adesiva; trena, ou barbante, ou fita com 3m (para demarcar a distância de 3m);		
<input type="checkbox"/> Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante entendeu o que é para ser feito;		
<input type="checkbox"/> Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez);		
<input type="checkbox"/> Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até a marca no chão e sentar-se encostando completamente o tronco no encosto da cadeira;		
<input type="checkbox"/> Caso o idoso apresente alguma dificuldade de entendimento (ou esquecimento), que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste;		
<input type="checkbox"/> Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: “É para sentar?”, responda: “Faça como eu lhe disse para fazer”;		
<input type="checkbox"/> É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, ou andador);		
<input type="checkbox"/> O participante deve estar usando seu sapato habitual;		
<input type="checkbox"/> Para cronometrar o tempo: o cronômetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.		
PROCEDIMENTO		
<p>O idoso deverá estar sentado em uma cadeira com apoio lateral de braço.</p> <p>Solicite ao idoso, que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, virando 180° e retornando ao ponto de partida, para sentar-se novamente.</p>		

RESULTADO

Assinalar conforme a cronometragem do trajeto:

- | | |
|-----|---|
| () | < 10 segundos (acompanhar conforme o fluxo normal da AMPI/AB) |
| () | 10 a 19 segundos (acompanhar na UBS a não ser que tenha outras indicações para a atenção especializada)
Segundo a literatura, o tempo acima de 12,4 segundos indica risco aumentado para quedas. |
| () | 20 segundos ou mais (deverá ser encaminhado para a URSI) |

OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste)

Data: ___/___/___

Nome Legível e Assinatura do profissional:

PREFEITURA DO
MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS
TEMÁTICAS ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE
DA PESSOA IDOSA
RASTREAMENTO DA CAPACIDADE
FUNCIONAL

ORIENTAÇÕES

TIME GET UP AND GO (TUGT) – AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS

O que é? Teste de avaliação da mobilidade funcional, cujo desempenho está relacionado com o equilíbrio, marcha e capacidade funcional do idoso, podendo indicar seu grau de fragilidade.

Objetivo: Avaliar risco de quedas.

Procedimento: Solicitar ao idoso, que se levante sem apoio, caminhe e retorne ao local de origem, sentando-se novamente. Deverá ser avaliado o tempo de percurso e as condições em que o idoso realiza o trajeto.

Quem faz? O TUGT poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, que tenha sido devidamente treinado no serviço.

Avaliação de resultados:

- O teste é considerado normal quando o tempo do percurso for inferior a 10 segundos.
- Se o tempo estiver entre 10 e 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado de queda, sendo este risco aumentado, quando o tempo obtido for acima de 19 segundos, ou seja, 20 segundos ou mais.
- Se a pessoa idosa usar algum tipo de acessório de marcha (bengala, andador), tolera-se o tempo entre 10 a 19 segundos.
- Em qualquer dos casos, há risco acentuado de quedas sempre que o tempo for superior a 20 segundos.
- O teste deve ser considerado alterado, se o idoso não puder executá-lo por motivos de ordem motora (não consegue se levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para realização do teste).

Encaminhamentos: os idosos com alterações de marcha e equilíbrio e/ou com história de quedas deverão ser encaminhados diretamente para a Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI), ou outras especialidades,

ANEXO C

ANÁLISE DO WHOQOL-BREF

O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE.

É UM POUCO DIFERENTE DO WHOQOL-OLD. NESTE INSTRUMENTO TERÁ QUE APARECER O RESULTADO SOMENTE EM MÉDIA (1 A 5) POR DOMINIO E POR FACETA.

ATENÇÃO!!!

NESTE INSTRUMENTO É NECESSÁRIO TAMBÉM RECODIFICAR O VALOR DAS QUESTÕES 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

AS PERGUNTAS 1 E 2 DEVERÃO APARECER DA SEGUINTE FORMA.

- 1 – PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5);
- 2 – SATISFAÇÃO COM A SAÚDE (RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5)

CADA FACETA É SÓ SOMAR OS VALORES DA ENTREVISTA (DE 1 A 5) E DIVIDIR PELO NUMERO DE PARTICIPANTES. FAZER UMA MÉDIA ONDE O RESULTADO VAI SER DE 1 ATÉ 5.

ABAIXO ESTÃO OS DOMINIOS E SUAS FACETAS CORRESPONDENTES CADA FACETA COM UM NUMERO IDENTIFICADOR CONFORME O QUESTIONARIO JÁ ENVIADO.

Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - **Domínio físico**

3. Dor e desconforto **AQUI DO LADO VAI APARECER A MÉDIA (RESULTADO)**
4. Energia e fadiga **EM CADA FACETA.**
10. Sono e repouso
15. Mobilidade
16. Atividades da vida cotidiana
17. Dependência de medicação ou de tratamentos

18. Capacidade de trabalho

PARA CALCULAR O DOMINIO FISICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 7. (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7.

MESMO FORMATO DEVE SER FEITO NOS DEMAIS DOMINIOS.

Domínio 2 - Domínio psicológico

5. Sentimentos positivos

6. Pensar, aprender, memória e concentração

7. Auto-estima

11. Imagem corporal e aparência

19. Sentimentos negativos

26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

PARA CALCULAR O DOMINIO PSICOLOGICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 6. (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6

Domínio 3 - Relações sociais

20. Relações pessoais

21. Suporte (Apoio) social

22. Atividade sexual

PARA CALCULAR O DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 3. (Q20,Q21,Q22)/3

Domínio 4 - **Meio ambiente**

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente no lar
- 12. Recursos financeiros
- 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 25. Transporte

PARA CALCULAR O DOMINIO MEIO AMBIENTE É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 8. (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8

TODOS OS RESULTADOS VÃO SER EM MÉDIA TANTO NO DOMINIO QUANTO NAS FACETAS. QUANTO AOS RELATORIOS MESMO FORMATO DO WHOQOL-OLD. OPÇÃO PARA IMPRIMIR PARA ALUNOS O RELATORIO COMPLETO (COM DOMINIO, AS FACETAS, AS PERGUNTAS UM E DOIS E A CLASSIFICAÇÃO **necessita**

melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)) ERESUMIDO COM OS RESULTADOS DAS QUESTOES UM E DOIS **necessita melhorar**

(quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

OS DADOS TABULADOS DEVEM SER COMPATIVELIS PARA IMPORTAÇÃO PARA EXCEL, CASO SEJA NECESSÁRIO.

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		na d a	muit o pouc o	méd io	muit o	completame nte
1 0	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1 1	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
1 2	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
1 3	Quão disponíveis para você estão as informações que precisam seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1 4	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muit o bo m
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos	1	2	3	4	5

negativos tais como mau humor, desespero , ansiedade , depressão ?						
---	--	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve

Data	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente

Resultados em % de 0 a 100

Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.

ANEXO D

Avaliação antropométrica

1. Índice de Massa Corporal – IMC (kg/m²)

- [0] IMC < 19
- [1] 19 ≤ IMC < 21
- [2] 21 ≤ IMC < 23
- [3] IMC ≥ 23

2. Perímetro braquial–PB (cm)

- [0,0] PB < 21
- [0,5] 21 ≤ PB < 22
- [1,0] PB ≥ 22

3. Perímetro da panturrilha–PP (cm)

- [0] PP < 31
- [1] PP ≥ 31

4. Perda de peso durante os últimos três meses

- [0] Perda de peso > 3 kg
- [1] Não sabe informar
- [2] Perda entre 1 e 3 kg
- [3] Sem perda de peso

Avaliação global

1. Institucionalização/Asilamento

- [0] Sim
- [1] Não

2. Utilização de mais que 3 drogas prescritas por dia

- [0] Sim
- [1] Não

3. Estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses

- [0] Sim
- [1] Não

4. Mobilidade

- [0] Restrição à cama ou cadeira
- [1] Ergue-se, mas não anda
- [2] Capaz de andar

5. Problema neuropsicológico

- [0] Demência ou depressão severa
- [1] Demência média/mediana
- [2] Sem problemas psicológicos

6. Úlceras de pele ou de pressão

- [0] Sim
- [1] Não

Avaliação dietética

1. Ingestão de grandes refeições (almoço/jantar)

- [0] 1 refeição
- [1] 2 refeições
- [2] 3 refeições

2. Consumo de alimentos específicos

- Ao menos 1 porção de leite ou derivados por dia [Sim] [Não]
- 2 ou mais porções de ovos por semana [Sim] [Não]
- Carne, peixe ou frango diariamente [Sim] [Não]

- [0,0] = se 0 ou 1 resposta positiva
- [0,5] = se 2 respostas positivas
- [1,0] = se 3 respostas positivas

3. Consumo de 2 ou mais porções de frutas e hortaliças por dia

- [0] Não [1] Sim

4. Declínio da ingestão de alimentos nos últimos 3 meses devido a perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades em mastigar ou engolir

- [0] Grave perda de apetite
- [1] Moderada perda de apetite
- [2] Sem perda de apetite

5. Ingestão de líquidos – água, suco, café, chás, leite, vinho, cerveja (xícaras ou copos) por dia

- [0,0] Menos que 3
- [0,5] Entre 3 e 5
- [0,0] Mais que 5

6. Forma de alimentação

- [0] Necessita de assistência
- [1] Alimenta-se sem assistência com alguma dificuldade
- [2] Alimenta-se sem nenhum problema

Pontuação da miniavaliação nutricional

[24] [17 e 23,5] [17]

Estado nutricional adequado. | Risco de desnutrição. | Desnutrição.

Limites de Peso segundo Estatura em metros

Estatura (m)	Baixo Peso (IMC < 18,5 kg/m ²)	Sobrepeso (IMC > 30 kg/m ²)
	Peso (kg)	Peso (kg)
1,45	38,9	63,1
1,50	41,6	67,5
1,55	44,4	72,1
1,60	47,4	76,8
1,65	50,4	81,7
1,70	53,5	86,7
1,75	56,6	91,9
1,80	59,9	97,2

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA AMOSTRA CONVÊNIENTIA

PESQUISA: Saúde da População Negra

ALUNO: Hyunde Nairóbi, Natália Clavelin Machado, Suellen Pontes Fontoura

PROFESSOR RESPONSÁVEL: DR. JERRI LUIZ RIBEIRO

As informações apresentadas nesta folha, fornecidas por Hyunde Nairóbi, Natália Clavelin Machado, Suellen Pontes Fontoura alunos de pós-graduação do curso de ciências do movimento humano têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) responsável voluntário(a) para participação na pesquisa acima referida, a qual autoriza sua participação com o pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a qual será submetido.

Nesse termo, você irá encontrar informações gerais sobre os procedimentos a serem realizados durante o estudo, leia as informações e qualquer dúvida você pode perguntar.

Natureza da pesquisa:

Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo verificar a saúde da população negra.

Participantes da pesquisa:

Indivíduos que façam a autodeclaração étnico-racial.

- Envolvimento da pesquisa:

Questionário: O questionário será aplicado de forma presencial.

Anamnese: ao participar deste estudo você terá que responder um questionário contendo seus dados pessoais e avaliando as condições gerais de sua saúde e socioeconômico.

Para resposta de um dos objetivos do estudo, será necessário que o participante informe qual sua atividade física, ou pelo menos aquelas em que já teve uma breve pratica.

Sobre as coletas:

A coleta dos dados será realizada após toda amostra preencher questionário do estudo.

Protocolo dos testes:

Questionário demográfico; idade, peso, altura, estado civil, tipo de trabalho, álcool e tabagismo

Questionário cronograma e rotina detalhado da sua; experiência na atividade, tem frequência (dias/semana).

Risco e desconforto:

Os procedimentos referentes a esta pesquisa não apresentam nenhum risco a integridade física dos sujeitos participantes.

Confidencialidade:

Todo o processo de pesquisa será realizado com o máximo de sigilo para evitar qualquer exposição do participante.

Custos e pagamentos:

Você não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa, bem como, nada será pago por sua participação;

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir a participação do voluntário neste estudo.

Eu, _____,

RG _____ após a leitura e compreensão das informações acima expostas, entendo que minha participação, é voluntária, e que a qualquer momento posso sair do estudo, sem prejuízo algum. Assino este consentimento em duas vias e confirmo que recebi uma cópia deste termo. Autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Porto Alegre, I I

Nome do Participante:

Assinatura do Orientador:

Assinatura do Pesquisador:

CIP - Catalogação na Publicação

Clavelin Machado, Natalia
AVALIAÇÃO DE INDICADORES SOCIO-ECONÔMICOS, ESTADO
NUTRICIONAL, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, FUNCIONALIDADE
E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS NEGRAS / Natalia
Clavelin Machado. -- 2023.
79 f.
Orientador: Jerri Luiz Ribeiro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa
de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano,
Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Qualidade de Vida. 2. Envelhecimento. 3.
População Negra. I. Ribeiro, Jerri Luiz, orient. II.
Titulo.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).