

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**FUNCIONALIDADE, RISCO DE QUEDA E QUALIDADE DE VIDA
DE IDOSOS NEGROS RESIDENTES EM DUAS COMUNIDADES
QUILOMBOLAS SERGIPANAS**

FABIANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SANTOS FALCÃO

Aracaju/SE
Julho – 2022

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**FUNCIONALIDADE, RISCO DE QUEDA E QUALIDADE DE VIDA
DE IDOSOS RESIDENTES EM DUAS COMUNIDADES
QUILOMBOLAS SERGIPANAS**

Tese de Doutorado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Doutora em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

FABIANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SANTOS FALCÃO

**Profª Drª Edna Aragão Farias Cândido
Orientadora**

Aracaju/SE
Julho – 2022

F178f

Falcão, Fabiana Conceição de Oliveira Santos.

Funcionalidade, risco de queda e qualidade de vida de idosos negros residentes em duas comunidades quilombolas sergipanas / Fabiana Conceição de Oliveira Santos Falcão; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Edna Aragão Farias Cândido - Aracaju: UNIT, 2022.

146 f. il ; 30 cm

Tese (Doutorado em Saúde e Ambiente) - **Universidade Tiradentes, 2022**

1. Classificação Internacional de Funcionalidade. 2. Incapacidade e Saúde. 3. *Software*. 4. Idoso. 5. Grupos Étnicos. 6. Qualidade de Vida. I. Falcão, Fabiana Conceição de Oliveira Santos. II. Cândido, Edna Aragão Farias (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

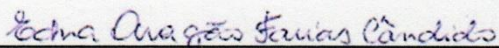
CDU: 614.821'36 (981)

**FUNCIONALIDADE, RISCO DE QUEDA E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS NEGROS RESIDENTES EM DUAS COMUNIDADES
QUILOMBOLAS SERGIPANAS**

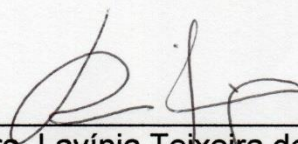
Fabiana Conceição de Oliveira Santos Falcão

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA À BANCA EXAMINADORA PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:



Prof^ª. Dr^ª. Edna Aragão Farias Cândido
Orientadora

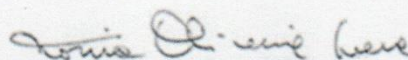


Profa. Dra. Lavínia Teixeira de Aguiar Machado
Examinadora Externa – UFS



Documento assinado digitalmente
ROBERTO DOS SANTOS LACERDA
Data: 15/10/2022 16:55:21-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Roberto dos Santos Lacerda
Examinador Externo – UFS



Profa. Dra. Sonia Oliveira Lima
Membro Interno – UNIT



Documento assinado digitalmente
ESTELIO HENRIQUE MARTIN DANTAS
Data: 15/10/2022 08:05:36-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Estelio Henrique Martin Dantas
Membro Interno – UNIT

Aracaju/SE
Julho – 2022

DEDICATÓRIA

“Ao Rei eterno, imortal,
invisível, o único Deus – a
Ele sejam dadas a honra e a
glória, para todo o sempre!
Amém!”
(I Timóteo 1:17)

AGRADECIMENTOS

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu.”

(Eclesiastes 3:1)

Meus sinceros agradecimentos a Deus, razão do meu viver, que me fez acreditar que seria possível chegar até aqui;

Aos meus pais, João Batista e Maria do Carmo, por serem a minha base, meu porto seguro;

Aos meus sogros, Nicodemos e Ruth, grandes educadores que são uma fonte de inspiração para mim;

Ao meu esposo Neander, meu amor, pela companhia, incentivo e cumplicidade;

Aos meus queridos filhos, Gabriel e Giovanna, presentes de Deus que me inspiram a ser uma pessoa melhor;

Aos meus irmãos, Fábio e Fernanda, pela certeza de ter sempre com quem contar;

Aos meus amados familiares, Ana Letícia, Débora, Rita de Cássia, Miguel Benício, Paulo Henrique, Paulo Clay, Nicodemos Júnior, Sileide, Nicole, Delman, Laura, Sarah, Esther, Dayseanne, Ivan, Bruno, Aline, Bernardo e Thereza, pela torcida, amizade e parceria;

Às queridas nonagenárias da família, Dona Finha (minha avó paterna) e Dona Gláucia (avó materna de Neander), que são exemplos de simplicidade e resiliência para mim;

À minha estimada orientadora Professora Doutora Edna Aragão Farias Cândido, pelo acolhimento, apoio, direcionamento e por dispensar tanto do seu tempo a meu favor;

À querida Professora Doutora Cristiane Costa da Cunha Oliveira, pela parceria e intercessão aos líderes das comunidades quilombolas estudadas;

Aos demais Professores Doutores do Programa Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, pelo apoio e ensinamentos tão relevantes para o desenvolvimento desta pesquisa;

Aos colegas do Programa Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, pelo incentivo e parceria durante o curso;

Aos líderes das comunidades quilombolas, Mell na Patioba e Luiz na Maloca, e aos participantes da pesquisa pela receptividade e acolhimento;

Aos colegas da Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário de Lagarto, em especial a Hericalizandra, Juliana e Gustavo, pelo apoio e desprendimento em ajudar;

À equipe do LBPn, em especial aos companheiros de jornada: Liliane, Fernanda, Jaine, Janine, Thaís, Thayslane, Reverton e Ícaro, pelo empenho na coleta e tabulação dos dados;

À Secretária Municipal de Saúde de Japaratuba, Nara Amanda Veiga Barreto, por autorizar a entrada da equipe de avaliadores desta pesquisa na comunidade quilombola Patioba;

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde das comunidades quilombolas Patioba e Maloca, pelo empenho e profissionalismo na triagem dos participantes da amostra;

Ao Ministério da Saúde através do Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT e Coordenação do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa e Tecnologia de Sergipe (FAPITEC) e Secretaria de Estado da Saúde (SES), pelo apoio financeiro;

Aos irmãos em Cristo da Igreja Adventista Central de Aracaju, em especial Anaclécia, Carlinhos Ferreira, Sue Ellen, Yana, Stela, Silvana, Edileuza, Délia, Carlinhos Galvão, Ilza e Rosângela, pelas orações e momentos de comunhão;

Aos meus queridos amigos Enaide (*im memoriam*), Leila, Teresa, Max, Cristiane, Joana, Emilene, Walter, Audria, Kelly, Danda e Renata, pelo encorajamento e companheirismo;

À minha amada turma Fisio Amigos, que sempre torceu por minhas conquistas e vitórias;

Enfim, a todos que se dispuseram a ajudar-me de alguma maneira na concretização deste sonho.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE SIGLAS E ABREVIações	xii
RESUMO	xiv
ABSTRACT	xv
1. INTRODUÇÃO	16
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
4.1. Breve histórico da CIF.....	30
4.2. O que é a CIF?.....	32
4.3. A classificação da funcionalidade.....	35
4.4. CIF e Tecnologia.....	39
4.5. Qualidade de vida	41
5. METODOLOGIA	42
5.1. Tipo de estudo	42
5.2. Casuística	42
5.3. Critérios de Inclusão e Exclusão	43
5.4. Recrutamento.....	43
5.5. Procedimentos	44
5.6. Análise Estatística.....	47
6. RESULTADOS.....	49
7. DISCUSSÃO	76
8. CONCLUSÃO	86
9. REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES E ANEXOS	103

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Visão geral da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, EDUSP, 2020, p. 24).	34
Quadro 2. Estrutura da CIF (FONTES <i>et al.</i> , 2010)	37
Quadro 3. Estrutura da CIF (FONTES <i>et al.</i> , 2010)	37
Quadro 4. Qualificador genérico da CIF (FONTES <i>et al.</i> , 2010).	38
Tabela 1. Perfil dos dados sociodemográficos dos idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.....	49
Tabela 2. Perfil das áreas da saúde cadastradas no aplicativo CIFSUS referente à funcionalidade relacionada à função do corpo (b), em idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.....	50
Tabela 3. Perfil da classificação em relação à deficiência ou não de funcionalidade relacionada a função do corpo (b), em idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.....	51
Tabela 4. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo (b) dos indivíduos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca que apresentaram comprometimento apenas em ortopedia.....	52
Tabela 5. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo dos indivíduos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca que apresentaram comprometimento apenas em cardiorrespiratória.	53
Tabela 6. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo e gravidade da deficiência dos indivíduos das comunidades Patioba e Maloca que apresentaram comprometimento em ortopedia associado a cardiorrespiratória.	54
Tabela 7. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo e gravidade da deficiência dos idosos das comunidades quilombolas Patioba que apresentaram comprometimento em neurologia.....	55
Tabela 8. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo (b) e do primeiro qualificador, gravidade da deficiência, dos idosos das comunidades quilombolas Patioba que apresentaram comprometimento em neurologia associado à ortopedia e cardiorrespiratória.....	56
Tabela 9 Perfil das Estruturas do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.	57

Tabela 10. Perfil do primeiro qualificador, extensão da deficiência, referente à Estrutura do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.....	57
Tabela 11. Perfil do segundo qualificador, natureza da deficiência, referente à Estrutura do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.....	58
Tabela 12. Perfil do terceiro qualificador, localização da deficiência, referente à Estrutura do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.....	58
Tabela 13. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada ao desempenho (d) de todas as áreas das comunidades Patioba e Maloca.....	60
Tabela 14. Perfil dos códigos referentes aos fatores ambientais (e) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe	61
Tabela 15. Perfil do primeiro qualificador, extensão dos facilitadores, referentes aos fatores ambientais (e) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe	61
Tabela 16. Perfil do Risco de Queda (TUG) em idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.....	62
Tabela 17. Dados descritivos do teste Risco de Queda de idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.....	62
Tabela 18. Perfil da classificação do nível de atividade física de idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.....	63
Tabela 19. Média e desvio padrão referente aos domínios estabelecidos pela versão abreviada do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde aplicado nos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe	65
Tabela 20. Frequência relativa de especificidade das formas ativas de acordo com as classes, nas diversas áreas de comprometimento dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Contextuais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde das comunidades Patioba e Maloca.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, EDUSP, 2003, p. 32)	33
Figura 2. Fluxograma da amostra populacional dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe	44
Figura 3. Comparação do nível de atividade física entre as duas comunidades quilombolas Patioba e Maloca. Teste Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn, considerando $p < 0,05$ (** $p = 0,0061$; * $p = 0,041$).....	64
Figura 4. Correlação do nível de atividade física e risco de quedas entre as duas comunidades quilombolas Maloca e Patioba. Teste de <i>Pearson</i> (r), considerado $p < 0,05$, cujos valores de “ r ” foram: correlação alta (0,7-1), média (0,4-0,69) e baixa (0,0-0,3).	64
Figura 5. Nuvem de palavras dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das comunidades Patioba e Maloca.	66
Figura 6. Nuvem de palavras que resultaram da frequência no <i>corpus</i> da comunidade quilombola Patioba.....	67
Figura 7. Nuvem de palavras que resultaram da frequência no <i>corpus</i> da comunidade quilombola Patioba.....	67
Figura 8. Análise Fatorial de Correspondência dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das comunidades Patioba e Maloca.....	69
Figura 9. Análise de similitude entre as palavras dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Contextuais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde das comunidades Patioba e Maloca.....	71
Figura 10. Nuvem de palavras dos termos classificatórios resultante das avaliações dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.....	72
Figura 11: Análise Fatorial de Correspondência das palavras dos termos classificatórios resultantes das avaliações dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.	73

Figura 12: Análise de similitude das palavras dos termos classificatórios resultante das avaliações dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.....	74
Figura 13: Análise de similitude do <i>corpus</i> textual da comunidade quilombola Patioba.....	75
Figura 14: Análise de similitude do <i>corpus</i> textual da comunidade quilombola Maloca.	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATÖES

ABVD	- Atividades Básicas de Vida Diária
ADCT	- Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AFC	- Análise Fatorial de Correspondências
AIVD	- Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	- Atenção Primária à Saúde
CID-10	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão
CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas não Transmissíveis
FCP	- Fundação Cultural Palmares
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CIDID	- Classificação Internacional de Deficiências e Desvantagens
ICIDH	- <i>International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps</i>
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
INCRA	- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRaMuTeq <i>Questionnaires</i>	- <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MS	- Ministério da Saúde
MNU	- Movimento Negro Unificado contra a Discriminação Racial
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSIPN	- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPSUS	- Programa Pesquisa para o SUS
QV	- Qualidade de Vida
RES	- Registro Eletrônico de Saúde. E se eu não.
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Desimpedido

TICs	- Tecnologias da Informação e Comunicação
TUG	- <i>Time up and Go Test</i>
WHOQOL-100	- <i>World Health Organization to Access Quality of Life-100</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization to Access Quality of Life-bref</i>

RESUMO

Idosos quilombolas também podem apresentar alterações de funcionalidade que resultam em deficiências e limitações, alterações funcionais por pouca atividade física, risco de queda e interferência na qualidade de vida (QV). Assim, avaliar funcionalidade, alterações funcionais e QV de idosos em comunidades quilombolas sergipanas, tornou-se objetivo deste estudo. A pesquisa foi quanti-qualitativa, realizada entre setembro de 2020 e abril de 2021, em 50 idosos das comunidades Patioba e Maloca. Utilizou-se o *software* CIFSUS para classificar funcionalidade, questionário de atividade física e QV, teste para risco de quedas e *software* IRaMuTeQ 0.7 para avaliação qualitativa. Os dados foram analisados e expressos em frequência e médias. Na Patioba, na área da ortopedia, prevaleceu mobilidade das articulações (29,3%) com deficiência moderada (51,2%); enquanto na Maloca prevaleceu força dos músculos de um membro e mobilidade das articulações (33,33%, respectivamente) com deficiência moderada e grave (33,33%, respectivamente). Na área cardiorrespiratória, a Patioba apresentou pressão aumentada (66,7%) com deficiência leve (50%); na Maloca, com funções do coração e pressão aumentada (50%, respectivamente) com deficiência leve (100%). Já na ortopedia associada à cardiorrespiratória, foi verificada pressão aumentada (28,9%) com deficiência leve em 52,6%; na Maloca, força dos músculos de um membro, mobilidade das articulações, funções respiratórias e pressão arterial aumentada (20%, respectivamente) com deficiência moderada em 70%. Na área de neurologia, apenas Patioba apresentou idosos com alterações, prevalecendo tônus dos músculos de um lado do corpo e força dos músculos de todos os membros (50%, respectivamente) com deficiência moderada (100%). Assim como na área de neurologia associada a ortopedia e cardiorrespiratória prevaleceu padrão da marcha, pressão aumentada e força dos músculos de todos os membros (18,2%, respectivamente) com deficiência grave em 54,5%. Idosas acima de 80 anos apresentaram maior risco de quedas nas duas comunidades. Quanto ao nível de atividade física, a maioria dos idosos longevos foi considerada Sedentários e Insuficientemente Ativos nas duas comunidades (66,6%, respectivamente). Em relação à QV, o domínio “meio ambiente” apresentou menor média (13,51) na Patioba; e o domínio “psicológico” (13,11), na Maloca. Nos resultados qualitativos, envolvendo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), foi verificado nas áreas cardiorrespiratória e ortopedia associada a cardiorrespiratória, na Patioba, associações mais fortes entre as palavras função do corpo, limitação moderada e mobilidade multiarticular; na Maloca, foram observadas associações mais fracas e em relação ao domínio fatores contextuais, entre as palavras classificado, deficiência leve e CIF. Quanto à similitude, houve relação mais forte entre CIF e deficiência moderada; e mais fraca entre executar tarefas e ambos os lados. Em relação às atividades funcionais e QV, a nuvem de palavras apresentou WHOQOL-bref regular em destaque, seguido da palavra feminino. Já na similitude houve relação forte desse WHOQOL-bref com IPAQ (ativo), baixo risco de queda e quilombola masculino. Além de associações fortes entre alto risco de queda na área de neurologia na Patioba, e Maloca sem representatividade. Conclui-se que idosos longevos das duas comunidades apresentaram déficit quanto à funcionalidade, atividade física e maior risco de queda com impacto na QV.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; *software*; idoso; grupos étnicos; qualidade de vida.

ABSTRACT

Quilombola elderly people may present functional changes that result in deficiencies and limitations, functional changes due to physical activity, risk of falling and interfere with quality of life (QL). Thus, evaluating functionality, functional changes and quality of life of the elderly in quilombola communities in Sergipe becomes the objective of this study. The research was quantitative-qualitative, carried out between September 2020 and April 2021, in 50 elderly people from the Patioba and Maloca communities. The CIFSUS software was used to classify functionality, a physical activity and QL questionnaire, a test for risk of falls and IRaMuTeQ 0.7 software for qualitative assessment. Data were analyzed and expressed as frequency and means with a statistical significance of 5%. In Patioba, in the area of orthopedics, joint mobility prevailed (29.3%) with moderate disability (51.2%); while in Maloca, strength of the muscles of a limb and mobility of the joints prevailed (33.33%, respectively) with moderate and severe disabilities (33.33%, respectively). In the cardiorespiratory area, Patioba presented increased pressure (66.7%) with mild deficiency (50%); in Maloca, with increased heart functions and pressure (50%, respectively) with mild impairment (100%). In orthopedics associated with cardiorespiratory surgery, increased pressure was observed (28.9%) with mild deficiency in 52.6%; in Maloca, strength of limb muscles, joint mobility, respiratory functions and increased blood pressure (20%, respectively) with moderate impairment in 70%. In the area of neurology, only Patioba presented alterations in the elderly, prevailing muscle tone on one side of the body and muscle strength in all limbs (50%, respectively) with moderate deficiency (100%). As in the area of neurology associated with orthopedics and cardiorespiratory surgery, gait pattern, increased pressure and muscle strength of all limbs prevailed (18.2%, respectively), with severe disability in 54.5%. Elderly women over 80 years old had a higher risk of falls in both communities. The majority of the oldest old were considered Sedentary and Insufficiently Active regarding the level of physical activity in the two communities (66.6%, respectively). Regarding QL, the domain "environment" had the lowest average (13.51) in Patioba; and the "psychological" domain (13,11) in Maloca. Qualitative results involving International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) were selected for cardiorespiratory function and cardiorespiratory-associated orthopedics, from Patioba, stronger associations between body words, extension limitation, and multi-joint mobility; Maloca, were observed in the most faulty comparisons and in domain problems, between the words that define the factors, mild and ICF. As for similarity, there was a stronger relationship between ICF and measured deficiencies; and more failure between performing tasks and both sides. In relation to functional activities and QL, the word cloud presented WHOQOL-bref regular highlighted, followed by the feminine word. In terms of similarity, there was a strong relationship with this WHOQOL-bref with IPAQ (active), low risk of falling and male quilombola. In addition to associations between high risk of falls in the area of neurology in Patioba, and Maloca without representation. It is concluded that the long-lived elderly in both communities have a deficit in functionality, physical condition and a higher risk of falling with an impact on QL.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; Software; elderly; Ethnic groups; quality of life.

1. INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas urbanas e rurais são formadas por descendentes de africanos escravizados que são reconhecidos como grupos étnicos-raciais que possuem uma trajetória histórica relevante desde o Brasil Colônia, que passaram pelo Império e chegaram à República. O termo originário *Kilómbò*, dos povos de língua banto, assumiu novos significados que incidem não apenas sobre uma luta política, mas também sobrepõe uma reflexão científica e cultural em processo de construção (MARQUES; GOMES, 2013; VIEIRA, 2018; MOTA *et al.*, 2021). Para alguns cientistas sociais, o quilombo é definido como território de uso comum que possibilita o exercício de uma vida comunitária em laços de solidariedade entre seus moradores, que lhes conferem pertencimento (FERNANDES *et al.*, 2020).

No Brasil existem 3.447 comunidades quilombolas reconhecidas oficialmente pelo estado brasileiro, das quais 2.790 são certificadas. A maioria encontra-se no Nordeste, que corresponde a 61% das certidões emitidas. Em Sergipe, das 37 comunidades quilombolas reconhecidas, 32 são certificadas. Dentre elas, as comunidades quilombolas Patioba, no município de Japaratuba, e Maloca, na capital Aracaju, que foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) em 2006 e 2007 respectivamente (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

A maioria das famílias quilombolas vive em situação de extrema pobreza. De acordo com Santos *et al.* (2021), 74,73% dessas famílias no Brasil se encaixam nessa condição. Além disso, 24,81% de seus integrantes não sabem ler e 79,78% dependem de auxílios sociais do governo federal. Em relação à infraestrutura das comunidades, a maioria é de piso de terra batida, não possuem saneamento básico e coleta de lixo adequadas, nem banheiro ou sanitário. Esses números mostram que algumas peculiaridades diferenciam os quilombolas das outras populações. No que diz respeito às doenças que afetam mais a população negra, encontram-se esses fatores socioeconômicos desfavoráveis e os fatores genéticos. A anemia falciforme é o exemplo clássico de doença genética que ocorre quase que exclusivamente em negros. Algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são predominantes nessa população, tais como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* e doença renal terminal (LOPES, 1997; ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014). Numa metanálise realizada por Vaughn *et al.* (2019), constatou-se que negros americanos com diagnóstico de osteoartrite referiram maior magnitude na dor e na incapacidade funcional quando comparados aos brancos não hispânicos.

O processo de envelhecimento tem relação direta com a crescente incidência das DCNT, que apresenta cada vez mais relevância no impacto da capacidade funcional

e qualidade de vida dos idosos, além de gerar aumento nas buscas por serviços de saúde. Diversos estudos têm demonstrado que as alterações específicas da funcionalidade corporal podem intervir na qualidade de vida de um indivíduo (DA SILVA *et al.*, 2015; TOUGH *et al.*, 2017; RAMOS-LIMA *et al.*, 2018; MOSHKI *et al.*, 2019). Tais alterações aumentam o risco de queda nessa população. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) esse evento ocorre devido a uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que o indivíduo permaneça em um nível mais baixo em relação à sua posição inicial (DUARTE *et al.*, 2018). Segundo Kwon *et al.* (2018), são necessárias mais pesquisas que explorem os fatores associados ao risco de queda em grupos raciais para que intervenções relevantes e direcionadas sejam realizadas no sentido de prevenir quedas e lesões subsequentes.

Uma vez que as quedas em idosos tornaram-se um desafio para a saúde pública por provocar lesões físicas e deficiências que afetam a qualidade de vida desses indivíduos, além de aumentar o risco de mortalidade (KANTOW *et al.*, 2021), faz-se necessário o uso de instrumentos que auxiliem tanto na avaliação da funcionalidade, quanto na capacidade funcional, risco de quedas e qualidade de vida.

A OMS respaldou e validou instrumentos que contribuem na avaliação desses riscos. A Qualidade de Vida é mensurada por medidas aplicáveis e válidas para uso em diversas culturas em projeto colaborativo envolvendo 15 centros, que resultou na elaboração do *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100) (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010). A versão abreviada nomeada de WHOQOL-bref foi utilizada para avaliar a percepção individual em relação à vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual a pessoa é inserida e também em relação às expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1998). Em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida e indicada mundialmente (LAURENT, 2003). No Brasil, foi normatizada na Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde (OMS, 2013; BUCHALLA, 2016; BIZ; CHUN, 2020). Desde então, diversas pesquisas têm sido realizadas, porém ainda é possível observar desafios para o êxito na aplicabilidade da CIF e uso dessa linguagem de forma universal, devido a várias barreiras na comunicação em nível de ensino, prática clínica, gestão e pesquisa (ANDRADE *et al.*, 2017; BARRETO *et al.*, 2021).

A CIF representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade. Constitui-se em um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. É notória a incorporação e a utilização dessa classificação em diversos setores da saúde e equipes multidisciplinares (CASTRO *et al.*, 2016). Segundo Lehmann *et al.* (2021), a funcionalidade, deficiência e saúde são conceitos objetivos na terminologia da CIF,

enquanto a experiência subjetiva destas questões está relacionada à qualidade de vida. No entanto, ainda existe uma necessidade de adequação e divulgação da CIF a fim de que seja utilizado por um número maior de profissionais, em locais diversos e a partir de pessoas com realidades diferentes.

Nesse sentido, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são consideradas uma importante ferramenta para os cuidados em saúde por contribuírem para a divulgação e atualização de conhecimento e para o auxílio na tomada de decisão clínica dos profissionais através do uso de dispositivos móveis (FERREIRA; GOMES-JUNIOR, 2021). Para tal, durante o presente estudo foi utilizado um aplicativo nomeado de CIFSUS que contribuiu para o levantamento quantitativo da funcionalidade dos idosos quilombolas. Assim sendo, esta pesquisa apresenta um olhar quantitativo e qualitativo da funcionalidade, do risco de queda, como também da prática de atividade física e a qualidade de vida dos indivíduos residentes na Maloca, comunidade quilombola urbana e na Patioba, que se caracteriza como comunidade rural.

2. JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional favorece o aumento das DCNT que, por sua vez, comprometem o bem-estar físico, mental, social e as habilidades funcionais. Assim sendo, percebe-se uma crescente preocupação entre os profissionais de saúde com o impacto das doenças nas atividades diárias, na percepção da saúde e no comprometimento funcional dos idosos, inclusive nos quilombolas (ZHAO *et al.*, 2018; ABDI *et al.*, 2019; DA SILVA *et al.*, 2020).

As comunidades quilombolas são formadas em sua maioria por indivíduos de ancestralidade africana que têm vivenciado ao longo da história efeitos do racismo estrutural (GAUDIO, 2019). Existe uma busca incessante dessas comunidades por acesso às políticas públicas fundamentais, como as de saúde, educação e as voltadas à regularização fundiária de seus territórios geográficos (DA SILVA; SOUZA, 2021). Porém, em diagnósticos sobre o Programa Brasil Quilombola e políticas destinadas a comunidades quilombolas, evidenciaram-se baixos índices de acesso a políticas públicas e sociais nessas comunidades (TEIXEIRA; SAMPAIO, 2019).

Fatores sociais, demográficos e econômicos estão relacionados ao aparecimento de patologias que influenciam no perfil epidemiológico relativo aos indicadores de adoecimento e mortalidade. Entre as doenças que aumentaram suas prevalências nos últimos anos estão as doenças osteomioarticulares, do aparelho cardiorrespiratório, metabólicas, cerebrovasculares e neoplasias, o que corresponde a 66,3% das DCNT; enquanto as doenças infecciosas, 23,5% e causas externas, 10,2% (AMORIM *et al.*, 2013; CORTEZ *et al.*, 2019). Evidências científicas indicam que os negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente em todas as faixas etárias (DE FREITAS *et al.*, 2016; NOBLES *et al.*, 2016; BURGER *et al.*, 2017; REZENDE *et al.*, 2020).

De acordo com O'Young *et al.* (2019), as condições de saúde de um indivíduo tanto no âmbito pessoal ou ambiental podem apresentar uma interação negativa que resultem em algum tipo de deficiência. Segundo Westerstahl *et al.* (2018), a capacidade funcional de um indivíduo muda ao longo de sua vida. Porém, é a partir da terceira idade que as alterações funcionais se intensificam devido a diversos fatores que resultam em riscos elevados de institucionalização e quedas (OLIVEIRA *et al.*, 2019). O próprio processo de envelhecimento é caracterizado como um evento progressivo, multifatorial e heterogêneo, que pode ocasionar comprometimento funcional, declínio na qualidade de vida, graus de dependência e/ou incapacidade, além de aumentar a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis que resultam numa maior busca por serviços de saúde (DAWALIBI *et al.*, 2013; SILVA, 2013; CARDOSO *et al.*, 2018).

Segundo Nunes *et al.* (2017), é fundamental avaliar a incapacidade funcional em idosos e seus fatores associados, para direcionar intervenções apropriadas, com o intuito de auxiliar na promoção da saúde, da qualidade de vida e na organização de estratégias focadas nos indivíduos e na população. Esta pesquisa contribuiu com o desenvolvimento do aplicativo CIFSUS, a ser utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de auxiliar na classificação da funcionalidade, incapacidade e saúde dos participantes. Nesse sentido, foi avaliada a aplicabilidade do *software* nos campos de pesquisas com o intuito de observar o processo de geração dos dados relevantes para a classificação da funcionalidade quer nos modos *on-line* ou *off-line*.

Assim sendo, o estudo em questão está em sintonia com a linha de pesquisa 3, que abrange estudos das relações Biodiversidade e saúde com o objetivo de melhorar a condição de vida de indivíduos, grupos e comunidades, no caso comunidades quilombolas. Tendo em vista que o aplicativo criado com auxílio da discente e de uma equipe treinada sob a orientação da Professora Doutora Edna Aragão Farias Cândido, a partir de um projeto do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), seja exclusivo do domínio do Ministério da Saúde, a utilização do mesmo por profissionais de áreas diversas ligados ao SUS, adequa-se à proposta do programa no que diz respeito à interdisciplinaridade e pode gerar impacto positivo na saúde pública.

Os dados gerados pelo aplicativo CIFSUS trouxe informações importantes quanto ao perfil funcional, também foi possível avaliar, a partir de outros questionários, risco de quedas, nível de atividade física e qualidade de vida dos idosos quilombolas que vivem na zona urbana e rural, a fim de tornar viável a elaboração de estratégias que contribuam com a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, tanto no âmbito pessoal quanto no coletivo, através da criação de programas voltados para o incentivo da prática de atividade física nestas comunidades que visem a promoção de saúde e a prevenção de quedas. Por isso, é pertinente a presença de profissionais habilitados nas áreas de Fisioterapia e Educação Física que se somem às equipes da Estratégia Saúde da Família no que diz respeito à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a funcionalidade, risco de queda e qualidade de vida de idosos negros em duas comunidades quilombolas sergipanas.

3.2 Objetivos Específicos

Classificar a funcionalidade quanto a função e estrutura do corpo, desempenho e os fatores pessoais e ambientais dos idosos usuários do SUS, residentes nas comunidades quilombolas Patioba e Maloca, de acordo com o *software* desenvolvido CIFSUS;

Descrever o perfil funcional dos idosos de duas comunidades quilombolas (urbana e rural);

Mensurar o risco de queda e o nível de atividade física dos participantes do estudo;

Correlacionar o nível de atividade física e o risco de queda em idosos de duas comunidades quilombolas sergipanas;

Analisar a qualidade de vida dos participantes do estudo.

4. REVISÃO DE LITERATURA:

4.1- Peculiaridades dos quilombolas

Desde o período da colonização, o Brasil teve como base o trabalho escravo que iniciou com os índios e continuou com os negros trazidos da África (DE ALMEIDA, 2014). Por essa razão, o Brasil tornou-se o segundo país do mundo com maior concentração de ancestrais africanos (DA SILVA; DA SILVA, 2014). A escravidão foi uma prática vivenciada às custas de violência e punições que geraram muitos protestos e insurreições como modo de resposta. Porém, existiam leis para reprimir os protestos e rebeliões, tanto no período colonial quanto no imperialista. Em contrapartida, a maneira utilizada para negar a condição de escravo era através da fuga. Os lugares de refúgio alcançados pelos negros foragidos eram chamados de quilombos (FURTADO *et al.*, 2014).

A palavra “quilombo” é de origem banto e quer dizer: acampamento ou fortaleza. Foi um termo usado pelos portugueses para nomear as povoações formadas pelos escravos fugidos do cativeiro. No Brasil, esses espaços eram chamados de arranchamentos, mocambos ou quilombos e seus membros eram conhecidos como quilombolas ou mocambeiros. Eram considerados quilombos os grupos acima de seis escravos que estivessem arranchados e fortificados para resistirem ao sistema escravista imposto. Os quilombos eram unidades homogêneas em sua composição, mas variavam de lugar, tamanho, população e forma de organização. Em tempos atuais são chamados de comunidades remanescentes de quilombos (DA SILVA; DA SILVA, 2014; DE ALMEIDA *et al.*, 2019).

O Quilombo dos Palmares foi o primeiro quilombo da história do Brasil, também considerado o maior e mais organizado das Américas, localizado na Zona da Mata da capitania de Pernambuco cerca de setenta quilômetros a oeste do litoral, onde, na atualidade, fica o estado de Alagoas. Era considerado o símbolo de resistência dos escravos, pois resistiu por cerca de cem anos às expedições repressivas, promoveu assaltos aos engenhos e às povoações coloniais, além de estimular fugas em massa de escravizados na capitania. Zumbi foi considerado a imagem da energia bélica contra a dominação escravista e passou a representar a luta contra a opressão racial, tornando-se símbolo da denúncia do racismo. Então, a partir da criação do Movimento Negro Unificado contra a Discriminação Racial (MNU), em 1978, foi instituído o Dia Nacional da Consciência Negra, comemorado no dia 20 de novembro, dia da morte de Zumbi (FONSÊCA; SILVA 2020).

A historiografia sobre a escravidão no Brasil revela que mesmo após a abolição da escravatura, os negros tiveram que se fazer invisíveis aos olhos da sociedade. Essa

invisibilidade foi possível devido à existência de comunidades quilombolas, que mesmo distante dos centros urbanos, tiveram relevância tanto na formação quanto na transformação dos planos políticos, intelectuais e culturais do cenário brasileiro. Na atualidade, essas comunidades encontram-se, em sua maioria, em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda, e se mantêm com atividades econômicas, predominantemente baseadas na agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. A baixa escolaridade e a inexistência de renda constante refletem na má alimentação, no baixo estado nutricional e na precária saúde com impacto na qualidade de vida dessas comunidades (AURÉLIO-NETO, 2016; PALERMO, 2017; DAMASCENO-JÚNIOR; FURTADO, 2020; TELES *et al.*, 2020).

As comunidades remanescentes quilombolas estão organizadas em unidades político-administrativas e passaram a ser reconhecidas oficialmente por meio da Constituição Federal de 1988, consubstanciado no Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que assegura a propriedade de suas terras. A condição de remanescente de quilombo enfatiza os elementos de identidade e território e indica a situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos, designando um legado, uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar específico. Porém, essas comunidades têm vivenciado ao longo da história efeitos do racismo estrutural e ambiental (ABREU; BUSSINGUER; 2017; ARAÚJO *et al.*, 2017; GAUDIO, 2019).

Ainda existem diversas barreiras no acesso dessas comunidades a políticas públicas fundamentais, como as de saúde, educação e as voltadas à regularização fundiária de seus territórios tradicionais que geram impacto significativo no grau de vulnerabilidade. A busca pela efetivação dos direitos territoriais quilombolas no Brasil passa pelos processos de certificação e titulação. A certificação configura-se num movimento de reivindicação do *status* de quilombo e dos seus direitos sociais e civis junto ao poder público. É a fase executada pela FCP, em nível federal, que reconhece e certifica as comunidades quilombolas com base em sua história, costumes e cultura. Constitui-se no primeiro passo para abertura do processo de titulação do território, que consiste na emissão do título de propriedade, principal demanda dessas comunidades (FEITOSA *et al.*, 2021).

A limitada garantia dos territórios quilombolas é um dos elementos que deve ser destacado. A maior parte das comunidades não tem assegurado o direito a seus territórios, pois apenas 5% das mais de 3 mil comunidades reconhecidas no Brasil são demarcadas. A possibilidade de revisão da reforma agrária aumenta o pessimismo de líderes quilombolas sobre o avanço dos 1.716 processos de regularização emperrados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Alguns deles estão

em andamento há mais de uma década. Os quilombos convivem, ainda, com conflitos, ameaças de expropriação e violências (CONAQ, 2019; DA SILVA; SOUZA, 2021).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população nacional quilombola é estimada em 1.133.106 de habitantes, desses 698,1 mil estão na região Nordeste, com destaque para os Estados da Bahia (268,6 mil) e do Maranhão (170,9 mil), que juntos concentram quase metade da população brasileira de quilombolas. O terceiro Estado em número de população é Minas Gerais (130, 8 mil), seguido do Pará (129,8 mil). As regiões Sudeste e Norte têm, respectivamente, uma estimativa de 172 mil e 154,9 mil pessoas. A região sul tem 73 mil, e a Centro-Oeste, 35 mil. Apenas os Estados de Acre e Roraima não têm informação de população quilombola dimensionada (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Sergipe é o menor estado brasileiro, localiza-se na região Nordeste do Brasil, com uma área territorial de 21.938,184 Km², possui população estimada em 2.318.822 de habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,665. Organiza-se politicamente em 75 municípios, distribuídos em 7 (sete) territórios: Alto Sertão, Médio Sertão, Agreste, Leste Sergipano, Grande Aracaju, Centro Sul Sergipano, Sul Sergipano e Baixo São Francisco. No estado, são abrigados 32 territórios quilombolas certificados, com 5.438 famílias cadastradas e autorreconhecidas como remanescentes e apenas quatro dessas comunidades foram tituladas até 2019, a saber: Mocambo, Pirangi, Lagoa dos Campinhos e Serra da Guia. A concentração maior de escravos ocorreu, principalmente, na zona açucareira da região do baixo Cotinguiba, pertencente ao território Leste Sergipano, embora estivesse também em áreas produtoras de pecuária (FEITOSA *et al.*, 2021).

A maioria das comunidades quilombolas sergipanas encontra-se na zona rural. Nesse universo apenas uma encontra-se na zona urbana: Comunidade Quilombola Maloca, situada no bairro Getúlio Vargas no município de Aracaju. Para objeto desta pesquisa foram selecionadas duas comunidades: a única urbana e uma rural. A Comunidade Quilombola Patioba está localizada às margens da BR 101, no Leste Sergipano e dista 7 Km da sede do município de Japaratuba e 54 Km da capital. É considerada um dos maiores quilombos rurais sergipanos desde o período do Império. Na atualidade, apresenta forte vocação para agricultura familiar e comercialização de frutas como: manga, jaca, jenipapo, além de ter potencialidade para a produção de artesanato de palha. A comunidade conta com um posto de saúde e escola de ensino fundamental em suas imediações, e o deslocamento dos estudantes para a rede de ensino da cidade sede ou vizinhas se dá por meio de transporte escolar ofertado pela prefeitura (SANTANA, 2014; TORALES *et al.*, 2015).

No caso da Comunidade Quilombola Maloca, o seu território histórico é caracterizado por luta e resistência na busca de sua titulação. A formação dessa comunidade aconteceu com a chegada do Sr. Andreilino às proximidades do Morro do Cruzeiro, que, após a abolição dos escravos, saiu do Povoado Central do município de Riachuelo e foi em busca de nova perspectiva de vida na capital. Naquela época, trabalhadores informais buscavam trabalhos oferecidos na cidade como: limpeza de quintais, desembarque de navios no Porto de Aracaju e engraxate. O Morro do Cruzeiro, na atualidade fica o Centro de Criatividade, concentrou um número significativo de negros com histórias semelhantes, todos oriundos do interior do Estado em busca de oportunidade de trabalho. A inserção dessa comunidade na malha urbana inclui a comunidade num contexto de suporte social devido à proximidade com o centro urbano de Aracaju e redução de distâncias no tocante ao acesso direto às instituições públicas. Porém, essas condições não garantem qualidade de vida aos seus moradores (ESPÍRITO SANTO, 2011; LIMA; LIMA, 2016).

Os quilombolas continuam marcados pelo estigma da exclusão histórico-social. Por isso, essa população é considerada como um grupo vulnerável por conta da sua herança cultural, suscetibilidade a riscos, disparidades sociais e discriminação étnica, o que torna esse grupo mais sensível a desigualdades de acesso à saúde. Desde 1988, a Constituição Federal estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado, reconhecendo-a como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada pelas condições políticas e socioeconômicas. No entanto, a garantia constitucional ao acesso universal e equânime às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado à população negra a mesma qualidade de atenção ofertada à população branca (MOTA *et al.*, 2021).

Apesar da população negra, formada por pretos e pardos, ser a maioria absoluta das pessoas que utilizam o SUS, isso não se desdobra em cuidados melhores ou maior acesso aos serviços em comparação com outros grupos raciais. Isso pode indicar a presença do racismo institucional nos serviços de saúde, definido como a expressão da falha coletiva de promover cuidados equânimes para a população negra. O racismo institucional está em todos os níveis de complexidade dos serviços do SUS oferecidos aos negros. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída em 2009 e é fruto da luta dos movimentos sociais negros organizados. Ela traz como marcos fundamentais o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade (IBGE, 2013; BORRET *et al.*, 2020).

De acordo com Chehuen-Neto *et al.*, (2015), é importante determinar se as desigualdades em saúde estão relacionadas à raça como fator independente ou apenas são consequências dos piores indicadores sócio-econômicos apresentados pela população negra. Dados recentes do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstraram um aumento significativo da parcela da população que se declara preta ou parda no Brasil. Esse aumento ocorreu devido a um maior autorreconhecimento dessa população em relação à sua cor. Porém, pouco mudou no sentido da concentração dos negros entre os mais pobres, ou seja, a contribuição da desigualdade entre os negros para a desigualdade brasileira aumentou (OSORIO, 2021).

O racismo é considerado um determinante social da saúde, gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos sociais, que expõe a população negra a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte. Na atenção à saúde, o racismo institucional ocorre de forma implícita, através da reprodução de um conjunto de estereótipos sociais negativos da sociedade sobre a população negra. Os preconceitos implícitos são os estereótipos ou preferências a favor ou contra grupos de pessoas de acordo com os quais trabalhadores da saúde irão determinar como será o atendimento, a atenção e o cuidado das pessoas, dado o seu pertencimento racial, criando-se uma hierarquia no atendimento, deixar viver, deixar morrer (BARROS, 2017; GOES, 2020; MILAM *et al.*, 2020).

Segundo Silva *et al.* (2018), o SUS tem garantido aos usuários o acesso aos serviços de saúde de maneira relativamente adequada. No entanto, os dados de mortalidade evidenciam maior proporção de morte precoce entre pretos e pardos, o que aponta para a necessidade de pesquisas que possam qualificar os atendimentos realizados para a compreensão das possíveis iniquidades que podem ocorrer nos serviços de saúde do SUS. Existe um cenário mais favorável para o envelhecimento dos idosos de cor branca em comparação com aqueles de cor parda ou preta, no tocante aos indicadores sociodemográficos, às condições de saúde e uso ou acesso a serviços de saúde. São necessários estudos populacionais que abordem as condições de saúde de idosos na perspectiva racial. A utilização das dimensões de iniquidade e de vulnerabilidade dos idosos pode possibilitar a reconstrução ampliada e reflexiva da promoção e proteção da saúde.

A evolução demográfica permitiu um crescimento de centenas de milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, porém um segmento substancial desse público não está usufruindo os benefícios do alargamento do *healthspan*. Em 2006, havia uma proporção global de 11% de idosos e estima-se que em 2050 essa proporção atingirá 22% da população. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de

Domicílio (PNAD) do IBGE, do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, no quarto trimestre de 2019. Essa mudança demográfica constante leva a um aumento na prevalência das doenças relacionadas ao avanço da idade, multimorbidades deficiências e incapacidades funcionais (NICOLICH-ZUGICH *et al.*, 2016; DIEESE, 2020; ESTEBSARI *et al.*, 2020).

Paralelo à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica que está relacionada às mudanças dos padrões de morbimortalidade que leva ao predomínio das doenças crônicas não transmissíveis. Existem ligações epidemiológicas, fisiopatológicas e ambientais que podem causar ou acelerar a evolução de doenças relacionadas à idade que deterioram a qualidade de vida de seu portador. O aumento da expectativa de vida humana demanda o desenvolvimento de estratégias para um envelhecimento saudável. A manutenção da saúde, vitalidade e resiliência são fatores preponderantes na contribuição do bem-estar durante o processo de envelhecimento (GAITANIDIS *et al.*, 2019; DI CIAULA; PORTINCASA, 2020).

A manutenção da função física e cognitiva, o retardo do aparecimento de doenças e deficiências são os maiores desafios para muitos idosos. Porém, a realidade demonstra que a maioria dessa população apresenta, no mínimo, duas doenças crônicas não transmissíveis. As doenças mais prevalentes na terceira idade são hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, doenças cardíacas, doenças renais crônicas e anemia. (KIM *et al.*, 2016; CALDERÓN-LARRAÑAGA *et al.*, 2017; CUNNINGHAM *et al.*, 2020).

As doenças mentais também vêm crescendo entre os idosos e a sua prevalência é diferente entre os sexos. Existe uma associação reconhecida entre saúde mental e física nessa população. A depressão, por exemplo, costuma estar associada às condições neurológicas como demências, Doença de Parkinson, Acidente Vascular Encefálico e outras comorbidades físicas. Tanto a depressão quanto os transtornos de ansiedade são mais prevalentes em mulheres idosas do que em homens idosos. Por outro lado, idosos do sexo masculino apresentam uma propensão maior ao suicídio (KIELY *et al.*, 2019; LOPEZ; KULLER, 2019; SHARRIEF; GROTTA, 2019; SIMON *et al.*, 2020).

No estudo realizado por Silva *et al.* (2018), foi observado que os agravos mais prevalentes entre idosos negros foram: hipertensão arterial; diabetes mellitus e acidente vascular cerebral. No Brasil, essas doenças têm sido apontadas como as causas mais importantes de mortalidade. As doenças cerebrovasculares foram mais associadas à pobreza em períodos precoces da vida. Os autores relatam que algumas condições de saúde nessa população não são explicadas exclusivamente por fatores biológicos e precisariam ter uma linha de cuidado eficaz para o alcance de todos, sem distinção.

Outro parâmetro relevante para a avaliação de saúde e qualidade de vida no idoso é a capacidade funcional. Nesse sentido, medidas promotoras de saúde e de prevenção de agravos, ligadas ao gerenciamento adequado das comorbidades existentes, corroboram para a prevenção de incapacidades. A perda progressiva das habilidades para executar atividades cotidianas necessárias para a manutenção de uma vida independente e autônoma prefigura o processo que resulta em incapacidade funcional. Essas habilidades podem ser avaliadas através do desempenho das atividades diárias, que são divididas em atividades básicas de vida diária (ABVD) como, por exemplo, tomar banho, comer, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa; e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições (CAMPOS *et al.*, 2016).

Segundo Oliveira *et al.* (2019), o declínio funcional torna os idosos mais frágeis e dependentes, o que reduz a qualidade de vida, que justifica a necessidade de avaliar a funcionalidade desta população, a fim de detectar riscos potenciais para incapacidades que podem gerar dependência. Outra questão importante consiste na evidência de que existe uma disparidade racial entre os idosos que apresentam alterações na habilidade física. Estudos têm demonstrado que a vulnerabilidade social apresentada pelos idosos negros promovem níveis maiores de incapacidade funcional do que os brancos (LIN *et al.*, 2014; LUNNEY *et al.*, 2017; JACOB *et al.*, 2018).

A análise das diferenças étnico-raciais pode ajudar a não só compreender melhor a origem de algumas dessas disparidades, mas também a identificar possibilidades de atuação para diminuí-las. O Brasil é um país com diversas e históricas desigualdades. Por exemplo, o coeficiente de Gini, índice utilizado para medir a desigualdade de renda, ainda se encontra entre os mais elevados do mundo. Essas desigualdades geram problemas sociais e de saúde, principalmente entre os negros. É notória a necessidade de pesquisas sobre o impacto das desigualdades sociais nas condições de saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo, pois deve-se considerar a saúde como um conjunto de fatores influenciados pelo contexto político, sócio-econômico, cultural e ambiental (LOPES, 2005; CHIAVEGATTO-FILHO; LAURENTI, 2013).

No Brasil, diante das peculiaridades da população negra, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), através do SUS, implementou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, com o intuito de promover a equidade em saúde a partir da orientação dos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social (BRASIL, 2017; ZHANG *et al.*, 2017). De acordo com Matos e Tourinho (2018), é essencial para qualquer profissional da saúde conhecer a PNSIPN, principalmente os trabalhadores envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS).

Num estudo realizado por Oliveira *et al.* (2014), foi feita análise da relação cor/raça com indicadores de saúde de idosos brasileiros incluídos na base de dados da PNAD, realizada em 2008 pelo IBGE. A PNAD é um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional, com o objetivo de obter informações representativas da população brasileira no que se refere às características sociodemográficas, educacionais, habitacionais, de trabalho e rendimento. Em 2008, foi aplicado um suplemento sobre saúde, que inclui informações sobre condições de saúde e mobilidade física da amostra. Foram observados entre os idosos pardos e pretos, de 65 a 69 anos da amostra, elevada dependência do SUS, baixa escolaridade, menor renda salarial e piores estimativas dos indicadores sociais e de saúde do país. As prevalências de incapacidade funcional entre idosos brasileiros diferiram significativamente segundo os grupos raciais estudados ($p = 0,0175$). A prevalência de alguma incapacidade funcional foi maior nos idosos negros (20,3%) do que nos brancos (13,8%).

A perda da capacidade funcional resulta num impacto negativo para o idoso, a família e a comunidade. Além de aumentar o risco de morte, ela aumenta a chance de hospitalização e de gastos para o SUS e para as famílias. De acordo com a OMS, a prevalência de incapacidade funcional é de 8,9% em pessoas entre 18-49 anos; 20,6% no grupo de 50-59 anos e 38,1% em idosos acima de 60 anos (WHO, 2011). Os níveis de incapacidade funcional podem ser medidos a partir de três meios de informação: autorrelato, relatos de terceiros (por exemplo, cuidadores ou familiares) e através da avaliação do desempenho por um avaliador. A definição de incapacidade engloba alguns aspectos. A patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente associadas ao conceito de incapacidade. Alguns modelos teóricos foram desenvolvidos com a finalidade de explicar esses conceitos, facilitar o conhecimento e a compreensão dos termos utilizados e fundamentar a sua aplicabilidade em pesquisas, políticas públicas e na prática clínica (ALVES *et al.*, 2008).

A definição de incapacidade funcional passou por diversas evoluções durante as últimas décadas. Estudos apontam que a incapacidade provém de um declínio funcional progressivo e o padrão de deficiência nas atividades da vida diária em populações geriátricas segue uma progressão distinta. A função é designada pela capacidade da pessoa viver de maneira independente e saber cuidar dos seus negócios e de si própria. O termo funcionalidade busca sintetizar a operacionalização da saúde biológica e da saúde vivida e foi reconhecido pela OMS como o terceiro indicador da saúde, juntamente com a mortalidade e a morbidade (STUCKI; BICKENBACH, 2017; FONG, 2019).

Diante dessa realidade, coube à OMS produzir Classificações Internacionais de Saúde com o intuito de representarem modelos consensuais a serem adotados pelos

Sistemas de Saúde, gestores e usuários, a fim de utilizarem uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde. Desse modo, a OMS possibilitou uma comunicação e comparação em todo o mundo sobre saúde e atenção sanitária a partir de um sistema de códigos alfanuméricos para padronizar, registrar as doenças e descrever os estados de saúde das populações (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Assim sendo, o registro das informações sobre morbidade e mortalidade tem sido realizado pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10); e a funcionalidade, pelo uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Embora já exista a 11ª Revisão da CID, que entrou em vigor a partir de janeiro de 2022 numa versão totalmente digital, até o momento, a CID-10 permanece como um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões que resulta num instrumento útil para as estatísticas de saúde, e que torna possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações. Já a CIF foi elaborada com a finalidade complementar à CID através de registros e organizações de uma ampla gama de informações relacionadas a diferentes estados de saúde com o intuito de uniformizar a linguagem internacional no que diz respeito à descrição de diferentes aspectos referentes a funcionalidade, incapacidade e saúde (BATTISTELLA; BRITO, 2002; O'YOUNG *et al.*, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2020; SCHARAN *et al.*, 2020; NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2022).

4.2- Breve histórico da CIF

Em 1976, a Assembleia Mundial da OMS aprovou a publicação de um instrumento que materializou um modelo social para atender às necessidades de conhecer mais sobre as consequências das doenças. Porém, o resultado da primeira versão só foi divulgado em 1980, para fins de testes, com o título *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) e foi traduzido para o português como Classificação Internacional de Deficiências e Desvantagens (CIDID) (SCHUNTERMANN, 1996; BATTISTELLA; BRITO, 2002).

De acordo com Buñuales *et al.* (2002), o modelo conceitual da CIDID foi descrito numa sequência lógica em que *impairment* (deficiência) engloba as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo, *disability* (incapacidade) é caracterizada a partir das consequências da deficiência relacionada ao rendimento funcional, ou seja, ligadas diretamente ao desempenho nas atividades, enquanto *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente como resultado da deficiência e incapacidade. Em suma, esse modelo segue uma

sequência linear: Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem. Essa esquematização mostra a CIDID em três níveis (deficiência, incapacidade e desvantagem), porém não demonstra a relação entre as dimensões, nem a abordagem dos aspectos sociais e ambientais.

Até o momento da reimpressão da CIDID em 1993, o instrumento já havia sido traduzido para 13 idiomas e mais de 1000 artigos tinham sido publicados relacionados ao seu uso. Porém, incluía um prefácio que listava os problemas que deveriam ser solucionados e anunciava a intenção da OMS de iniciar um esforço internacional para revisar a classificação. Os problemas foram identificados e deveriam ser tratados na revisão, dentre os quais se destacavam: atenção insuficiente para o aspecto ambiental, sobreposição sobre as dimensões de deficiência e incapacidade, além da falta de clareza sobre as relações temporais entre as três dimensões. Após a revisão, o instrumento foi denominado CIDID-2 (BADLEY, 1993; BUCHALLA, 2003).

O processo de revisão da CIDID realizado pela OMS contou com a assistência de centros colaboradores na Holanda, França, América do Norte e países nórdicos. A força tarefa baseada em consultas internacionais estava focada nas áreas de saúde mental, crianças e meio ambiente. Em maio de 1996, foi divulgada a preliminar da revisão dos especialistas intitulada de CIDID-2 alfa e, um ano depois, com base nas críticas e sugestões recebidas, a OMS elaborou a segunda versão da classificação que ficou conhecida como CIDID-2 beta, que foi finalizada numa reunião realizada em abril de 1997 em Genebra. A partir desse momento, seguiram os testes de campo da CIDID-2 beta. Durante esse período, a classificação passou por adequação dos termos através de aplicabilidade cultural, validação por profissionais, gestores públicos e pessoas com deficiência (BICKENBACH *et al.*, 1999).

O teste da CIDID-2 beta foi concluído em setembro de 2000 e um novo esboço foi preparado pela OMS para revisão e aprovação. O desenvolvimento da versão beta proporcionou a inclusão dos fatores ambientais como uma dimensão reconhecida da incapacidade, novas nomenclaturas para as outras dimensões existentes, a abordagem de sobreposições dimensionais e associações entre elas, e uma nova proposta de título para a classificação que passaria a ser chamada de Classificação Internacional de Funcionalidade. A versão da nova classificação foi apresentada em maio de 2001, na Assembleia Mundial da OMS, para revisão e aprovação. Um dos principais objetivos desse novo modelo foi estabelecer uma nova linguagem comum para descrever estados funcionais associados com as condições de saúde, com o intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais da área, outros setores e pessoas com deficiência. Além disso, buscou promover o uso de uma terminologia neutra para formar um esquema de codificação sistemático para uso em sistemas de informação, a fim de

fornecer uma base científica para o impacto dessas situações nas diversas circunstâncias da vida (GRAY; HENDERSHOT, 2000).

4.2.1- O que é a CIF?

Após 25 anos de estudos, avaliações e testes, a Assembleia Mundial da OMS aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Trata-se de um instrumento elaborado para descrever e mensurar a saúde e a incapacidade a partir da classificação dos componentes da saúde e não das consequências da doença, como as versões anteriores, e passou a compor a “família de classificações da OMS”, que recomenda que sua utilização seja complementar à CID-10. O conjunto dessas duas formas de coleta de dados permite a comparação dos registros em saúde, o que pode garantir que uma ampla gama de informações esteja disponível de uma maneira consistente para profissionais de diversas áreas e gestores nos diferentes níveis de atenção à saúde, política, legislação, educação, estatística, assistência social, agências de seguro e trabalho. Sua utilização deve ser implementada em diversos cenários, como as práticas clínicas, o ensino e a pesquisa (CIEZA *et al.*, 2002; MÂNGIA *et al.*, 2008; RUARO *et al.*, 2012).

O modelo proposto pela CIF tem uma abordagem biopsicossocial, onde a funcionalidade é considerada um componente da saúde. A incapacidade é vista como resultado de um conjunto de situações e condições que incluem o ambiente, as condições de vida e as condições pessoais. Dessa maneira, o modelo de classificação e funcionalidade e incapacidade antes tinha um enfoque negativo para a pessoa portadora de deficiência e passou a enfatizar todos os componentes que favorecem e/ou dificultam a execução das suas funções tanto biológicas quanto sociais. Isso demonstra a mudança da visão que era baseada na doença para uma visão baseada na funcionalidade como componente essencial da saúde (FIGURA 1) (NORDENFELT, 2003; OMS, 2013).

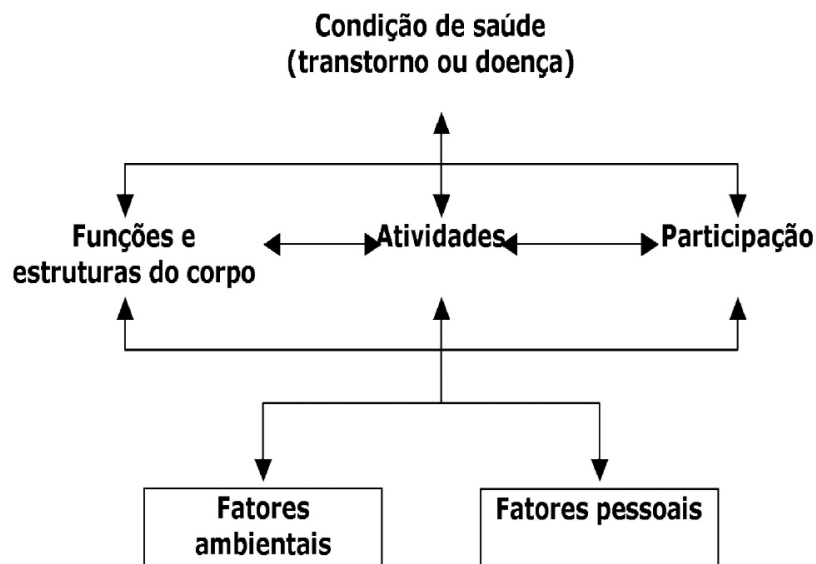


Figura 1. Interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, EDUSP, 2003, p. 32)

A condição de saúde está relacionada a transtornos, doenças, lesões ou traumas e podem referir-se a outras condições como envelhecimento, estresse, anomalias congênitas ou predisposição genética. Em suma, são descritos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas corpóreos, incluindo as funções psicológicas. As Estruturas do corpo são as partes anatômicas, como órgãos, membros e seus componentes. Atividade é definida como a execução de uma tarefa ou ação por um sujeito e representa a perspectiva individual de funcionalidade. Participação refere-se ao envolvimento de uma pessoa em uma situação de vida e representa a perspectiva social da funcionalidade. Os fatores ambientais englobam aspectos físico, social e de atitudes em que os indivíduos vivem e conduzem suas vidas. Esses fatores são externos ao sujeito, desempenham papéis de barreiras ou facilitadores e, assim, influenciam de maneira negativa ou positiva. Fatores pessoais são aspectos particulares da vida de um indivíduo e abrangem características que não são parte da condição de saúde, ou seja, gênero, idade, raça, forma física, estilos e hábitos de vidas e antecedentes sociais (RIBERTO, 2011).

Assim sendo, as propriedades da CIF são organizadas em duas partes: (1) Funcionalidade e Incapacidade e (2) Fatores Contextuais. Cada parte apresenta dois componentes:

1. Componentes da Funcionalidade e da Incapacidade – que inclui o componente “Corpo” com duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas do corpo. Inclui, também, o componente Atividades

e Participação que contempla a faixa completa de domínios que indicam os aspectos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social.

2. Componentes dos Fatores Contextuais – O primeiro componente dos Fatores Contextuais é uma lista de Fatores Ambientais. Esses têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral. Os Fatores Pessoais também são um componente dos Fatores Contextuais, mas eles não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos (QUADRO 1) (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos Positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos Negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Quadro 1. Visão geral da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, EDUSP, 2020, p. 24).

Assim sendo, o termo “Funcionalidade” engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais,

enquanto a “Incapacidade” sintetiza as deficiências ou alterações das funções e estruturas, as limitações das atividades e as restrições da participação, ou a magnitude das barreiras dos fatores ambientais, revelando assim os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). A CIF enquanto classificação, não se limita a descrever de uma forma detalhada a incapacidade. Descreve, também, de uma forma abrangente, a possibilidade do impacto que os fatores ambientais produzem na funcionalidade do indivíduo, tanto como facilitadores quanto como barreiras (ALLET *et al.*, 2008).

4.2.2- A classificação da funcionalidade

Segundo Riberto (2011) e Araujo (2008), o intuito da classificação é agrupar aspectos semelhantes da funcionalidade humana, organizá-los numa estrutura lógica e defini-los de uma maneira que os termos usados nessa classificação sejam equivalentes no âmbito internacional. Assim sendo, a estrutura da CIF é organizada em duas partes. A primeira é formada pelos códigos referentes a Funções, Estruturas e Atividades e Participação. A segunda parte é formada pelos códigos que representam os Fatores Ambientais. Para cada componente existem os seguintes capítulos:

- **Funções**

1. Mentais;
2. Sensoriais e dor;
3. Voz e fala;
4. Sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório;
5. Sistemas digestivo, metabólico e endócrino;
6. Sistemas genito-urinário e reprodutor;
7. Sistemas músculo-esquelético e de movimento;
8. Pele e estruturas relacionadas.

- **Estruturas**

1. Sistema nervoso;
2. Olho, ouvido e estruturas relacionadas;
3. Voz e fala;
4. Sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório;
5. Sistemas digestivo, metabólico e endócrino;
6. Sistemas genito-urinário e reprodutor;
7. Sistemas músculo-esquelético e de movimento;
8. Pele e estruturas relacionadas.

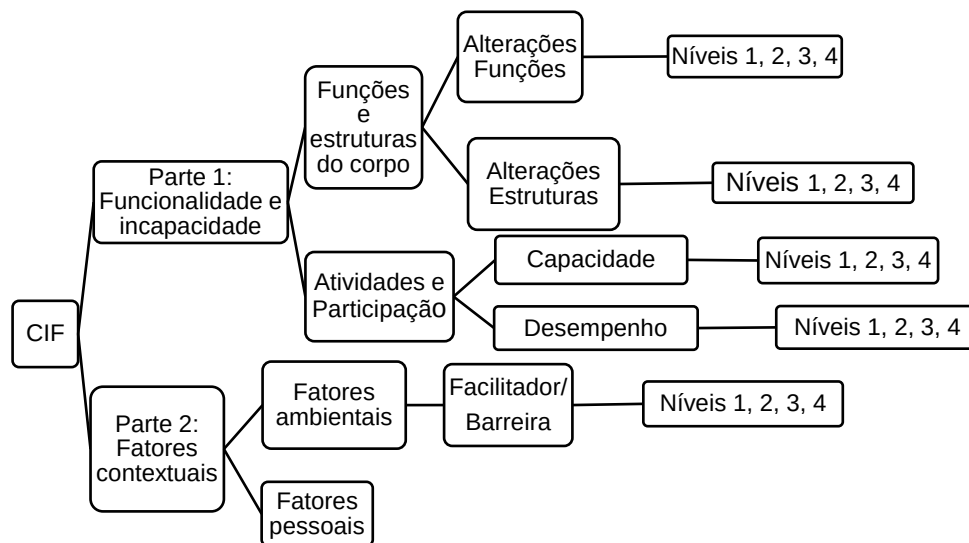
- **Atividades e Participação**

1. Aprendizado e aplicação do conhecimento;
2. Tarefas e demandas gerais;
3. Comunicação;
4. Mobilidade;
5. Cuidados pessoais;
6. Vida doméstica;
7. Interações e relações interpessoais;
8. Principais áreas da vida;
9. Vida comunitária, social e cívica.

- **Fatores ambientais**

1. Produtos e tecnologia (comida, roupa, educação, comunicação, indústrias, recreativos, espirituais, arquitetura etc.);
2. Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (geografia, clima, luz, som etc.);
3. Apoio e relacionamento (família, amigos, profissionais etc.);
4. Atitudes;
5. Serviços, sistemas e políticas.

Os domínios dos quatro componentes estão classificados através de “categorias”. Desse modo, existe uma lista com 1454 categorias, mutuamente exclusivas, representadas por códigos que formam as “unidades da classificação” e que estão organizadas numa estrutura hierárquica. Esta hierarquia pode adquirir quatro níveis, que se diferenciam de forma progressiva quanto à sua precisão ou especificidade do conceito (QUADRO 2).



Quadro 2. Estrutura da CIF (FONTES *et al.*, 2010)

De acordo com Fontes *et al.*, (2010), as categorias são apresentadas por meio de um código alfanumérico representadas pelas letras **b** (do inglês *body*), **s** (do inglês *structure*), **d** (de domínio) e **e** (do inglês *environment*) que são utilizadas para identificar respectivamente os quatro domínios da CIF (Funções, Estruturas e Atividades e Participação e Fatores ambientais) possibilitando assim a classificação da funcionalidade/incapacidade, tanto a nível individual quanto populacional, onde a categoria de nível mais elevado, o 4º, engloba os conceitos das categorias anteriores (QUADRO 3).

Níveis de Codificação da CIF	
Exemplo de codificação de uma função (b) do corpo: Dor nas costas	
1º Nível	b2 - Funções Sensoriais e Dor
2º Nível	b280 - Sensação de dor
3º Nível	b2801 - Dor localizada
4º Nível	b28013 - Dor nas costas

Quadro 3. Estrutura da CIF (FONTES *et al.*, 2010)

As letras correspondentes a cada domínio são seguidas por um código que começa com o número do capítulo (primeiro dígito) seguido pelo segundo nível (dois

dígitos), pelo terceiro nível (um dígito) e pelo quarto nível (um dígito). Esses níveis existem porque categorias mais amplas podem ter subcategorias mais detalhadas. Por exemplo, a categoria “Mobilidade”, que está inserida em “Atividade e Participação”, tem subcategorias como andar, sentar-se e transportar objetos. A um indivíduo podem ser atribuídos códigos de diferentes níveis que podem ser independentes ou estarem interrelacionados (ARAUJO, 2008).

Existe também a necessidade de um qualificador para cada categoria a fim de validar o construto da classificação quanto à sua magnitude ou extensão da lesão ou quanto à presença ou ausência de um facilitador ou barreira ambiental. Os qualificadores são apresentados numa escala numérica que varia de 0 a 4, sendo comum a todos os componentes e por essa razão também designada por “qualificador genérico” (QUADRO 4). As estruturas do corpo possuem além do qualificador genérico, um qualificador para a “natureza” da mudança na estrutura e ainda um qualificador que indica essa “localização” (FONTES *et al.*, 2010).

1º Qualificador ou Qualificador Genérico		
0 – Nenhuma deficiência/Dificuldade – (0-4%)	.0 – Nenhum Obstáculo	+0 – Nenhum Facilitador
1 – Deficiência/Dificuldade Ligeira – (5-24%)	.1 – Obstáculo Leve	+1 – Facilitador Leve
2 – Deficiência/Dificuldade Moderada – (25-49%)	.2 – Obstáculo Moderado	+2 – Facilitador Moderado
3 - Deficiência/Dificuldade Grave – (50-95%)	.3 – Obstáculo Grave	+ 3 – Facilitador Grave
4 - Deficiência/Dificuldade Completa – (96 -100%)	.4 - Obstáculo Completo	+4 - Facilitador Completo
8 – Não especificada		
9 – Não aplicável		

Quadro 4. Qualificador genérico da CIF (FONTES *et al.*, 2010)

O modelo da CIF abrange a funcionalidade humana na vertente biológica, pessoal e social. Porém, a sua classificação integral desafia o seu uso na prática clínica devido à complexidade e morosidade na descrição de todas as categorias. Por isso, a OMS e os seus centros colaboradores desenvolveram *checklists* que facilitam a aplicabilidade da classificação na identificação dos problemas mais comuns em pessoas com condições crônicas de saúde (EWERT *et al.*, 2004; ÜSTÜN *et al.*, 2004).

4.2.3- CIF e Tecnologia

Devido à necessidade de agilidade no processo de levantamento de dados, é inviável a utilização da CIF através de inquéritos manuais de saúde. Assim, as TICs voltadas para a área da saúde surgiram para auxiliar na estruturação e na organização das informações. Os aplicativos móveis possibilitam uma aplicação mais rápida e mais adequada aos estudos epidemiológicos, além de possibilitar melhor armazenamento, processamento dos dados, acesso em tempo real e/ou remoto e compartilhamento dos mesmos (BARRA *et al.*, 2016; BARRA *et al.*, 2017; CASTRO *et al.*, 2016; SCHARAN *et al.*, 2020).

Desde os anos 80, o Brasil tem acompanhado a tendência mundial de informatização do sistema de saúde, além de procurar soluções para criar um cadastro único de saúde dos cidadãos. A partir do ano 2000, a Telessaúde foi concebida com o objetivo de reorganizar os serviços e contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados em saúde, que favoreceu a consolidação do princípio doutrinário de universalização do SUS. No âmbito da saúde pública, tem contribuído para avanços da genômica populacional, na tomada de decisão para o planejamento e a regulação da rede de serviços do cuidado (LUCENA, 2014; SILVA *et al.*, 2019).

Segundo Maritz *et al.* (2017), o Registro Eletrônico de Saúde (RES) facilita a descrição, o compartilhamento e o uso de serviços de saúde, pois permitem integrá-los em uma estrutura lógica de dados, informações e conhecimentos que ajudarão na tomada de decisão no cuidado ao paciente. Alguns países iniciaram o uso da CIF como rotina através de um padrão de funcionamento gerado por relatórios criados a partir do RES e as evidências sugerem que a documentação baseada na CIF agrega valores na prática clínica, além de servir como ponto de partida para o desenvolvimento de registros padronizados que permitem comparações de dados entre diversos serviços.

De acordo com Scharan *et al.* (2020), na literatura brasileira existe uma crescente produção científica com a CIF, porém ainda são escassos os estudos voltados aos instrumentos já ligados à CIF com o intuito de operacionalizar os conteúdos contemplados no modelo biopsicossocial proposto pela OMS. Nesse sentido, a confecção de um *software* baseado no método *Scrum* favorece a coleta, o levantamento e arquivamento dos dados sobre a CIF entre os usuários do SUS, com o objetivo de facilitar a avaliação da funcionalidade dos indivíduos. Para a gestão de projetos de *software*, o método ágil *Scrum* apresenta uma função relevante, além de empregar uma abordagem iterativa e incremental para aperfeiçoar a previsibilidade e controle de riscos, com o objetivo de maximizar as oportunidades para *feedback*. A sua utilização é universal e tem diversos domínios de aplicação. O *Time Scrum* é formado por um *Product Owner*, o Time do Desenvolvimento e um *Scrum Master* que devem incorporar

e vivenciar os valores do *Scrum* que são comprometimento, coragem, foco, abertura e respeito. Dentro de um *Time Scrum* não existe subequipes ou hierarquias. Trata-se de uma unidade coesa de profissionais focada no produto final (SCHWABER; SUTHERLAND, 2020).

O coração do *Scrum* é a *Sprint*, um *time-boxed* com duração de um mês ou menos, composto por tarefas que fazem parte dos ciclos de desenvolvimento do *software*. No início de cada *Sprint*, as responsabilidades são distribuídas à medida que as equipes fazem a lista das atividades para serem executadas. Os padrões adotados, a codificação e as atividades de análise são discutidos pelos desenvolvedores. Em seguida, os testes se iniciam. No fim de cada *Sprint*, uma versão do produto (no caso o produto executável do *software*) é apresentada ao cliente para obter a retroalimentação e *feedback* (SCHWABER; SUTHERLAND, 2017).

Durante o desenvolvimento do *software* alguns controles são necessários para evitar problemas técnicos, para corrigir defeitos, controlar variáveis ou para atualização tecnológica. Os controles empregados no *Scrum* envolvem: *backlog*, *release*, pacotes, trocas, problemas, riscos, soluções e temas. Esses controles são revisados e modificados em cada revisão da *Sprint*. Desse modo, as *Sprints* têm durações consistentes ao longo de todo o esforço de desenvolvimento. E, conseqüentemente, uma nova *Sprint* inicia-se imediatamente após a conclusão da *Sprint* anterior (CASO, 2004; CARVALHO; MELLO, 2012; SANTOS; GIBERTONI, 2019). A construção do *software* pode ser realizada numa plataforma disponível no Google Android® e a presença de um painel administrativo *web* pode permitir o gerenciamento de todas as informações coletadas (RODRIGUES, 2019).

Nesse sentido, o aplicativo CIFSUS foi desenvolvido a partir desse método com o intuito de facilitar a coleta, o levantamento e arquivamento dos dados sobre capacidade e funcionalidade dos usuários do SUS, com a finalidade de subsidiar informações para os seus gestores traçarem estratégias de melhoramento na promoção de saúde, bem como na prevenção e tratamento das doenças crônicas.

4.3- Qualidade de vida

A diminuição de mobilidade, força muscular e equilíbrio interferem na funcionalidade dos idosos, está associada ao envelhecimento humano e pode gerar impacto negativo na Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos (GROESSL *et al.*, 2019; IMAGAMA *et al.*, 2020). A manutenção ou melhora da capacidade funcional é crucial na obtenção de uma alta QV (DA SILVA; CAVALCANTE-NETO, 2019).

Os determinantes da boa QV na velhice variam de sujeito para sujeito. A investigação sobre as condições que permitem uma boa QV na velhice, bem como as

variações que ocorrem com o envelhecimento, reveste-se de grande importância científica e social. Procurar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Modelos tradicionais de envelhecimento saudável sugerem que alto nível de funcionalidade em uma série de domínios é um requisito importante na QV (COSCO *et al.*, 2017).

A natureza abstrata do termo QV explica por que boa qualidade tem significados divergentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diversos. Por isso, existem inúmeras definições para o termo QV. Os conceitos estão submetidos a múltiplos pontos de vista e tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo, conforme os estados emocionais e a ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos. Ainda assim, a percepção de QV é um aspecto importante na pesquisa médica, social, psicológica e política (VANLEERBERGHE *et al.*, 2017).

A OMS definiu QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017). A vida, direito fundamental de todos, requer critérios mínimos de qualidade para que ela seja desejável. A consideração da definição da OMS para o conceito de saúde, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença, pode gerar uma preocupação entre os profissionais de saúde com o impacto das doenças nas atividades diárias, na percepção da saúde e no prejuízo funcional dos indivíduos. De acordo com Ballesteros e Moreno-Montoya (2018), baixos níveis de saúde percebida, sintomas físicos e limitação funcional são os principais fatores de risco que contribuem para o declínio do estado funcional de idosos com impacto negativo na QV.

A OMS constatou que a mensuração da QV exerce uma influência na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social (MARTINS *et al.*, 2020). A literatura internacional tem dado muita ênfase na avaliação da QV, na qual se busca uma investigação em que se inclua capacidade funcional, estado de saúde, bem-estar psicológico, suporte social, satisfação com a vida, independência para atividades de vida diária, resiliência e *coping* (COSCO *et al.*, 2017; KRISTOFFERZON *et al.*, 2018; SKEVINGTON *et al.*, 2018; HARALDSTAD *et al.*, 2019; YEUNG *et al.*, 2021). Ainda existem outros aspectos da QV, por exemplo, renda, isolamento social e qualidade do meio-ambiente que podem influenciar na QV. Porém, tais aspectos, na

maioria dos casos, não são passíveis de intervenção pelo profissional de saúde (MORENO-TAMAYO *et al.*, 2019; GIANNICO *et al.*, 2021).

Existe uma variedade de instrumentos de avaliação de QV devido às diversas dimensões que envolvem a complexidade do construto. A escolha de um determinado instrumento depende do objetivo da proposta da pesquisa, de sua praticidade e da população a ser estudada (LEHMANN *et al.*, 2022). De preferência, o instrumento deve apresentar-se em formato simples, de fácil aplicação, compreensível e com tempo de administração apropriado, e que já tenha sido traduzido e adaptado culturalmente para a população pesquisada (SANVEZZO *et al.*, 2018).

Alguns instrumentos genéricos, como *World Health Organization to Access Quality of Life* (WHOQOL-100), sua versão abreviada WHOQOL-bref e *Quality of Life Index – Ferrans and Powers; Medical Outcomes Study short-form health survey* (SF-36), foram traduzidos, adaptados e validados para a cultura brasileira, e têm sido utilizados para a avaliação da QV da população em geral e da população idosa (CICONELLI, 1999; FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000). Tanto o WHOQOL-100 quanto o WHOQOL-bref, são instrumentos desenvolvidos pelo grupo de especialistas em QV da OMS, baseados nos pressupostos de que o construto é subjetivo, pois se trata de uma percepção do indivíduo, é multidimensional e é composto por aspectos positivos e negativos. A diferença está no tempo de aplicação. Por isso, os critérios de seleção das questões para compor a versão abreviada foram psicométricos e conceituais. Nesse sentido, buscou-se a preservação do caráter abrangente do instrumento original, para manter o nível conceitual da avaliação. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão no WHOQOL-bref (SANTOS, 2015).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de campo, do tipo transversal, analítico e abordagem quanti-qualitativa, realizada com idosos quilombolas das comunidades sergipanas Maloca e Patioba no período de setembro de 2020 a abril de 2021.

5.2 Casuística

A população do povoado Patioba (rural) situada às margens da BR-101, na cidade de Japaratuba/SE, corresponde a 188 famílias que estão cadastradas de acordo com as Comunidades Remanescentes de Quilombos (INCRA, 2019). Ao passo que, na

comunidade quilombola Maloca (urbana), localizada no Bairro Getúlio Vargas em Aracaju/SE, foram encontradas 91 famílias cadastradas no mesmo critério, perfazendo um total de 279 famílias. Desse modo, a amostra foi composta a partir do quantitativo dos idosos cadastrados no SUS, através do direcionamento dos agentes comunitários (ACS) que assistem as áreas das duas comunidades.

Esta pesquisa seguiu os parâmetros da Resolução nº 510/16, de 07 de abril de dois mil e dezesseis (07/04/2016) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), que trata das diretrizes e normas para a pesquisa na área de ciências humanas e sociais no Brasil e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 92516318.1.0000.5371 / Parecer: 2.961.442) (ANEXO I). Todos os indivíduos que aceitaram participar voluntariamente do estudo, após serem informados dos objetivos, riscos e benefícios, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE I).

5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram recrutados e selecionados os idosos negros (cor preta ou parda) que se declararam afrodescendentes com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos. Os excluídos foram os voluntários com quaisquer doenças que impedissem a execução dos exames propostos tais como: neoplasias, cardiopatias descompensadas, hipertensão arterial sistêmica descompensada e incapacidade em compreender as etapas da pesquisa, além daqueles que não se encontravam no domicílio no momento da avaliação.

5.4 Recrutamento

Os idosos quilombolas foram convidados a participar do estudo através de visitas às suas residências, com realização de convite oral e formal que incluía explicações sobre os objetivos, métodos e importância do estudo. Nesse momento, os que desejaram participar se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão e assinaram o TCLE, foram submetidos aos diferentes instrumentos de coleta de dados. Para maior comodidade do participante, houve a possibilidade de agendamento de uma nova visita domiciliar para a coleta dos referidos dados, caso o voluntário desejasse.

Assim sendo, a população de ambas as comunidades foi constituída por 86 idosos. Desses, 70 moravam na Patioba, onde 41 foram avaliados e 29 excluídos; enquanto na Maloca residiam 16 idosos, dos quais 9 foram avaliados e 7 excluídos, o que totalizou uma amostra composta por 50 idosos quilombolas (FIGURA 2).

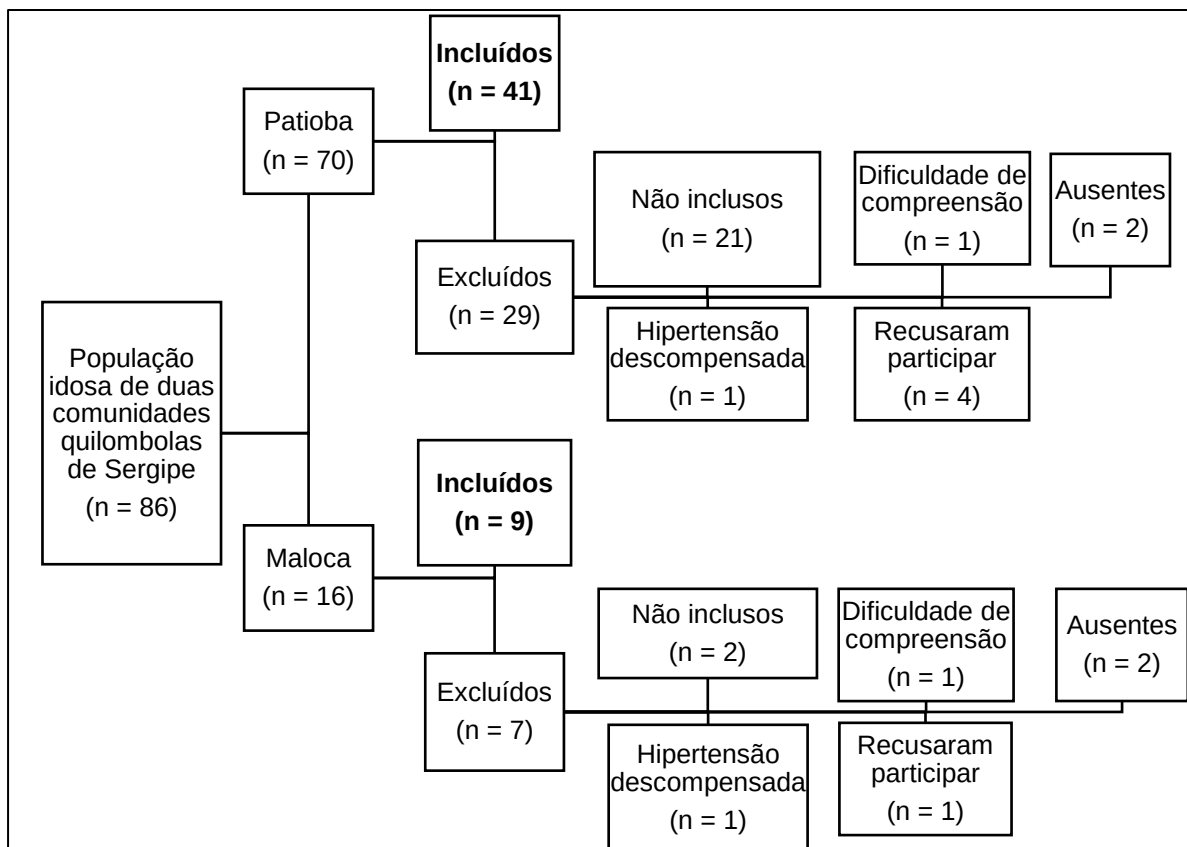


Figura 2. Fluxograma da amostra populacional dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

5.5 Procedimentos

5.5.1 Procedimentos Quantitativos

Os dados quantitativos foram obtidos por meio de entrevista e exames com cada sujeito, utilizando-se os seguintes instrumentos:

- Instrumento de caracterização dos participantes (APÊNDICE II): foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos para caracterizar os participantes da pesquisa quanto ao sexo, idade, arranjo familiar e teste de aptidão física com base nos objetivos do presente estudo. O teste de aptidão física foi realizado através do *Timed Up and Go Test* (TUG), que consiste num teste rápido no qual é avaliada a velocidade de execução em levantar de uma cadeira com braços, caminhar três metros à frente, dar a volta em um obstáculo, caminhar de volta e sentar na mesma cadeira, caracterizando assim um conjunto de ações que são fundamentais para a mobilidade independente. A realização do teste em até 10 segundos é considerado normal para pessoas saudáveis, independentes e sem riscos de quedas. Valores acima de 11 segundos já demonstram que o indivíduo apresenta alguma fragilidade. Os participantes que não conseguem completar o teste em menos de 12 segundos são considerados como tendo risco elevado de queda. Uma pontuação acima de 20 segundos é

identificada como um preditor para sarcopenia (BISCHOFF *et al* 2003; BOHANNON 2006; CRUZ-JENTOFT *et al.*2019; NIGHTINGALE *et al* 2019; LONG *et al.* 2020).

- Aplicativo móvel CIFSUS: o *software* permitiu a geração de relatórios específicos de localidade geográfica, gravidade da incapacidade da funcionalidade, sexo, idade e queixas álgicas. Ele foi desenvolvido por um serviço terceirizado, a empresa *Grow Up* Engenharia Organizacional, financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS (EFP_00017417) e vinculado ao edital EFD_00000239, por isso não é de domínio público. Existe a possibilidade do aplicativo complementar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do SUS que já utilizam *tablets* como ferramentas de trabalho. O desenvolvimento do aplicativo contou com o apoio de uma equipe treinada de docentes e discentes dos cursos de Graduação em Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação de Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes. O sistema apresenta as seguintes funcionalidades:

1. Cadastro de Profissionais;
2. Cadastro de Localidade;
3. Cadastro de Comunidades;
4. Cadastro de Pacientes;
5. Cadastro de Avaliações
6. Relatórios de Avaliações.

Todas essas funcionalidades encontram-se divididas em três *Sprints*:

1. *Sprint* 01 constitui Banco de dados, Login, Selecionar Local Atendimento Sem GPS, Cadastrar Pessoa e Consultar Pessoa;
2. *Sprint* 02 apresenta janelas para editar, visualizar histórico de avaliações já realizadas e realizar nova avaliação do paciente cadastrado;
3. *Sprint* 03 foram incluídos os três qualificadores de acordo com os domínios e subdomínios da CIF, além de vários tipos de resumos do próprio instrumento (ANEXO II).

O modelo conceitual da CIF tem como componentes: as condições de saúde; as funções e estruturas do corpo; as atividades; a participação; os fatores pessoais; e os fatores ambientais. Além do modelo explicativo, a CIF pode ser usada como ferramenta epidemiológica por meio de seu conjunto de códigos alfanuméricos que codificam e classificam a funcionalidade. Os códigos propostos na classificação também permitem incluir qualificadores a cada domínio. Estão inseridos qualificadores para o grau de deficiência, para medir o desempenho e a capacidade, além de poder indicar se os fatores ambientais constituem barreiras ou facilitadores (BUCHALLA, 2016). Esse aplicativo possui Certificado de Registro de Programa de Computador expedido pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) (ANEXO III).

No aplicativo foram inseridos três *checklists* nas áreas de cardiopulmonar (287 categorias), neurologia (270 categorias) e ortopedia (237 categorias), baseados na CIF que apresenta uma dinâmica interação entre condição de saúde, funções e estruturas corporais, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais e que se subdividem nos seguintes componentes: funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e). A letra entre parênteses representa a abreviação (em inglês) de cada componente e é utilizada na codificação da funcionalidade. Cada componente possui diversas opções de códigos numéricos descritivos possíveis, variando de um a quatro níveis. Quanto mais números usados, maior a especificidade da classificação (OMS, 2013) (ANEXO IV). A escolha do *checklist* baseou-se na queixa principal do entrevistado e/ou nas alterações funcionais percebidas pelo avaliador, tais como: dispneia, taquipneia, fraqueza muscular, distúrbios da marcha, equilíbrio e/ou coordenação motora; assim sendo, um ou mais *checklists* poderiam ser preenchidos.

- Questionário Internacional de Atividade Física versão longa (IPAQ), que contempla 5 domínios distintos: 1) Atividade física no trabalho; 2) Atividade física como meio de transporte; 3) Atividade física em casa; 4) Atividades físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer; 5) Tempo gasto sentado. Para classificar a amostra quanto à prática de atividade física dentro da recomendação da OMS (pelo menos 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana), foi considerada a somatória de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada. Para atividade física vigorosa, o critério foi de pelo menos 3 sessões de 20 minutos por semana (MATSUDO *et al.*, 2001; MOK *et al.*, 2019) (ANEXO VI).
- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref): Consta de 26 questões no qual dois quesitos são de caráter geral sobre qualidade de vida e as outras 24 questões preservaram as facetas do instrumento original, sendo divididas em quatro domínios: físico (sete itens = 3 dor; 4 medicação; 10 energia; 15 mobilidade; 16 sono; 17 atividades; 18 trabalho), bem-estar psicológico (seis itens = 5 sentimentos positivos; 6 espiritualidade; 7 pensamentos; 11 corpo; 19 estima; 26 sentimentos negativos), relações sociais (três itens = 20 relações; 21 sexo; 22 suporte) e meio ambiente no qual o indivíduo está inserido (oito itens = 8 segurança; 9 meio-ambiente; 12 finanças; 13 informações; 14 lazer; 23 lar; 24 serviços; 25 transporte) (DA SILVA *et al.*, 2018; CORDIOLI-JUNIOR *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2020) (ANEXO V).

O WHOQOL-bref ainda possui cinco escalas de respostas do tipo Likert: “muito ruim” a “muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada” a “extremamente” (escala de intensidade), “nada” a

“completamente” (escala de capacidade) e “nunca” a “sempre” (escala de frequência). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam de um a cinco. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010; SILVA *et al.*, 2014).

5.5.2 Procedimentos Qualitativos

Os dados qualitativos foram obtidos por meio da conversão dos dados classificatórios obtidos na entrevista e exame com cada sujeito, seguido de análise utilizando-se o seguinte instrumento:

O estudo qualitativo foi realizado com o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* versão 0.7 (IRaMuTeQ 0.7) (CAMARGO; JUSTO, 2013). As análises foram por diferentes processamentos por agrupamento sobre os segmentos de texto do *Corpus* textual, os *Clusters* (Sousa *et al.*, 2020). Foi utilizado o método por Análise de Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), seguido do método por Similitude e Nuvem de Palavras, de acordo com a função dos vocabulários utilizados nas classificações da CIF em seus domínios e qualificadores. Os gráficos de Nuvem de Palavras, AFC e Similitude e foram construídos levando em conta as palavras ativas e aplicando a fórmula para o ponto de corte das frequências das palavras, seguindo a fórmula: $N^{\circ} \text{ de ocorrências} / N^{\circ} \text{ de formulários} \times 2$. O ponto de corte ficou em 15,31 frequências a mais das palavras ativas do *Corpus* Textual.

As classificações finais foram baseadas nos escores das avaliações e configuradas em *Corpus* textual. Para essa configuração textual os arquivos em *Word* foram salvos em único documento UTF-8 pelo *Software Windows* para posterior análise através do *Software* IRaMuTeQ 0.7 alpha2.

5.6 Análise Estatística

A tabulação de dados e tabelas foram confeccionados pelo Programa *Microsoft Excel 2017* e Programa *GraphPad Prism 6.01*. Para o cálculo dos escores e estatística descritiva referente aos domínios da qualidade de vida, foi utilizada a ferramenta desenvolvida a partir do *Software Microsoft Excel* com configuração pré-definida, seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL (PEDROSO *et al.*, 2010) e da CIF por novo *software* desenvolvido especificamente para essa classificação.

Foram consideradas variáveis os domínios, categorias e qualificadores da CIF; escore do teste TUG; nível de atividade física e domínios do WHOQOL-bref, além de variáveis lexicais citadas nos textos.

A distribuição das variáveis foi analisada utilizando o teste de Shapiro-Wilk a fim de definir os testes para a análise dos resultados. As variáveis contínuas com distribuição normal foram apresentadas por média, enquanto as variáveis nominais foram descritas por frequências absolutas ou relativas. Em seguida foram realizadas as seguintes análises:

- As variáveis descritivas quantitativas e categóricas (sexo, idade e com quem reside), foram descritas em frequência absoluta e relativa;
- Teste de Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn para analisar a intensidade de atividade física em cada comunidade;
- Coeficiente de correlação de Pearson (r) para verificar a existência de correlação entre as variáveis risco de queda e intensidade de atividade física nas comunidades estudadas. Para este estudo, foi adotado o seguinte critério de classificação dos coeficientes de correlação: fraca ($r = 0,1$ a $0,3$), moderada ($r = 0,4$ a $0,6$) e forte ($r = 0,7$ a $1,0$);

Para análise qualitativa foi utilizado o *Software* IRaMuTeQ 0.7 alpha2. Nas Análises de Especificidade e Similitude foram realizadas por agrupamento de percepção, levando em consideração as coocorrências das classificações funcionais e de funcionalidade utilizando o teste *Qui-quadrado*.

Para todas as análises, foi considerado o nível de significância 0,05.

6. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 50 idosos afrodescendentes, domiciliados em duas comunidades quilombolas sergipanas, a citar: 41 na comunidade Patioba e 9 na Maloca, com predomínio do sexo feminino, correspondendo a 53,7% na Patioba e 77,8% na Maloca. A prevalência de idade foi entre 60 a 79 anos, o que equivale a 78% e 66,6%, respectivamente. A idade média dos entrevistados na Patioba foi de 71,75 anos, enquanto na Maloca foi de 73,88 anos. Ademais, foi visto que 87,8% dos idosos residentes na Patioba e 88,9% na Maloca relataram morar acompanhados pelo cônjuge, familiares e/ou outras pessoas (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos dados sociodemográficos dos idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.

Dados Sociodemográficos	Patioba	Maloca
Por Sexo	N (%)	N (%)
Masculino	19 (46,3%)	2 (22,2%)
Feminino	22 (53,7%)	7 (77,8%)
Faixa etária	N (%)	N (%)
60 a 79	32 (78%)	6 (66,7%)
Acima de 80	9 (22%)	3 (33,3%)
Com quem reside	N (%)	N (%)
Acompanhado	36 (87,8%)	8 (88,9%)
Sozinho	5 (12,2%)	1 (11,1%)

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

As áreas da saúde, dos idosos quilombolas residentes na Patioba, foram classificadas de acordo com as funções do corpo. Das 41 (100%) pessoas avaliadas pela CIF, foi observado que 47,5% de indivíduos com disfunções apenas na área de ortopedia; 10% na área de cardiorrespiratória; 35% nas áreas de ortopedia e cardiorrespiratória; 2,5% na área de neurologia e 5% apresentavam alterações nas áreas de ortopedia, cardiorrespiratória e neurologia. Enquanto na Maloca, 22,22% idosos foram classificados na área de ortopedia; 22,22% na área de cardiorrespiratória, e 55,6% nas áreas de ortopedia e cardiorrespiratória. Porém não houve classificação nas áreas de neurologia e ortopedia/ cardiorrespiratória/ neurologia (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil das áreas da saúde cadastradas no aplicativo CIFSUS referente à funcionalidade relacionada à função do corpo (b), em idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.

Áreas Cadastradas no CIFSUS	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
Ortopedia	19	47,5	2	22,22
Cardiorrespiratória	5	10,0	2	22,22
Ortopedia/ Cardiorrespiratória	14	35,0	5	55,60
Neurologia	1	2,50	0	0,00
Ortopedia/ Cardiorrespiratória/ Neurologia	2	5,00	0	0,00
TOTAL	41	100,00	9	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Nas áreas da saúde catalogadas pelo presente estudo de acordo com as funções do corpo, foi realizada a classificação quanto a presença de deficiência ou não. Na Patioba, das 19 (47,5%) das pessoas com comprometimento em ortopedia, 17 (89,47%) apresentaram deficiência e 2 (10,53%) não apresentaram deficiência. Com deficiência em ortopedia e cardiorrespiratória foram 13 (92,86%) indivíduos e 1 (7,14%) sem deficiência. Já nas áreas de cardiorrespiratória; ortopedia/cardiorrespiratória/ neurologia e apenas neurologia, 100% de cada amostra tinha deficiência o que correspondeu a 5, 2 e 1 indivíduos respectivamente. Na comunidade Maloca, foi constada 100% de deficiência nos idosos pertencentes às três áreas avaliadas (ortopedia; ortopedia/cardiorrespiratória; cardiorrespiratória) composta por 3 indivíduos em cada área (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil da classificação em relação à deficiência ou não de funcionalidade relacionada a função do corpo (b), em idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.

Áreas	Patioba			Maloca		
	N	%	Intervalo de Confiabilidade (IC)	N	%	Intervalo de Confiabilidade (IC)
Ortopedia						
Com deficiência	17	89,47	68,61 to 98,13	3	100	43,85 to 100
Sem deficiência	2	10,53	1,87 to 31,39	0	0	0 to 56,15
TOTAL	19	100		3	100	
Ortopedia e Cardiorrespiratória						
Com deficiência	13	92,86	68,53 to 99,63	3	100	43,85 to 100
Sem deficiência	1	7,14	0,36 to 31,47	0	0	0 to 56,15
TOTAL	14	100		3	100	
Cardiorrespiratória						
Com deficiência	5	100	51 to 100	3	100	43,85 to 100
Sem deficiência	0	0	0 to 49	0	0	0 to 56,15
TOTAL	5	100		3	100	
Ortopedia Cardiorrespiratória e Neurologia						
Com deficiência	2	100	17,8 to 100	0	0	0
Sem deficiência	0	0	0 to 82,2	0	0	0
TOTAL	2	100		0	0	
Neurologia						
Com deficiência	1	100	5,129 to 100	0	0	0
Sem deficiência	0	0	0 to 94,87	0	0	0
TOTAL	1	100		0	0	

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Foram aplicadas 41 codificações no domínio funções do corpo (b) aos 17 indivíduos que apresentaram deficiências na área de ortopedia na Patioba (Tabela 4). Na comunidade Patioba, 29,3% (12) eram em relação à mobilidade das articulações; 24,4% (10) no que diz respeito à força muscular; 19,5% (8) no que concerne ao padrão de marcha. Outros comprometimentos como estabilidade das articulações, resistência de grupos musculares e mobilidade de ossos foram de 9,76% (4), 7,32% (3) e 4,88% (2) respectivamente. Os demais comprometimentos como controle de movimentos voluntários simples e as sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento foram baixos, 2,44% (1) em cada categoria. Quanto à gravidade da deficiência nessa área, 21 idosos (51,2%) apresentaram deficiência leve, 14 (34,1%) moderada e 6 (14,6%) grave.

Ainda sobre o domínio funções do corpo (b) em ortopedia, na Maloca, foram aplicadas 6 codificações. As maiores frequências foram em relação à força dos músculos de um membro e à mobilidade das articulações que corresponderam a 33,33% (2) em cada categoria. Também foram codificadas funções do movimento e

padrão de marcha que representaram 16,7% (1) para cada codificação. No que diz respeito à gravidade da deficiência, foi constatado que 50% da amostra (3) apresentava deficiência moderada, 33,3% (2) deficiência grave e 16,7 (1) deficiência leve (Tabela 4).

Tabela 4. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo (b) dos indivíduos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca que apresentaram comprometimento apenas em ortopedia.

Funções do corpo (b)	Patioba		Maloca	
Códigos em Ortopedia	N	%	N	%
7600 - Controle de movimentos voluntários simples	1	2,44	0	0
715 - Estabilidade das articulações	4	9,76	0	0
730 - Força Muscular	10	24,4	2	33,3
789 - Funções do movimento	0	0	1	16,7
710 - Mobilidade das articulações	12	29,3	2	33,3
720 - Mobilidade óssea	2	4,88	0	0
770 - Padrão de marcha	8	19,5	1	16,7
7401 - Resistência de grupos musculares	3	7,32	0	0
7808 - Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento	1	2,44	0	0
TOTAL	41	100	6	100
1º Qualificador: Extensão da Deficiência	N	%	N	%
0- Nenhuma deficiência	0	0	0	0
1- Deficiência leve	21	51,2	1	16,7
2- Deficiência moderada	14	34,1	3	50
3- Deficiência grave	6	14,6	2	33,3
4- Deficiência completa	0	0	0	0
8- Não especificada	0	0	0	0
9- Não aplicável	0	0	0	0
TOTAL	41	100	6	100

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Quanto à área cardiorrespiratória, foram catalogadas 6 codificações referentes ao domínio funções do corpo (b) na Patioba e 2 na Maloca. Pressão arterial aumentada foi a categoria mais frequente na Patioba com 66,7% (4) seguida das categorias funções das veias e profundidade da respiração com 16,7% (1) cada uma. Em relação à gravidade da deficiência nessa área, foi observada que 50% da amostra (3) apresentava deficiência leve, 33,3% (2) moderada e 16,7 (1) grave. Na Maloca, foram atribuídas duas codificações a esse domínio que corresponderam a funções cardíacas e pressão arterial aumentada, ou seja, 50% (1) cada. No que se refere à gravidade da deficiência, foi constatado que 100% (2) dos indivíduos apresentava deficiência leve (Tabela 5).

Tabela 5. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo dos indivíduos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca que apresentaram comprometimento apenas em cardiorrespiratória.

Funções do corpo (b)	Patioba		Maloca	
Códigos em Cardiorrespiratória	N	%	N	%
410 - Funções do coração	0	0	1	50
4152 - Funções das veias	1	16,7	0	0
4200 - Pressão arterial aumentada	4	66,7	1	50
4402 - Profundidade da respiração	1	16,7	0	0
TOTAL	6	100,0	2	100
1º Qualificador: Extensão da Deficiência	N	%	N	%
0- Nenhuma deficiência	0	0,00	0	0,00
1- Deficiência leve	3	50,0	2	100,0
2- Deficiência moderada	2	33,3	0	0,0
3- Deficiência grave	1	16,7	0	0,0
4- Deficiência completa	0	0,00	0	0,00
8- Não especificada	0	0,00	0	0,00
9- Não aplicável	0	0,00	0	0,00
TOTAL	6,00	100,00	2,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Em relação às deficiências na área de ortopedia associadas à cardiorrespiratória (Tabela 6) foram observadas 38 classificações no domínio funções do corpo (b) com seus respectivos qualificadores correspondentes à gravidade da deficiência. Nesse caso, foram constatadas que 28,9% (11) apresentaram pressão arterial aumentada, 26,3% (10) alterações nas funções da mobilidade das articulações, 18,4% (7) funções da força muscular e funções dos vasos sanguíneos com 13,2% (5). Menor frequência aconteceu para as funções de resistência muscular, fornecimento de sangue ao coração, mobilidades dos ossos, funções do aparelho cardiovascular e padrão de marcha, em que foram constatados 2,63% (1) para cada categoria. No que concerne a gravidade das deficiências, foi registrado que 52,6% (20) dos idosos apresentava deficiência leve, 42,1% (16) deficiência moderada e 5,26% (2) deficiência grave.

Ainda a respeito dessa classificação do domínio funções do corpo (b) na área de ortopedia em associação com a cardiorrespiratória, foi possível observar que na Maloca foram mais predominantes força dos músculos de um membro, funções da respiração, mobilidade de várias articulações e pressão arterial aumentada com 20% (2) para cada classificação. Já em relação às funções da resistência muscular e mobilidade dos ossos, houve menor predominância, ou seja, 10% (1) para cada item. No que diz respeito à gravidade das deficiências, a maioria 70% (7) apresentou deficiência moderada, enquanto 20% (2) apresentou deficiência leve e 10% (1) apresentou deficiência grave (Tabela 6).

Tabela 6. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo e gravidade da deficiência dos indivíduos das comunidades Patioba e Maloca que apresentaram comprometimento em ortopedia associado a cardiorrespiratória.

Funções do corpo (b)	Patioba		Maloca	
Códigos em Ortopedia e Cardiorrespiratória	N	%	N	%
7301 - Força dos músculos de um membro	0	0	2	20
4103 - Fornecimento de sangue ao coração	1	2,63	0	0
730 - Funções da força muscular	7	18,4	0	0
710 - Funções da mobilidade das articulações	10	26,3	2	20
720 - Funções da mobilidade óssea	1	2,63	1	10
440 - Funções respiratórias	0	0	2	20
498 - Funções do aparelho cardiovascular	1	2,63	0	0
415 - Funções dos vasos sanguíneos	5	13,2	0	0
770 - Padrão de marcha	1	2,63	0	0
4200 - Pressão arterial aumentada	11	28,9	2	20
TOTAL	38	100	10	100
1º Qualificador: Extensão da Deficiência	N	%	N	%
0- Nenhuma deficiência	0	0	0	0
1- Deficiência leve	20	52,6	2	20
2- Deficiência moderada	16	42,1	7	70
3- Deficiência grave	2	5,26	1	10
4- Deficiência completa	0	0	0	0
8- Não especificada	0	0	0	0
9- Não aplicável	0	0	0	0
TOTAL	38	100	10	100

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Para a codificação das deficiências na área de neurologia, apenas foram catalogados dois registros na Patioba em relação ao domínio funções do corpo (b), pois na comunidade Maloca não houve nenhum caso relatado. Assim sendo, foram constatadas alterações no tônus dos músculos de um lado do corpo e na força dos músculos de todos os membros, que correspondem a 50% (1) cada uma. A respeito da gravidade da deficiência foi percebida somente deficiência moderada 100% (2) (Tabela 7).

Tabela 7. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo e gravidade da deficiência dos idosos da comunidade quilombola Patioba que apresentaram comprometimento em neurologia.

Funções do corpo (b)	Patioba	
Códigos em Neurologia	N	%
7352 - Tônus dos músculos de um lado do corpo	1	50,0
7354 - Força dos músculos de todos os membros	1	50,0
TOTAL	2,00	100,00
1º Qualificador: Extensão da Deficiência em Neurologia	N	%
0- Nenhuma deficiência	0	0,00
1- Deficiência leve	0	0,00
2- Deficiência moderada	2	100
3- Deficiência grave	0	0,00
4- Deficiência completa	0	0,00
8- Não especificada	0	0,00
9- Não aplicável	0	0,00
TOTAL	2,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

No que se refere à codificação das deficiências no domínio funções do corpo (b) na área de neurologia associada às áreas de ortopedia e cardiorrespiratória (Tabela 8), também foram detectadas alterações apenas na comunidade Patioba, ou seja, não ocorreu nenhum relato na comunidade Maloca. Nesse sentido, foram percebidas 11 deficiências, das quais as mais prevalentes estavam relacionadas ao padrão de marcha, pressão arterial aumentada e força dos músculos de todos os membros com 18,2% (2) para cada categoria. Menor predominância foi observada para as funções musculoesqueléticas, mobilidade de várias articulações, tônus dos músculos de todos os membros, resistência de grupos musculares e controle de movimentos complexos, com 9,09% (1) para cada categoria. Em relação à gravidade da deficiência, a maior predominância foi grave 54,5% (6), seguida de moderada 36,4% (4) e leve 9,09% (1).

Tabela 8. Perfil da classificação de funcionalidade relacionada à função do corpo (b) e do primeiro qualificador, gravidade da deficiência, dos idosos da comunidade quilombola Patioba que apresentaram comprometimento em neurologia associado à ortopedia e cardiorrespiratória.

Funções do corpo (b)	Patioba	
Códigos em Neurologia, Ortopedia e Cardiorrespiratória	N	%
770 - Padrão de marcha	2	18,2
798 - Funções neuromúsculoesqueléticas	1	9,09
4200 - Pressão arterial aumentada	2	18,2
7101 - Mobilidade de várias articulações	1	9,09
7304 - Força dos músculos de todos os membros	2	18,2
7354 - Tônus dos músculos de todos os membros	1	9,09
7401 - Resistência de grupos musculares	1	9,09
7808 - Controle de movimentos voluntários complexos	1	9,09
TOTAL	11,0	100,00
1º Qualificador: Extensão da Deficiência em Neurologia, Ortopedia e Cardiorrespiratória	N	%
0- Nenhuma deficiência	0	0,00
1- Deficiência leve	1	9,09
2- Deficiência moderada	4	36,4
3- Deficiência grave	6	54,5
4- Deficiência completa	0	0,00
8- Não especificada	0	0,00
9- Não aplicável	0	0,00
TOTAL	11,0	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

No que diz respeito à Estrutura do Corpo (s) (Tabela 9), evidencia-se que articulações da região do joelho (s75011) destacou-se na comunidade Patioba, com 18,99% (15), enquanto na comunidade Maloca, músculos do tronco (s7601) apresentaram-se de forma predominante, com 25,00% (5).

Tabela 9. Códigos referentes às Estruturas do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Estrutura do Corpo (s)				
Códigos	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
7108 - Região da cabeça e pescoço, outra especificada	1	1,26	-	-
7201 - Articulações da região do ombro	3	3,79	2	10,00
7202 - Músculos da região do ombro	1	1,26	1	5,00
7208 - Região do ombro, outra especificada	1	1,26	-	-
7400 - Ossos da região pélvica	1	1,26	-	-
7401 - Articulações da região pélvica	2	2,53	-	-
7402 - Músculos da região pélvica	1	1,26	-	-
7601 - Músculos do tronco	12	15,19	5	25,00
7602 - Ligamentos e fâscias do tronco	1	1,26	-	-
73001 - Articulações da região do cotovelo	2	2,53	-	-
73002 - Músculos do braço	7	8,86	1	5,00
73003 - Ligamentos e fâscias do braço	-	-	1	5,00
73021 - Articulações da mão e dos dedos	5	6,32	-	-
73022 - Músculos da mão	1	1,26	-	-
75001 - Articulação da anca	3	3,79	1	5,00
75002 - Músculos da coxa	8	10,13	-	-
75010 - Ossos da perna	4	5,06	2	10,00
75011 - Articulações da região do joelho	15	18,99	4	20,00
75012 - Músculos da perna	5	6,32	2	10,00
75020 - Ossos do tornozelo e do pé	1	1,26	1	5,00
75021 - Articulações do tornozelo, pé e dedos	5	6,32	-	-
TOTAL	79,00	100,00	20,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Em relação à extensão da deficiência, destacaram-se “deficiência moderada” na Patioba, sendo 34,18% (27) e “deficiência grave” na Maloca, sendo 30,00% (6) (Tabela 10).

Tabela 10. Primeiro qualificador, extensão da deficiência, referente à Estrutura do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Estrutura do Corpo (s)				
1º Qualificador: Extensão da Deficiência	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
0 - Nenhuma deficiência	35	44,30	8	40,00
1 - Deficiência leve	13	16,46	1	5,00
2 - Deficiência moderada	27	34,18	5	25,00
3 - Deficiência grave	4	5,06	6	30,00
4 - Deficiência completa	0	0,00	0	0,00
8 - Não especificada	0	0,00	0	0,00
9 - Não aplicável	0	0,00	0	0,00
TOTAL	79,00	100,00	20,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Ainda, sobre o domínio Estrutura do Corpo (s), quanto ao qualificador referente à natureza da deficiência, houve predomínio do item “mudanças qualitativas em estrutura ou edema” em ambas as comunidades, sendo 24,05% (19) e 50,00% (10), na Patioba e Maloca, respectivamente (Tabela 11).

Tabela 11. Segundo qualificador, natureza da deficiência, referente à Estrutura do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Estrutura do Corpo (s)				
2º Qualificador: Natureza da Deficiência	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
0 - Nenhuma mudança	38	48,10	5	25,00
1 - Ausência total	0	0,00	1	5,00
2 - Ausência parcial	10	12,66	3	15,00
3 - Parte adicional	0	0,00	0	0,00
4 - Dimensões aberrantes	3	3,79	0	0,00
5 - Descontinuidade	0	0,00	0	0,00
6 - Desvio de posição	6	7,59	1	5,00
7 - Mudanças qualitativas em estrutura ou edema	19	24,05	10	50,00
8 - Não especificada	3	3,79	0	0,00
9 - Não aplicável	0	0,00	0	0,00
TOTAL	79,00	100,00	20,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Em relação à localização da deficiência na sequência da análise do domínio Estrutura do Corpo (s), ressaltou-se o item “ambos os lados”, na comunidade Patioba, com 64,56% (51), e em região “distal”, na comunidade Maloca, com 50,00% (10) (Tabela 12).

Tabela 12. Terceiro qualificador, localização da deficiência, referente à Estrutura do Corpo (s) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Estrutura do Corpo (s)				
3º Qualificador: Localização Deficiência	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
0 - Mais de uma região	1	1,26	5	25,00
1 - Direita	3	3,79	1	5,00
2 - Esquerda	11	13,92	3	15,00
3 - Ambos os lados	51	64,56	0	0,00
4 - Parte anterior	1	1,26	0	0,00
5 - Parte posterior	3	3,79	0	0,00
6 - Proximal	0	0,00	1	5,00
7 - Distal	0	0,00	10	50,00
8 - Não especificada	2	2,53	0	0,00
9 - Não aplicável	7	8,86	0	0,00
TOTAL	79,00	100,00	20,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Quanto ao componente Atividades e Participação (d) para todas as áreas avaliadas (Tabela 13), foram apontadas 14 categorias em que se pôde verificar dificuldades no desempenho da comunidade Patioba, enquanto da Maloca foram 10. Andar (d450) foi a categoria mais prevalente em relação à dificuldade no desempenho entre as atividades classificadas em ambas as comunidades. Na Patioba foi observada que deficiência leve apresentou mais codificações 51,7% (15), moderada 24,1% (7) e grave 24,1% (7). Enquanto na Maloca foi notada que dificuldade completa foi a mais citada 50% (6), seguida por 33,3% (4) moderada, 8,33% (1) leve e 8,33% (1) sem deficiência.

A categoria executar tarefas múltiplas (d2200) também apresentou predomínio alto na Patioba, visto que dificuldade leve foi o qualificador mais identificado 51,9% (14), seguido de moderada 33,3% (9), grave 11,1% (3) e completa 3,7% (1). Essa categoria também apresentou predomínio alto na Maloca, porém houve maior registro para o qualificador dificuldade completa 50% (5), acompanhado de moderada 20% (2), leve 20% (2) e sem dificuldade 10% (1). Outra categoria que revelou predomínio alto para ambas as comunidades em relação à dificuldade, foi mudar a posição básica do corpo (d410) . Na Patioba, dificuldade moderada correspondeu a 36,8% (7), leve 31,6% (6), completa 26,3% (5) e grave 5,26% (1). Em contrapartida na Maloca, dificuldade completa apresentou maior registro 50% (5), seguida de leve 30% (3), moderada 10% (1) e grave 10% (1). A categoria manter a posição do corpo (d4158), apresentou relevância apenas na comunidade Patioba, ou seja, não foi identificado nenhum qualificador para a comunidade Maloca. Assim sendo, foi percebida dificuldade moderada 36,4% (4), grave 27,3%, completa 18,2% (2) e leve 18,2% (2) respectivamente.

Tabela 13: Funcionalidade relacionada ao desempenho (d) de todas as áreas das comunidades Patioba e Maloca

Desempenho (d)																
Atividades / Códigos	Patioba N (%)								Maloca N (%)							
	0	1	2	3	4	8	9	TOTAL	0	1	2	3	4	8	9	TOTAL
Agachar-se / 4101	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Alcançar / 4452	0(0,0)	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Andar / 450	0(0,0)	15(51,7)	7(24,1)	7(24,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	29(100,0)	1(8,33)	1(8,33)	4(33,3)	0(0,0)	6(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	12(100,0)
Comer / 550	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Correr / 4552	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Cuidar de partes do corpo / 520	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Executar tarefas múltiplas / 2200	0(0,0)	14(51,9)	9(33,3)	3(11,1)	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	27(100,0)	1(10,0)	2(20,0)	2(20,0)	0(0,0)	5(50,0)	0,0(0,0)	0,0(0,0)	10(100,0)
Lavar todo o corpo / 5101	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Levantar e carregar objetos / 4308	0(0,0)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(100,0)
Manter a posição do corpo / 4158	0(0,0)	2(18,2)	4(36,4)	3(27,3)	2(18,2)	0(0,0)	0(0,0)	11(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Movimentos finos da mão / 4408	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Mudar posição básica do corpo / 410	0(0,0)	6(31,6)	7(36,8)	1(5,26)	5(26,3)	0(0,0)	0(0,0)	19(100,0)	0(0,0)	3(30,0)	1(10,0)	1(10,0)	5(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	10,0(100,0)
Preparar refeições simples / 6300	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Realizar as tarefas domésticas / 640	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(16,7)	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	3(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(100,0)
Subir descer / 4551	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(100,0)
Utilização da mão e do braço / 4458	0(0,0)	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Vestir-se / 540	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	2(66,7)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)

Legenda: Frequência absoluta (N); Frequência relativa (%); Nenhuma dificuldade: 0; Dificuldade leve: 1; Dificuldade moderada: 2; Dificuldade grave: 3; Dificuldade completa: 4; Não especificada: 8; Não aplicável: 9.

Quanto ao domínio Fatores Ambientais (e) (Tabela 14), observa-se que a família próxima (e310) foi prevalente nas comunidades Patioba e Maloca, com 41,89% (31) e 40,91% (9), respectivamente. Além disso, na comunidade Patioba, o código medicamentos (e1101) apresentou-se também de forma prevalente com 41,89% (31).

Tabela 14. Códigos referentes aos fatores ambientais (e) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Fatores Ambientais (e)				
Códigos	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
310 - Família próxima	31	41,89	9	40,91
320 - Amigos	1	1,35	1	4,54
325 - Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	1	1,35	0	0,00
355 - Profissionais de saúde	4	5,40	2	9,09
1101 - Medicamentos	31	41,89	6	27,27
1108 - Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados	2	2,70	0	0,00
1150 - Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária	1	1,35	1	4,54
1151 - Produtos e tecnologias de apoio para uso pessoal na vida diária	1	1,35	2	9,09
1158 - Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária, outros especificados	1	1,35	0	0,00
1201 - Produtos e tecnologias de apoio destinados a facilitar a mobilidade	1	1,35	1	4,54
TOTAL	74,00	100,00	22,00	100,00

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Ainda referente aos Fatores Ambientais (e) (Tabela 15), no que diz respeito à extensão dos facilitadores ou obstáculos, houve predomínio de “facilitador moderado”, sendo 40,54% (30) na comunidade Patioba, assim como “facilitador intenso”, com 45,45% (10) na comunidade Maloca.

Tabela 15. Primeiro qualificador, extensão dos facilitadores, referentes aos fatores ambientais (e) de idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Fatores Ambientais (e)				
1º Qualificador: Extensão dos facilitadores	Patioba		Maloca	
	N	%	N	%
0 - Nenhum facilitador (0-4%)	12	16,22	3	13,64
1 - Facilitador leve (5-24%)	13	17,57	4	18,18
2 - Facilitador moderado (25-49%)	30	40,54	5	22,73
3 - Facilitador intenso (50-95%)	14	18,92	10	45,45
4 - Facilitador completa (96-100%)	5	6,75	0	0,00
8 - Não especificada	0	0,00	0	0,00
9 - Não aplicável	0	0,00	0	0,00
TOTAL	74,00	100,00	22,00	100,00

Legenda: 1º Qualificador (1º Q); Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Mediante os dados obtidos na tabela 16, foi possível identificar, através do teste TUG, que idosos com idade acima de 80 anos da comunidade Maloca apresentaram 100% de risco de queda, enquanto na Patioba o predomínio foi de 77,8%. Quando analisado de acordo com o sexo, foi visto que o sexo feminino demonstrou maior risco de queda com 63,6% na Patioba e 57,1% na Maloca.

Tabela 16. Risco de Queda apontado pelo TUG em idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.

Risco de Queda		Patioba				Maloca			
Por Idade		60 a 79 anos		Acima de 80 anos		60 a 79 anos		Acima de 80 anos	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		14	43,8	7	77,8	2	33,3	3	100
	Com risco	14	43,8	7	77,8	2	33,3	3	100
	Sem risco	18	56,2	2	22,2	4	66,7	0	-
Por Sexo		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		14	63,6	7	36,8	4	57,1	1	50
	Com risco	14	63,6	7	36,8	4	57,1	1	50
	Sem risco	8	36,4	12	63,2	3	42,9	1	50

Legenda: Teste de Risco de Queda (TUG); Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

De acordo com a tabela 17, a média geral do tempo gasto para a execução do teste TUG foi de 16,00 segundos na comunidade Maloca e de 16,91 na Patioba. O Intervalo de Confiança (95%) foi entre 10,80 e 21,20 segundos na comunidade Maloca, enquanto na Patioba foi entre 14,26 e 19,57 segundos.

Tabela 17. Dados descritivos do Risco de Queda apontado pelo TUG de idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.

Risco de Quedas (TUG)	Patioba	Maloca
Número de idosos	41	9
Tempo mínimo em segundos	8,72	9,16
Tempo máximo em segundos	40,00	28,99
Média	16,91	16,00
Desvio Padrão da média	1,31	2,25
Intervalo de Confiança 95% (limite inferior da média)	14,26	10,80
Intervalo de Confiança 95% (limite superior da média)	19,57	21,20

Legenda: Teste de Risco de Queda (TUG)

Ao analisar os resultados obtidos através do IPAQ (Tabela 18), após realizar a comparação entre as duas comunidades, foi possível identificar que o predomínio de idosos Insuficientemente Ativos, na Maloca, foi maior do que os idosos da Patioba (44,4% e 31,7%, respectivamente). Quanto aos idosos Ativos, constatou-se uma similaridade da classificação do nível de atividade física nas duas comunidades. De

acordo com o sexo, foi evidenciado que as idosas residentes na Maloca possuem um predomínio Insuficientemente Ativo (57,1%), em contraste com a Patioba que apresenta um perfil Ativo (45,4%). Em relação ao sexo masculino notou-se que as duas comunidades exprimem um caráter Ativo, sendo que na Maloca todos os idosos se encaixaram nessa classificação (100%), ao tempo em que na Patioba prevaleceram 47,4% nessa classe. Após realizar a comparação entre as duas comunidades, foi possível identificar que o predomínio de idosos Insuficientemente Ativos, com idade entre 60 a 79 anos residentes na Maloca, foi maior do que os idosos da Patioba (50% e 31,2%, respectivamente). Quanto aos idosos com idade acima de 80 anos constatou-se uma similaridade da classificação do nível de atividade física no que diz respeito a Sedentário e Insuficientemente Ativo nas duas comunidades (33,3%).

Tabela 18. Perfil do nível de atividade física de idosos das comunidades quilombolas Patioba e Maloca.

IPAQ	Patioba		Maloca	
Por Nível de Atividade	N	%	N	%
Sedentário	7	17,1	1	11,1
Insuficientemente Ativo	13	31,7	4	44,4
Ativo	19	46,3	4	44,4
Muito	2	4,8	0	0,00
Total	41	100,0	9	100,0
Por Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Sedentário	5(22,7)	2(10,5)	1(14,3)	0(0,0)
Insuficientemente Ativo	6(27,3)	7(36,8)	4(57,1)	0(0,0)
Ativo	10(45,4)	9(47,4)	2(28,6)	2(100,0)
Muito	1(4,5)	1(5,3)	0(0,0)	0(0,0)
Total	22(100,0)	19 (100,0)	7(100,0)	2(100,0)
Por Idade	60 a 79 anos	Acima de 80 anos	60 a 79 anos	Acima de 80 anos
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Sedentário	4(12,5)	3(33,3)	0(0,00)	1(33,3)
Insuficientemente Ativo	10(31,2)	3(33,3)	3(50,0)	1(33,3)
Ativo	17(53,1)	2(22,2)	3(50,0)	1(33,3)
Muito	1(3,1)	1(11,1)	0(0,0)	0(0,0)
Total	32(100,0)	9(100,0)	6(100,0)	3(100,0)

Legenda: Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Ao considerar o tempo em minutos de cada intensidade, foi visto que a Patioba possui diferença estatística entre a realização de atividade moderada e vigorosa ($453,5 \pm 893,2$; $52,32 \pm 151,8$, respectivamente), enquanto a Maloca apresenta entre a leve e vigorosa ($243,9 \pm 484,0$ e $0,0 \pm 0,0$) (Figura 3).

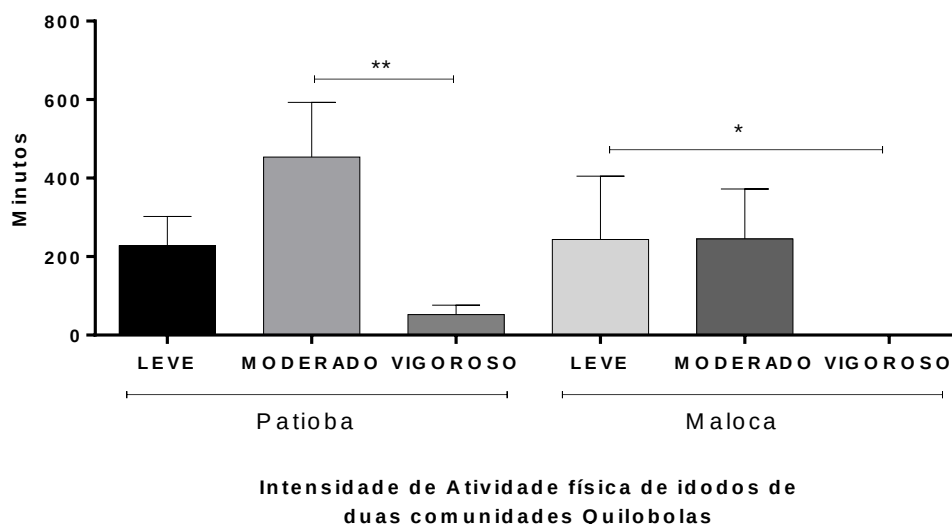


Figura 3. Comparação do nível de atividade física entre as duas comunidades quilombolas Patioba e Maloca. Teste Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn, considerando $p < 0,05$ (** $p = 0,0061$; * $p = 0,041$)

A correlação do nível de atividade física e o risco de queda em idosos residentes da comunidade quilombola Patioba foi negativa e fraca entre a atividade física leve e moderada ($r = -0,37$ e $p = 0,016$; $r = -0,36$ e $p = 0,019$), ou seja, foi observado que quanto menor a duração e intensidade da atividade física maior o risco de quedas. Com relação à comunidade quilombola Maloca, não houve correlação entre o teste TUG e o IPAQ nas intensidades leve e moderado ($r = -0,20$ e $p = 0,563$; $r = -0,36$ e $p = 0,291$), visto que o nível de atividade física vigoroso não foi observado na comunidade (Figura 4).

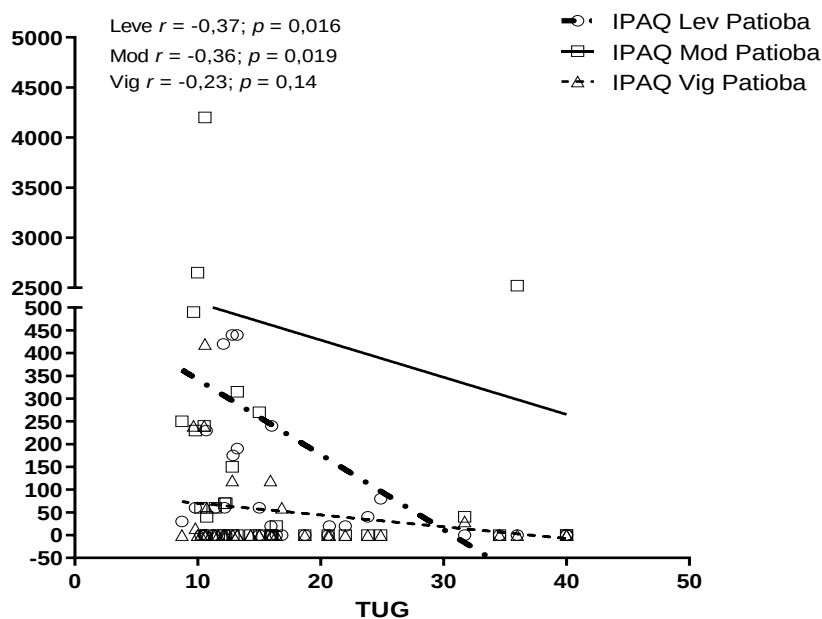


Figura 4. Correlação do nível de atividade física e risco de quedas dos idosos quilombolas da comunidade Patioba. Teste de *Pearson* (r), considerado $p < 0,05$, cujos valores de " r " foram: correlação alta (0,7-1), média (0,4-0,69) e baixa (0,0-0,3).

Referente ao WHOQOL-*bref*, foi observado que o domínio “Relações Sociais” apresentou maior média em ambas as comunidades quilombolas, sendo $16,00 \pm 2,72$ na Patioba e $15,56 \pm 3,89$ na Maloca. Além disso, foi visto que na Patioba o domínio “Meio Ambiente” representou a menor média $13,51 \pm 1,85$, enquanto na comunidade Maloca o menor valor se referiu ao domínio “Psicológico”, com média de $13,11 \pm 2,71$, sem diferença significativa entre os domínios nas duas comunidades (Tabela 19).

Tabela 19. Valores referentes aos domínios estabelecidos pela versão abreviada do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde aplicado nos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Patioba					
Domínio	M $\pm$ DP	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	13,56 $\pm$ 2,03	14,99	9,14	18,86	9,71
Psicológico	13,92 $\pm$ 1,80	12,91	10,00	17,33	7,33
Relações Sociais	16,00 $\pm$ 2,72	16,98	8,00	20,00	12,00
Meio Ambiente	13,51 $\pm$ 1,85	13,71	9,50	18,00	8,50
Auto-avaliação da QV	13,71 $\pm$ 3,36	24,54	6,00	20,00	14,00
Total	13,92 $\pm$ 1,70	12,22	9,08	17,54	8,46
Maloca					
Domínio	M $\pm$ DP	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	13,27 $\pm$ 1,66	12,51	11,43	17,14	5,71
Psicológico	13,11 $\pm$ 2,71	20,65	9,33	17,33	8,00
Relações Sociais	15,56 $\pm$ 3,89	24,99	8,00	20,00	12,00
Meio Ambiente	13,33 $\pm$ 2,24	16,77	10,00	16,00	6,00
Auto-avaliação da QV	13,78 $\pm$ 3,80	27,58	8,00	20,00	12,00
Total	13,56 $\pm$ 2,00	14,76	11,08	16,62	5,54

Legenda: Média (M); Desvio padrão (DP) e Qualidade de Vida (QV).

No que diz respeito aos dados qualitativos, foram analisados a partir da classificação de funcionalidade e incapacidade de acordo com as descrições dos códigos dos quatro domínios e seus qualificadores segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde incentivado pela OMS, refletindo assim a funcionalidade dos idosos das comunidades Patioba e Maloca.

Na Nuvem de palavras (Figura 5) foram evidenciadas as palavras “classificado”, “deficiência moderada”, “deficiência leve” e “CIF” em primeiro nível de evidência. “Função do corpo”, “limitação leve” e “limitação moderada” em segundo nível de evidência. “Medicamento”, “quilombola feminino” e “estrutura do corpo” em terceiro nível de evidência. As demais palavras “apresentar”, “andar”, “quilombola masculino”,

ficaram em menor evidência, porém no centro da nuvem. As palavras “hipertensão”, “deficiência grave” e “agachar-se” ficaram às margens da nuvem próximas à “quilombola feminino” e à “limitação moderada”. Enquanto as palavras em menor evidência “facilitador moderado”, “executar tarefas”, “limitação grave”, “articulação” e “mobilidade multiarticular” ficaram também às margens da nuvem, porém mais próximas à “estrutura do corpo” e à “limitação leve”.



Figura 5: Nuvem de palavras dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das comunidades Patioba e Maloca.

Na comunidade Patioba, outras duas palavras apontadas com maior frequência foram “limitação moderada” e “limitação leve”, que demonstram alterações na categoria atividade e participação da CIF. Já na Maloca, a palavra “quilombola feminino” apresentou uma ocorrência significativa que apontou um maior predomínio de mulheres nessa comunidade. As figuras 6 e 7 mostram que as palavras são posicionadas na nuvem de maneira aleatória de tal forma que as palavras mais frequentes aparecem maiores que as outras demonstrando assim um maior destaque no *corpus* da análise da pesquisa.

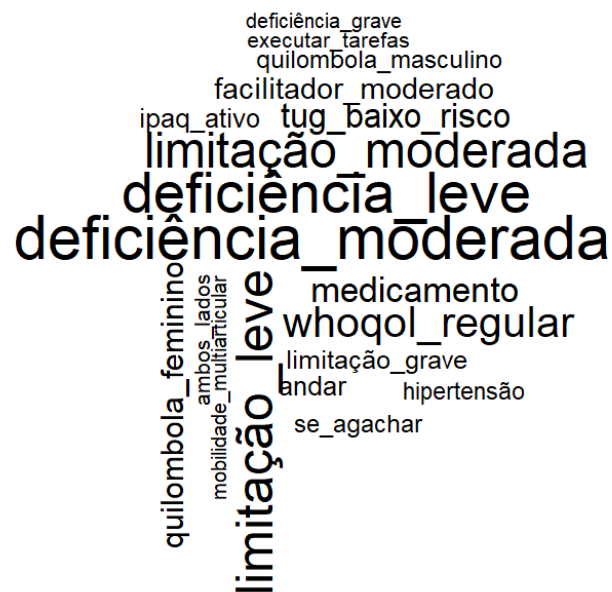


Figura 6. Nuvem de palavras que resultaram da frequência no *corpus* da comunidade quilombola Patioba

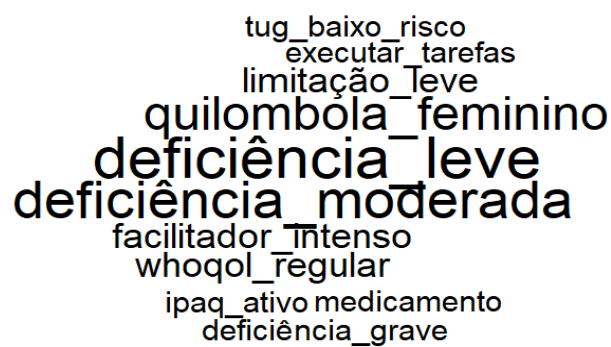


Figura 7. Nuvem de palavras que resultaram da frequência no *corpus* da comunidade quilombola Maloca

A AFC (Figura 8) evidenciou manifestações de palavras agrupadas nas quatro categorias da CIF. As associações mais fortes, quadrante F1 e F2, tratou do domínio de Função do Corpo, ocorrendo correlações entre as palavras “limitação moderada” (83,33%), “mobilidade multiarticular” (76,92%), “músculos” (65,57%), “quilombola feminino” (66,67%), “facilitador moderado” (65,57%), “hipertensão” (53,92%), “tarefas múltiplas” (32,79%), “músculo do tronco” (32,79%), “agachar-se” (39,22%) e realizar tarefas múltiplas” (32,79%), nas áreas de ortopedia e cardiorrespiratória e cardiorrespiratória na comunidade Patioba.

Ao analisar o texto e interpretando-o, segundo os domínios da CIF, pode-se relatar que foi encontrado influência na Função do Corpo devido à presença de hipertensão com limitação moderada em mobilidade multiarticular, envolvendo músculos para tarefas múltiplas dos músculos do tronco com necessidade de facilitador moderado para realizar o agachar-se, em mulheres da comunidade Patioba, com comprometimento na área de ortopedia com achados cardiorrespiratórios ou somente na área de cardiorrespiratória.

Quando observamos F1 e -F2, esse quadrante apresentou influências menores em seu domínio de Estrutura do Corpo, entre as palavras “deficiência moderada” (250%), “deficiência grave” (157,89%), “limitação grave” (125%), “ausência parcial” (83,33%) “facilitador intenso” (76,92%), “ambos os lados” (70,18%) e “articulação” (70,18%), nas áreas de neurologia e ortopedia associada à neurologia e cardiorrespiratória na comunidade Patioba e na área de ortopedia associada à cardiorrespiratória na comunidade Maloca. A análise textual do domínio Estrutura do Corpo, segundo a CIF, apresenta menos influência de “deficiência moderada” e “deficiência grave” em “articulação” em “ambos os lados” com “ausência parcial”, necessitando assim de “facilitador intenso”. Essas deficiências foram encontradas na área de neurologia e na área de ortopedia associada à neurologia e cardiorrespiratória na comunidade Patioba e na área de ortopedia associada à cardiorrespiratória na comunidade Maloca.

Em -F1 e F2 foi identificado o domínio de Fatores Contextuais. Nesse domínio foram observadas correlações, porém mais fracas ainda, entre as palavras “classificado” (148,94%), “deficiência leve” (133,33%), CIF (127,66%), “limitação leve” (86,14%), “facilitador leve” (83,33%), “mobilidade multiarticular” (76,92%), “medicamento” (66,67%), “função do corpo” (66,67%), “facilitador moderado” (65,57%), “agachar-se” (39,22%), “quilombola masculino” (37,45%) e “músculos do tronco” (32,79%). Assim, pode-se relatar que em quilombolas masculinos houve correlação para classificar a função do corpo na CIF com deficiência leve em músculos do tronco, tendo o medicamento como facilitador leve para a limitação leve da mobilidade multiarticular e

facilitador moderado para agachar-se, na comunidade Maloca na área de ortopedia associada à cardiorrespiratória e somente na área de cardiorrespiratória.

Já para -F1 e -F2 observam-se associações fracas para a Atividade e Participação envolvendo as palavras “limitação grave” (125%), “estrutura do corpo” (85,11%), “facilitador intenso” (76,92%), “esquerdo” (66,67%), “andar” (59,93%), “apresentar” (59,93%), “executar tarefas” (48,69%) e “padrão da marcha” (29,96%). Isso indica menos correlação quando o domínio é Atividade e Participação em relação a Estrutura do Corpo que evidenciou limitação grave do lado esquerdo, necessitando de facilitador intenso para executar tarefas, padrão de marcha e andar, nas áreas de ortopedia da comunidade da Patioba, enquanto na comunidade Maloca foi na área de ortopedia associado a cardiorrespiratória.

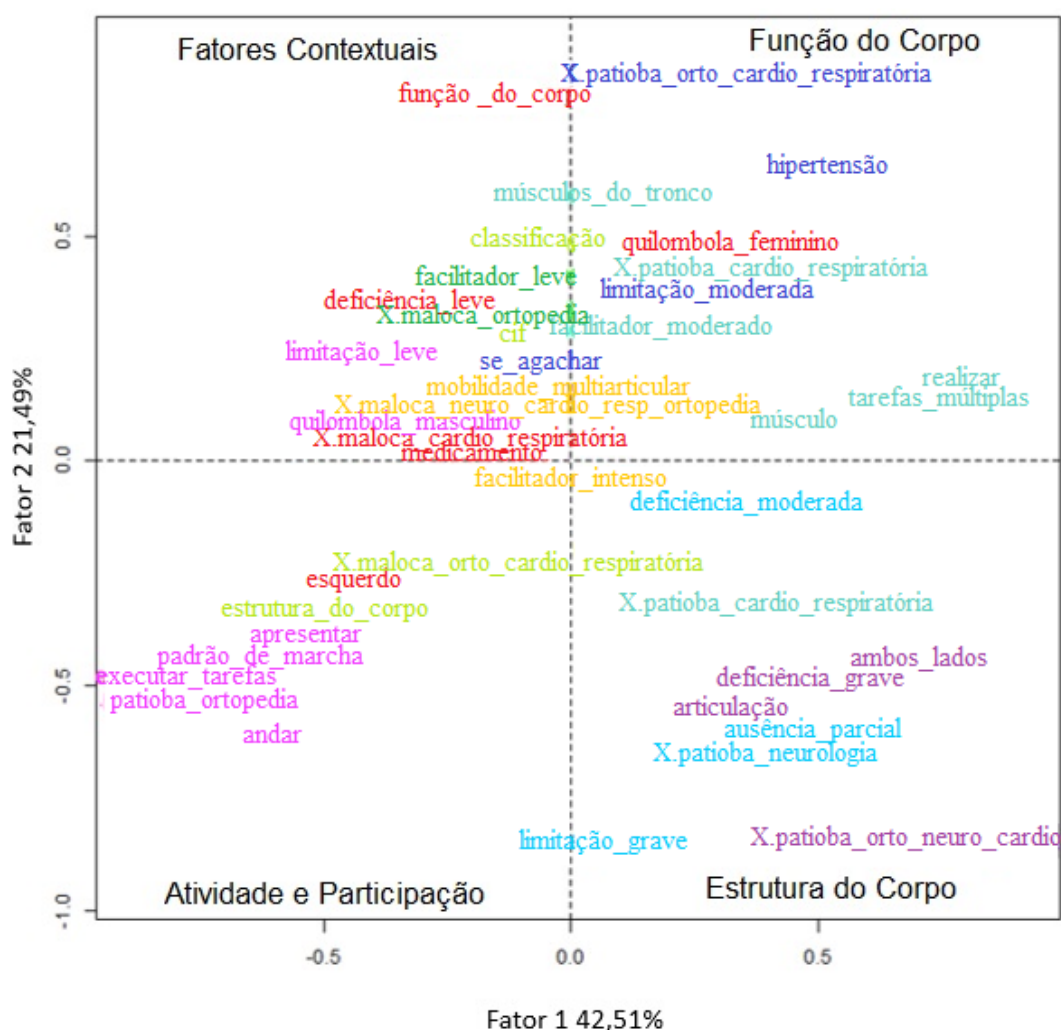


Figura 8: Análise Fatorial de Correspondência dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das comunidades Patioba e Maloca.

Tabela 20: Frequência relativa de especificidade das formas ativas de acordo com as classes, nas diversas áreas de comprometimento dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Contextuais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde das comunidades Patioba e Maloca.

Patioba Classes N (%)					Maloca Classes N (%)		
Cardiorrespiratória 16,14% (%)	Neurologia 9,67% (%)	Ortopedia, cardiorrespiratória 9,67% (%)	Ortopedia, neurologia e cardiorrespiratória 9,67% (%)	Ortopedia 19,36% (%)	Cardiorrespiratória 16,14% (%)	Ortopedia, cardiorrespiratória 9,67% (%)	Ortopedia 9,67% (%)
Facilitador moderado (65,57)	Deficiência moderada (250)	Limitação moderada (83,33)	Ambos lados 75(70,18)	Limitação leve (86,14)	Deficiência leve (133,33)	Classificado (148,94)	Facilitador leve (83,33)
Músculo (65,57)	Limitação grave (125)	Hipertensão (53,92)	Deficiência grave (157,89)	Andar (59,93)	Função do corpo (66,67)	CIF (127,66)	Mobilidade multiarticular (76,92)
Tarefas múltiplas (32,79)	Ausência parcial (83,33)	Agachar-se (39,22)	Articulação (70,18)	Apresentar (59,93)	Medicamento (66,67)	Estrutura do corpo (85,11)	Facilitador intenso (76,92)
Músculos do tronco (32,79)				Executar tarefas (48,69)	Quilombola feminino (66,67)		
Realizar (32,79)				quilombola masculino (37,45)	Esquerdo (66,67)		
				Padrão da marcha (29,96)			

Na figura 9, as similitudes (semelhanças) das relações por agrupamento de palavras confeccionaram três blocos de palavras. Esses três blocos estavam conectados pelas palavras principais “CIF”, “classificado” e “função do corpo”, que se apresentaram mais fortes em seus agrupamentos, seguindo as relações com palavras com menos força. No primeiro agrupamento de palavras, a “CIF” apresentou relação mais forte com “deficiência moderada” e mais fraca com “executar tarefas” e “ambos os lados”. Já no segundo agrupamento foi percebida relação mais forte entre “classificado” e “medicamento”, relação menos forte entre “classificado” e “limitação moderada” e “limitação leve”, e relação mais fraca de “classificado” com “hipertensão” e “quilombola masculino”. E no terceiro agrupamento, a função do corpo evidenciou relação mais forte com “quilombola feminino”, seguido de relação menos forte de “função do corpo” com “deficiência leve” e “estrutura do corpo”, seguido de “facilitador moderado”. Evidenciou, ainda, relação fraca entre “função do corpo” e “apresentar”, “deficiência grave”, “limitação grave”, “agachar-se” e “andar”.

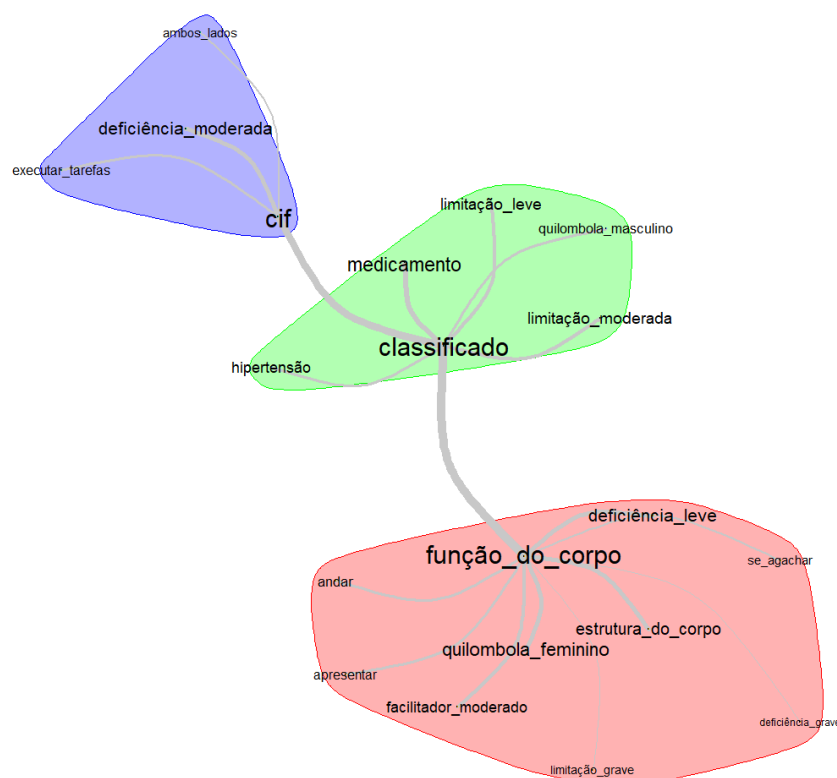


Figura 9: Análise de similitude entre as palavras dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Contextuais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde das comunidades Patioba e Maloca.

Os resultados das atividades funcionais qualitativos foram construídos de acordo com os resultados quantitativos, uma vez que são resultados categóricos, classificatórios. Com esses resultados foi possível melhor entendimento do perfil das áreas com comprometimento funcionais de indivíduos quilombolas das comunidades Patioba e Maloca.

Na nuvem de palavras (figura 10), o “Whoqol regular” foi o que mais se destacou, seguido por “quilombola feminino”, “TUG de baixo risco”, “Ipaq ativo” e “quilombola masculino”. “TUG de baixo risco” se apresentou próximo ao “TUG de alto risco”, “idade de 62 anos” e “66 anos”. Já “Ipaq ativo” estava próximo ao “TUG risco médio” e “idade de 65 anos”. A palavra “quilombola masculino”, ficou bem evidente em relação às idades “60 anos” e “70 anos”. Enquanto a palavra “Ipaq insuficientemente ativo” ficou vinculado ao “Whoqol necessita melhorar”, juntamente com “TUG de alto risco”.

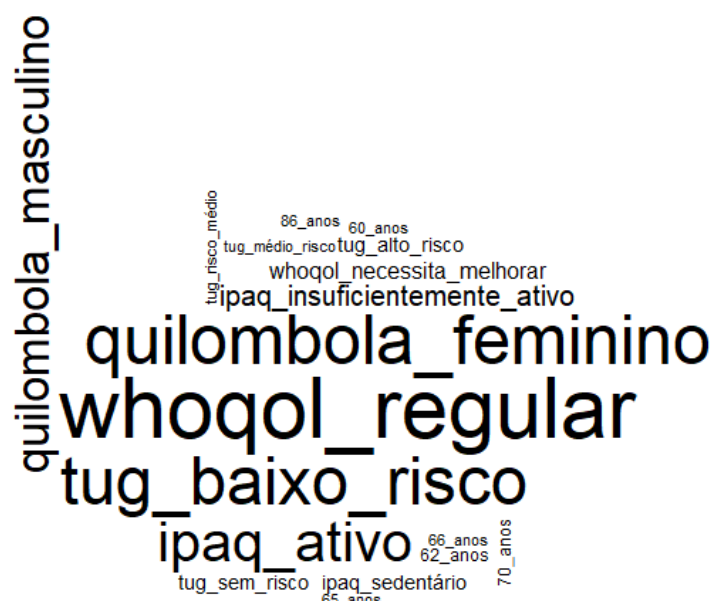


Figura 10. Nuvem de palavras dos termos classificatórios resultante das avaliações dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Na figura 11 foram evidenciadas associações entre as comunidades Patioba e Maloca. No quadrante F1 e F2 as associações foram mais fortes seguido de enfraquecimento dessas associações até chegar a mais fraca associação, quadrante -F1 e -F2. No quadrante F1 e F2 foi observado associação forte entre o termo TUG alto risco com a área de neurologia da comunidade Patioba. Ainda no mesmo quadrante o Whoqol que necessita melhoria com a área de ortopedia associado a cardiorrespiratória na comunidade Patioba que já se apresenta no quadrante menos associações (F1 e -F2), porém próximo a zero. Nesse quadrante, F1 e -F2, a associação foi menor entre o termo Ipaq insuficientemente ativo com a área de ortopedia da Maloca, seguido do TUG médio risco com ortopedia Cardiorrespiratória da comunidade Maloca. Já no quadrante -F1 e F2 a associação foi menor entre Ipaq sedentário e quilombola masculino com a área de ortopedia da comunidade Patioba. E o quadrante -F1 e -F2 que se apresentou sem associação entre os demais quadrantes, referente as comunidades Patioba e Maloca, na área de cardiorrespiratória e ortopedia cardiorrespiratória.

Foi percebido na comunidade Patioba que os achados da área de Neurologia apresentaram associação forte com risco de queda. Já em relação a área de ortopedia associado a cardiorrespiratória foi verificao associação menos forte com ativa atividade física e QV (Whoqol) regular. A área de ortopedia a associação foi para homens sedentários para atividade física. E ainda na área de cardiorrespiratória, na Patioba, não houve nenhuma associação envolvida. Enquanto comunidade da Maloca, a área de

ortopedia, houve associação de atividade física com insuficientemente ativa porém essa associação foi fraca. E não houve associações na área cardiorrespiratória.

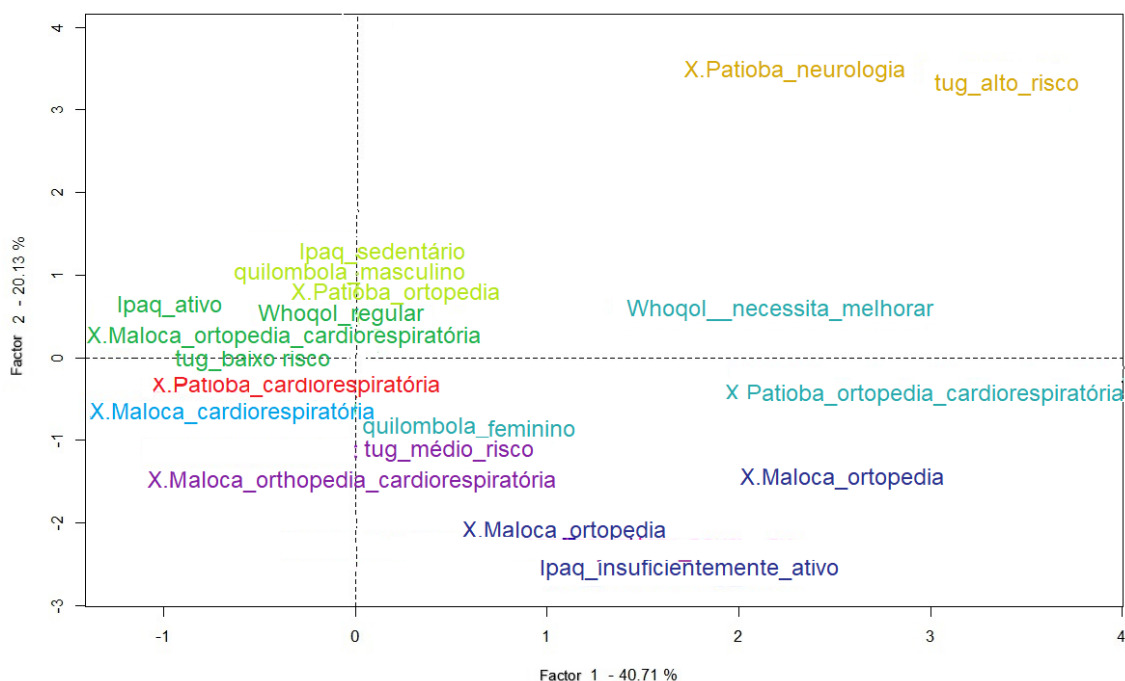


Figura 11. Análise Fatorial de Correspondência das palavras dos termos classificatórios resultantes das avaliações dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

Nos resultados de similitude (figura 12) foi encontrada relação forte do “Whoqol regular” com “Ipaq ativo”, “TUG de baixo risco” e “quilombola masculino”. Foi encontrada também relação mais fraca entre “Whoqol regular” com “TUG sem risco”, “Ipaq sedentário”, e as idades de 60, 62, 66, 70 e 86 anos. Já a palavra “quilombola feminino” apresenta relação menos forte com “Ipaq insuficientemente ativo”, “Whoqol necessita melhora”, “TUG risco médio” e idade de 65 anos.



Figura 12. Análise de similitude das palavras dos termos classificatórios resultante das avaliações dos idosos residentes em duas comunidades quilombolas de Sergipe.

A figura 13 mostra semelhança a partir de agrupamentos de palavras que estão relacionadas no *corpus* textual da comunidade quilombola Patioba. Observa-se que a partir da palavra central “Whoqol regular” houve uma relação mais forte entre as palavras “deficiência moderada”, “deficiência leve” e “limitação moderada”. Foram observados também outros três agrupamentos periféricos que mantêm conectividade à palavra central “whoqol regular”, porém com uma conexão mais fraca. Essas relações são: “TUG baixo risco” e “limitação leve”; “medicamento” e “quilombola feminino”; “andar” e “executar tarefas”.

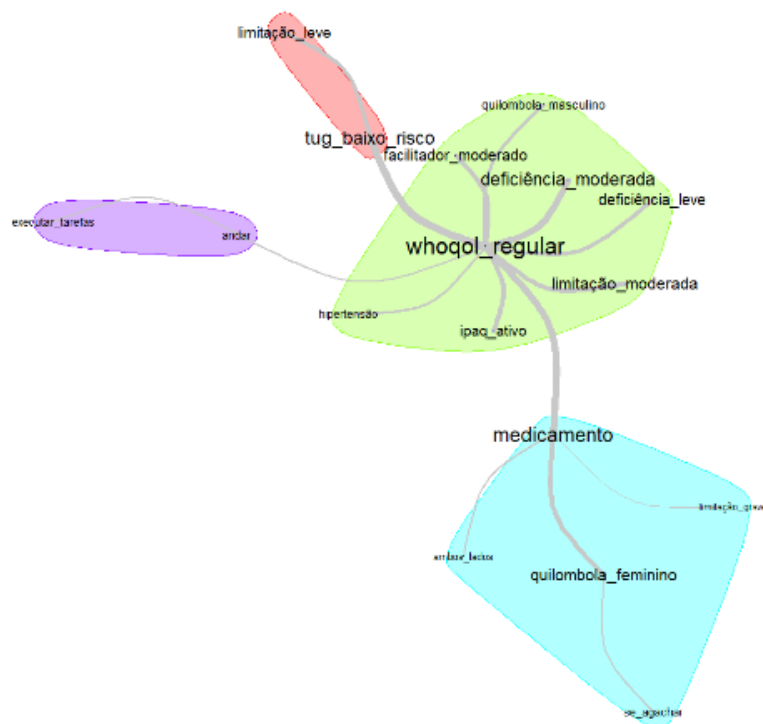


Figura 13. Análise de similitude do *corpus* textual da comunidade quilombola Patioba

No que diz respeito à análise de similitude da comunidade quilombola Maloca, a figura 14 aponta que dois agrupamentos de palavras estão diretamente relacionados à palavra central “quilombola feminino”. Os grafos mais fortes e próximos à palavra central desses agrupamentos correspondem às palavras “Whoqol regular” e “facilitador intenso”. Deve-se considerar também que as palavras “executar tarefas” e “TUG baixo risco” pertencem ao agrupamento da palavra central “quilombola feminino” e mantêm relações diretas com ela.

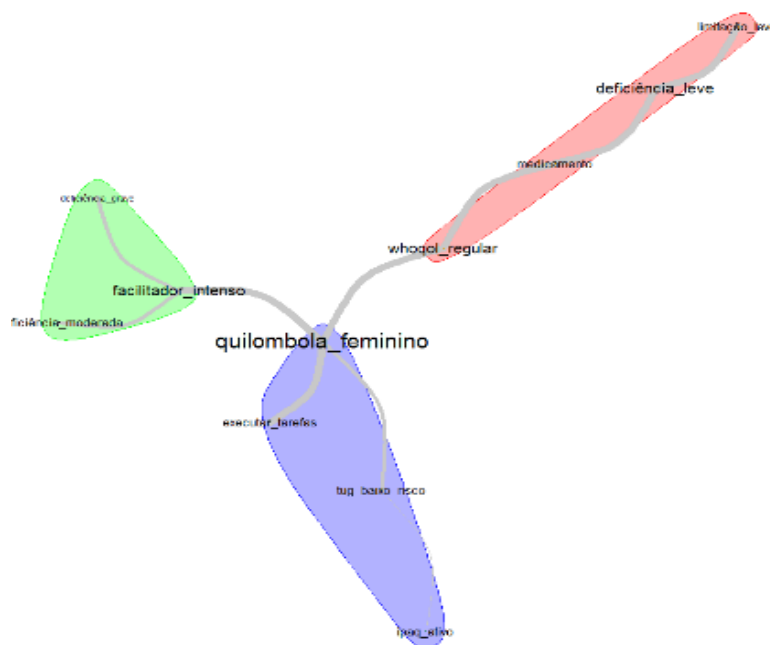


Figura 14. Análise de similitude do *corpus* textual da comunidade quilombola Maloca

7. DISCUSSÃO

A amostra desta pesquisa foi composta, em sua maioria, por idosos jovens das comunidades quilombolas Patioba e Maloca. Estudos demonstram uma expectativa de vida menor em idosos negros que vivem em área rural, devido a menor procura por auxílio médico e por apresentarem mais DCNT devido à dificuldade de acesso e pior qualidade do cuidado (GOERES *et al.*, 2016; OH *et al.*, 2018). A estratificação por sexo demonstrou que o número de mulheres prevaleceu neste estudo, que corroborou com a literatura que tem identificado a feminização da velhice ao longo dos anos, inclusive em comunidades quilombolas. Essa feminização pode estar relacionada ao fato de que as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens no Brasil, um dado que pode estar vinculado ao menor uso de álcool e tabaco, à menor exposição aos de riscos de acidentes de trânsito e à maior procura pelos serviços de saúde (WALLACE, 1996; TSANG *et al.* 2000, JESUS; AGUIAR, 2017; NEVES *et al.*, 2018; MAAS, 2020; BAUM *et al.*, 2021). Também se destacou nas comunidades avaliadas o predomínio dos idosos que vivem acompanhados. De acordo com Schmitz *et al.* (2021), os idosos que vivem acompanhados e têm uma grande rede de apoio estão protegidos quanto aos efeitos maléficos da solidão.

É fato que o envelhecimento populacional favorece o aumento das DCNT que, por sua vez, comprometem o bem-estar físico, mental, social e as habilidades funcionais. Assim, percebe-se uma crescente preocupação entre os profissionais de saúde com o impacto das doenças nas atividades diárias, na percepção da saúde e no

comprometimento funcional dos idosos, inclusive nos quilombolas (ZHAO *et al.*, 2018; ABDI *et al.*, 2019; DA SILVA *et al.*, 2020)

É notável o aumento do número de pesquisas sobre a avaliação dos aspectos da funcionalidade dos idosos e da qualidade de vida diretamente relacionados à saúde (McDOUGALL *et al.*, 2014; FONTES *et al.*, 2017; POSTMA *et al.*, 2018). Porém, estudos que avaliem esses aspectos em idosos quilombolas ainda são escassos (DA SILVA *et al.*, 2020). A CIF da OMS propõe uma forma de registro das informações sobre as condições e os estados de saúde das populações que classifica o impacto dessas condições em termos de funcionalidade. Tais classificações devem ser utilizadas de forma conjunta, favorecendo a realização de comparações em pesquisas, registros de dados, alimentação de sistemas de informação, elaboração de relatórios e estatísticas em saúde pública (LUNA *et al.*, 2020).

O *software* CIFSUS mostrou ser uma ferramenta útil para auxiliar essa classificação nos idosos quilombolas avaliados, devido à praticidade e agilidade no preenchimento dos *checklists*, além de promover uma linguagem universal sobre o estado de saúde da população examinada. Associada a outros instrumentos, a ferramenta facilitou a análise de conteúdo de seus itens e a compreensão dos resultados obtidos. A geração dos relatórios facilitou a análise dos dados. O aplicativo também demonstrou eficácia no quesito sustentabilidade. Foram necessários ajustes para um melhor funcionamento *off-line*, pois é pertinente essa abrangência no uso do aplicativo em regiões assistidas pelo SUS que não possuem acesso à internet. Tal particularidade foi relatada à empresa terceirizada, que providenciou as alterações imprescindíveis.

As classificações realizadas de acordo com as funções do corpo (b) da CIF demonstraram maiores disfunções nos grupos ortopedia, cardiorrespiratória; e ortopedia e cardiorrespiratória nas duas comunidades. Os itens funções relacionadas à mobilidade das articulações (b710) e força muscular (b730), nos idosos das comunidades estudadas, demonstraram maior comprometimento. Numa revisão da literatura foi observada que a força muscular é um preditor de mortalidade. A perda ocorre de maneira gradativa a partir da quinta década de vida (VOLAKLIS *et al.*, 2015). De acordo com Shumway-Cook *et al.* (2005), as limitações de mobilidade na maioria dos casos estão relacionadas com o processo de envelhecimento, devido às perdas de massa muscular e densidade óssea, além dos desgastes articulares, acentuados a partir dos 70 anos de idade.

Também foi possível averiguar que o aumento da pressão sanguínea (b4200) constatada nos idosos deste estudo assemelha-se aos achados observados nos estudos realizados em comunidades quilombolas do Maranhão e do Rio Grande do Sul (VARGA; CARDOSO, 2016; PAULI *et al.*, 2019). A Hipertensão Arterial Sistêmica

destaca-se entre as DCNT. Trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA – ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg), que apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle na população negra, além de ser considerada um dos maiores problemas de saúde pública, com associação frequente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) (PEREIRA, 2019).

A prevalência dessa comorbidade em negros está associada tanto a uma predisposição étnica, quanto à extrema vulnerabilidade social percebida através da baixa renda, baixa escolaridade e dificuldade no acesso a serviços de saúde de qualidade (AAMBO; KLEMSDAL, 2017; PAULI *et al.*, 2019). O estudo de Santos *et al.* (2019) em 15 comunidades quilombolas sergipanas corrobora essas informações, pois foi observada alto predomínio dessa doença nos participantes da pesquisa. Diante desse achado, os autores indicaram a necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde pela população negra. É notório que um acompanhamento e tratamento eficientes na Atenção Primária à Saúde (APS) geram resultados positivos de ações importantes na promoção da saúde, além de prevenir complicações decorrentes desse agravo (PORTELA, 2017).

Quanto ao qualificador da gravidade, do domínio Funções do Corpo, foram mais prevalentes deficiências leve e moderada nos idosos da Patioba; e moderada e grave nos participantes da Maloca, tanto no grupo de ortopedia quanto no grupo de ortopedia e cardiorrespiratória, o que é um dado preocupante. De acordo com O'YOUNG *et al.* (2019), o aumento da prevalência de deficiência com a idade reflete um acúmulo de riscos à saúde, incluindo doenças e lesões crônicas. Esses autores também referem que a deficiência em idosos é relativamente maior nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos, além de ser mais constatada em mulheres do que em homens.

Em relação ao domínio Estrutura do Corpo, os músculos do tronco (s7601) foram as alterações mais relatadas na comunidade Maloca e a articulação do joelho (s75011) foi a mais detectada na comunidade Patioba. No estudo realizado por Romero *et al.* (2018) foi constatado que a população residente em áreas urbanas apresentou prevalência levemente superior de problema crônico de coluna à dos residentes em áreas rurais. De acordo com Griffioen e Van Dieën (2020), as alterações musculares no tronco provenientes do envelhecimento, resultam num aumento da rigidez intrínseca e aumento da coativação antagônica com impacto no controle de tronco. A pesquisa de Teixeira *et al.* (2019) também evidenciou alta prevalência de dor nas costas (50,5%) numa população quilombola da Bahia. No caso dos quilombolas, é provável que o trabalho braçal vinculado ao esforço físico ao longo dos anos tenha contribuído para maiores queixas algicas e limitações funcionais.

Ainda em relação ao domínio Estrutura do Corpo, o terceiro qualificador apontou que “ambos os lados” foi mais evidente nas alterações anatômicas apresentadas pelos idosos das duas comunidades. Segundo Melo *et al.* (2017), as doenças musculoesqueléticas são prevalentes em idosos e os fatores associados podem ser de caráter intrínseco, tais como: idade avançada, sexo feminino, presença de comorbidades, fraqueza de membros inferiores, déficit de equilíbrio, diminuição de força de preensão e polifarmácia; ou extrínseco, que são relacionados ao estilo de vida, como peso corpóreo, sedentarismo, tempo de exposição ao tabaco, uso abusivo de álcool e deficiência de vitamina D. Os achados desta pesquisa corroboram os resultados de outros estudos que demonstraram comprometimento bilateral em idosos com alterações nas estruturas musculoesqueléticas (KUROWICKI *et al.*, 2020; WU *et al.*, 2020).

No que diz respeito aos achados estruturais da articulação do joelho, de acordo com HE *et al.* (2020), a osteoartrite é a doença articular mais comum na população idosa, caracterizada por uma falha que afeta todos os tecidos dentro e ao redor do órgão articular que favorece a degradação da cartilagem, espessamento subcondral, formação de osteófitos, graus variáveis de inflamação sinovial, degeneração dos ligamentos, hipertrofia da cápsula articular e mudanças nos músculos periarticulares, nervos e bursa. Imagens radiográficas demonstram que o estreitamento do espaço articular, aumenta em cada década, afetando 12,9% das pessoas entre 30 e 40 anos de idade e aumentando para 43,7% das pessoas acima de 80 anos.

De acordo com Hunt *et al.* (2020), as articulações mais acometidas pela osteoartrite são tibiofemoral (40%); quadril (14%); coluna vertebral (7%); membro superior (5%); tornozelo (5%) e patelofemoral (3%). No estudo de POLLARD *et al.* (2014) foi observado que o impacto negativo dessa doença foi maior na articulação do joelho no que diz respeito à idade, sexo e privação social. Segundo Da Silva *et al.* (2019), a osteoartrite é uma doença incapacitante principalmente nas atividades que exigem movimentos de joelhos. Assim sendo, pode-se considerar que a comunidade da Patioba está mais susceptível às alterações biomecânicas estruturais nos joelhos devido às atividades rurais repetitivas e pouco ergonômicas atreladas ao processo de envelhecimento.

No que se refere ao desempenho nas Atividades e Participação (d), observou-se que os idosos da Patioba e da Maloca apresentaram maior comprometimento para andar (d450) com predomínio dos qualificadores 1 (dificuldade leve) e 4 (dificuldade completa) respectivamente em cada comunidade. Na sequência, executar tarefas múltiplas (d2200) também foi prevalente nas duas comunidades seguida, na maioria, dos qualificadores 1 (dificuldade leve) e 4 (dificuldade completa). Outra atividade prevalente foi mudar posição básica do corpo (d410) com dificuldade moderada para

Patioba (qualificador 2) e dificuldade grave para Maloca (qualificador 4). Segundo Masson e Dallacosta (2019), deve-se considerar que mobilidade prejudicada é um dos eventos que mais interferem na saúde dos idosos, associada à redução de força e potência muscular, incapacidade e dependência na realização de diversas atividades da vida diária.

No que diz respeito ao domínio desempenho dos idosos da Patioba, a alteração estrutural no joelho pode ter desencadeado problemas que interferiram nas Atividades e Participação na categoria andar distâncias longas gerando deficiência moderada, além de causar impacto na funcionalidade do padrão da marcha. De acordo com Hafer *et al.* (2020), a literatura relata que a osteoartrite de joelho reduz a velocidade da marcha, diminui o comprimento da passada, favorece uma cadência mais alta, aumenta o tempo da fase de apoio e limita a flexão dessa articulação.

Ainda a respeito do desempenho nas Atividades e Participação, vale ressaltar que 50% da amostra da comunidade Maloca apresentou dificuldade completa nas três atividades que foram mais prevalentes. Deve-se considerar que essa comunidade apresentou 100% de deficiência no componente funções do corpo (b) nos três grupos avaliados por área de saúde (ortopedia; cardiorrespiratória e ortopedia e cardiorrespiratória). De acordo com Andrade *et al.* (2017), a funcionalidade, segundo a CIF, reflete a potencialidade do indivíduo, de atuar de forma independente em sua vida, e integra as diversas dimensões de saúde (individual, biológica e social). Quando são observados prejuízos à funcionalidade, pela presença de deficiências, limitação de atividade ou restrição à participação, resulta-se em incapacidade.

Neste sentido, a AFC associada à frequência relativa de especificidade das formas ativas das classes textuais permitiram a análise com perfil lexical, evidenciando adequação com a classificação da CIF, enquanto resultado quantitativo. As classes foram representativas das áreas de comprometimento expressadas nos quatro domínios da CIF e de acordo com Silva *et al.* (2013), podem sugerir palavras que representem as expressões do conteúdo estudado e duas dimensões no plano fatorial. Contribuem, assim, para análise de conteúdo e evidenciam as oposições lexicais (LEBLANC, 2015; PÉLISSIER, 2017).

A Função do Corpo induziu limitação moderada para movimento de várias articulações do tronco e agachar-se em mulheres da Patioba. Enquanto em homens, tanto da Patioba como da Maloca, divergiram quanto a limitação para esse movimento do tronco, que foi leve, precisando de medicamento como facilitador leve; entretanto, a limitação para agachar-se foi semelhante entre as mulheres, nas áreas ortopedia e cardiorrespiratória, associados ou não entre si. É provável que o quantitativo menor de moradores na Maloca seja a justificativa para pouca informação nas associações.

Segundo Aubert-Lotarski; Capdevielle-Mougnibas (2002) a AFC evidencia as oposições e diferenças apontadas no plano fatorial às aproximações e distanciamento em duas dimensões, reforçadas pelas tendências das distribuições das formas linguísticas da temática estudada (LEBART; SALEM, 1994).

Já a Análise de Similitude, segundo Leblanc (2015), as palavras podem ser agrupadas por especificidades, permitindo assim agrupar tendências textuais e comparar essas formas linguísticas. Nesse contexto, pode-se reescrever os três agrupamentos, segundo a CIF em: deficiência da CIF interferindo na execução de tarefas em ambos os lados; a função do corpo, em quilombolas feminino, com deficiência leve na estrutura do corpo, com facilitador moderado em agachar-se e andar por apresentar deficiência e limitação grave; e classificando medicamento na limitação moderada e leve em quilombolas masculinos hipertensos.

De acordo com Kahraman *et al.* (2019), é importante determinar declínios no funcionamento físico nos idosos de acordo com a estrutura da CIF, a fim de compreender e estudar os determinantes e as condições de saúde desse segmento populacional. Nesta pesquisa, foi possível constatar que os idosos com idade igual ou superior a 80 anos, residentes nas comunidades rural e urbana, apresentaram risco de quedas a partir do teste TUG. Esses achados estão em conformidade com a revisão integrativa realizada por Quintana (2013), que descreveu os componentes da CIF que identificam os idosos com risco de quedas. Estima-se que um terço dos idosos com mais de 65 anos que vivem na comunidade caem a cada ano. Essa proporção chega a 40% naqueles que têm 80 anos ou mais. O risco de quedas aumenta de acordo com o número de fatores de risco intrínsecos ou extrínsecos presentes em cada indivíduo.

De acordo com Khaw *et al.* (2017), o risco de queda é proporcional ao número de fatores de risco presentes em cada indivíduo. São diversas as causas de quedas em idosos e elas podem estar associadas. Os fatores responsáveis por esses eventos são classificados em intrínsecos, que dizem respeito às alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, às doenças e aos efeitos causados pelo uso de medicamentos; já os fatores extrínsecos estão relacionados às circunstâncias sociais e ambientais que predis põem perigos ao idoso, principalmente àquele que apresenta alguma deficiência de equilíbrio e marcha. É importante ressaltar que a maioria das quedas ocorrem em atividades rotineiras, por isso precisam ser consideradas as condições que favoreçam o idoso escorregar, tropeçar, pisar em falso ou esbarrar (em objetos, pessoas ou animais).

Embora a gravidade da disfunção motora tenha influência importante no desempenho das atividades e participação dos idosos avaliados, os fatores ambientais também contribuem de forma direta, quer seja de maneira facilitadora ou como barreira.

Nas amostras estudadas foram notificadas duas categorias: e310 (família próxima) na Patioba e Maloca; e e1101 (medicamentos) na Patioba. Ambas as comunidades apresentaram qualificadores que são facilitadores, moderado na Patioba e intenso na Maloca, para essas categorias.

Segundo Schimitz *et al.* (2021), as relações sociais são cruciais para o bem-estar dos idosos, pois o sentimento de solidão tem íntima relação com a depressão nessa população. Mesmo que o idoso não conviva mais com seu cônjuge, é necessário que ele busque outro apoio social, onde se inclui as redes de apoio social e o suporte social, como um fator importante na prevenção do isolamento social e como uma medida necessária para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Apesar do uso de medicamentos ter sido citado como um fator ambiental facilitador tanto como leve, moderado e intenso para os idosos avaliados, é importante salientar o cuidado necessário quanto à polifarmácia no idoso. Deve-se considerar que o envelhecimento predispõe a um maior uso simultâneo de medicamentos devido às DCNT. Porém, cabe à família e aos profissionais envolvidos no cuidado do idoso a prudência em perceber se há iatrogenia nessa utilização. No estudo de Lopes *et al.* (2016), foi observada alta prevalência de utilização de medicamentos inapropriados pelos idosos, que podem gerar consequências clínicas relevantes para a saúde pública devido ao risco de eventos adversos e impacto negativo na funcionalidade dessa população. De acordo com Nascimento *et al.* (2017), a polifarmácia é uma realidade na população atendida no âmbito da atenção primária do SUS e pode estar relacionada ao uso exagerado de medicamentos. O principal desafio para qualificar a atenção em saúde é garantir que a prescrição de múltiplos medicamentos seja apropriada e segura.

Outra constatação deste estudo foi que o sexo feminino tem maior predisposição a quedas, corroborando achados prévios (GALE *et al.*, 2016; KATO *et al.*, 2019). Cabe destacar que quedas e traumas na idade geriátrica são mais frequentes em mulheres do que em homens e a proporção aumenta com a idade. Entre as comorbidades típicas da velhice, a osteoporose causa uma preponderância feminina na prevalência de fraturas, devido à redução da massa óssea resultante dos efeitos pós-menopausa (GIOFFRÈ-FLORIO *et al.*, 2018). Embora as quedas sejam prevalentes no sexo feminino, deve-se considerar que a literatura aponta esses eventos como fatores de risco importantes para incapacidade funcional e mortalidade em homens também. (HUNG *et al.*, 2017; STUART *et al.*, 2018).

No que diz respeito ao tempo do teste TUG, foi observada uma média alta para ambas as comunidades, que reiterou o alto risco de queda nos idosos desta pesquisa. De acordo com a revisão sistemática realizada por Christopher *et al.* (2019), o TUG é um teste clinicamente útil, aplicável e confiável em pessoas de diversas faixas etárias,

com ou sem incapacidades funcionais em todo o processo de atendimento clínico. Porém, é mais utilizado na população geriátrica, a fim de constatar risco de quedas e sarcopenia (BISCHOFF *et al* 2003; BOHANNON 2006; CRUZ-JENTOFT *et al.*2019; NIGHTINGALE *et al* 2019; LONG *et al.* 2020).

Outro achado relevante neste estudo foi a constatação da similaridade do nível de classificação de atividade física dos idosos avaliados nas duas comunidades, no que diz respeito ao sedentarismo e à atividade física insuficiente. Esse dado corrobora a pesquisa de Rodrigues *et al.* (2020), que constatou nível insuficiente de atividade física em idosos quilombolas baianos. Segundo Cunningham *et al.* (2020), muitos idosos têm um estilo de vida inativo porque acreditam que o envelhecimento em si já é caracterizado por declínios rápidos nos níveis de atividade física, perda da mobilidade e dependência funcional.

Estudos demonstram que essas alterações podem estar associadas às mudanças fisiológicas provenientes do próprio envelhecimento, como redução de força muscular, flexibilidade, velocidade da marcha, cadência da marcha, comprimento do passo, aumento de largura da base, alteração do equilíbrio, redução do número de fibras musculares em especial fibras do tipo II e da potência muscular, maior tempo de permanência em apoio duplo, redução da massa óssea, da velocidade de condução nervosa, da intensidade dos reflexos, das respostas motoras e da capacidade de coordenação (ALVES *et al.*, 2018; DAVIES *et al.*, 2019., AKEHURST *et al.*, 2021). Diversas pesquisas têm apontado a inatividade física como uma pandemia cara que está associada a uma carga substancial de doenças crônicas, que podem gerar sarcopenia e síndrome da fragilidade, comuns nos idosos acima dos 80 anos de idade (DALLMEYER *et al.*, 2017; DING *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Nesta pesquisa também foi observada correlação entre o nível de atividade física leve e moderada e o risco de quedas nos idosos residentes na comunidade rural. As atividades mais executadas por esses idosos foram a caminhada, as atividades domésticas e laborativas, contudo não foram suficientes para proporcionarem melhora no equilíbrio, velocidade da marcha e resistência muscular, que são fatores que interferem diretamente no nível da atividade física. Essa correlação encontra justificativa na contraposição em que diversas pesquisas nacionais e internacionais evidenciam a importância dos exercícios resistidos, como a prática da musculação, no aumento da força muscular devido ao ganho de massa muscular que favorece o equilíbrio estático, dinâmico e estabilidade durante a marcha (CSAPO, ALEGRE, 2015; OLIVEIRA-NETA *et al.*, 2016; GRGIC *et al.*, 2020; MONTEIRO *et al.*, 2020).

Em relação aos domínios de qualidade de vida avaliados, observamos que não houve diferença estatística significativa entre as duas comunidades quilombolas.

Porém, constatamos que o domínio “Relações Sociais” apresentou a maior média no escore em ambas as comunidades, indicando que os idosos do nosso estudo têm boas redes de apoio social. Esse resultado corrobora os estudos realizados em idosos de comunidades quilombolas rurais do norte e nordeste do Brasil; e de uma comunidade urbana no sudeste do país (TAVARES, DIAS, 2012; SANTOS *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2018; SARDINHA *et al.*, 2019).

Os resultados do estudo de Schimitz *et al.* (2021), demonstraram que os idosos que não tinham cônjuges ajustaram suas redes sociais para atender às suas necessidades na ausência desse relacionamento, pois tinham a necessidade de estarem bem integrados às suas famílias e ao seu meio social, a fim de evitar a solidão. De acordo com os trabalhos de Pinto e Oliveira (2015) e Tavares *et al.* (2012), as pessoas idosas que mantêm um bom envolvimento social com as suas famílias e com a sua rede de apoio, têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrar melhor a capacidade de se recuperar das doenças, favorecendo assim a sua qualidade de vida; enquanto o isolamento social é fator de risco para a morbidade e mortalidade.

O domínio com menor escore avaliado pela comunidade Maloca foi o “Psicológico”, enquanto na comunidade Patioba foi o “Meio Ambiente”. Deve-se considerar que a comunidade Maloca está inserida numa região urbana que, por si só, sugere que o fenômeno da urbanização introduzido pela expansão urbana ocasiona fragilidades que promovem vulnerabilidades no sistema biofísico ou econômico-social-ambiental, de modo que um gere influência no outro no campo das respostas às vulnerabilidades, que podem permitir, ou não, uma capacidade de recuperação através da resiliência (CABRAL, CÂNDIDO, 2019). Os quilombolas que vivem em áreas urbanas, ainda se encontram em situação de maior vulnerabilidade social porque as condições de vida são mais precarizadas, pois lutam pelo direito ao território, recebem baixos salários, encontram dificuldade para se aposentar e têm acesso restrito a serviços de saúde de boa qualidade, além de estarem propensos a depressão (GONÇALVES, ANDRADE, 2010; RIBEIRO, ARAÚJO, 2016; BATISTA, 2019; IPEA, 2019; PEREIRA, MUSSI; 2020).

Por outro lado, a justificativa para a pior avaliação da comunidade Patioba no domínio “Meio Ambiente” pode basear-se na problemática que gira em torno dos procedimentos de titulação de suas terras, de infraestrutura (água, saneamento básico, energia e redes de comunicação), distanciamento geográfico para aquisição de bens e serviços e o tempo necessário para os deslocamentos que se traduz numa maior dificuldade de acesso a transporte (CANTANHADE-FILHO, 2006; OLIVEIRA, D’ÁBADIO, 2015; GARBACCIO *et al.*, 2018). Essas interferências são condizentes com os achados da pesquisa realizada por Santos *et al.* (2016) em comunidades rurais

quilombolas localizadas no sul da Bahia. Também foram constatadas que as principais demandas do quilombo rural Kalunga no estado de Goiás estão relacionadas à titulação das terras, às questões de infraestrutura, conservação ambiental, saúde e educação (FEITOSA *et al.*, 2021).

O domínio “Físico” apresentou o segundo menor escore médio em ambas as comunidades. Esse resultado aponta para um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos das amostras, no mesmo sentido dos achados de Bortolotto *et al.* (2018) que constatou uma pobre qualidade de vida nesse domínio em idosos que residiam em áreas rurais do município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul. Cabe ressaltar que a dimensão da saúde física é um dos principais indicadores da qualidade de vida das pessoas. Isso inclui atividades da vida diária, estado de mobilidade, fadiga, dor no corpo e qualidade do sono. Idosos que têm a capacidade funcional comprometida apresentam alterações físicas importantes e medo de cair, fatores que favorecem a dependência física e gera uma pior qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1998; POWER *et al.*; 2005; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009; TROMBETTI *et al.*; 2016). Nesse sentido, vale ressaltar o estudo de Maniragaba *et al.* (2019) que evidenciou em sua amostra de idosos, que vivem em zona rural, que a prática da atividade física promoveu uma boa saúde física naquela população, mesmo nos indivíduos mais velhos.

Baseado nos resultados apresentados, algumas limitações devem ser consideradas. O uso do *software* CIFSUS proporcionou agilidade na avaliação da funcionalidade de idosos de comunidades quilombolas no âmbito biopsicossocial. A geração dos relatórios fornecidos por meio do *software* facilitou a análise dos dados apurados. Ademais, a possibilidade de sua utilização no modo *off-line* permitiu a avaliação de pessoas que residem em localidades sem acesso à internet. A diferença do tamanho das amostras não permitiu uma análise através de testes estatísticos mais detalhados. A distinção de idade entre as duas comunidades também interferiu na análise.

Outro ponto relevante foi a dificuldade de acesso aos idosos residentes na comunidade urbana que resultou em diversas idas da equipe a determinados domicílios. Também há de se considerar a contribuição deste estudo na classificação da funcionalidade e incapacidade dos idosos quilombolas das comunidades Patioba e Maloca, com o intuito de direcionar os resultados da pesquisa às respectivas unidades básicas de saúde, a fim de propor soluções pertinentes de promoção à saúde desses indivíduos através de programas específicos de atividade física com educadores físicos e fisioterapeutas que visem melhorar a capacidade funcional e possibilitar melhor funcionalidade e independência dos idosos, como também ministrar palestras instrutivas de prevenção de quedas.

8. CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria dos idosos acima de 80 anos das comunidades Patioba e Maloca apresentou risco de quedas. Foram identificadas alterações funcionais tais como pressão arterial aumentada, mobilidade das articulações, força muscular, padrão de marcha que estão relacionadas às alterações estruturais que envolvem a articulação do joelho e músculos do tronco com impacto no desempenho das atividades que exigem maior mobilidade, como andar e executar tarefas múltiplas.

Essas alterações resultaram em deficiências moderadas a graves que podem ter interferido de forma negativa na qualidade de vida desses idosos, principalmente no que diz respeito aos domínios “Físico”, “Psicológico” e “Meio Ambiente”. Por outro lado, observou-se que o apoio da família causou um impacto positivo no domínio “Relações Sociais”. Ainda assim, o déficit quanto à funcionalidade e à qualidade de vida impactou na independência e autonomia.

Também foi possível observar associação significativa entre o nível de atividade física e risco de quedas nos idosos das comunidades quilombolas estudadas. Assim, quanto maior a duração e a intensidade da atividade física, menor o risco de quedas. Vislumbrou-se que as variáveis idade e sexo também influenciam na ocorrência de quedas. Por isso, é importante a implementação de políticas públicas que incluam ações de estímulo à realização de atividade física regular nestas comunidades de maior intensidade, para minimizar o risco de quedas e agravos decorrentes do processo de envelhecimento fazendo-se necessária a ampliação de estratégias públicas e do acesso à saúde em todos os seus âmbitos, oferecidos aos indivíduos quilombolas em estudo, por tratar-se de uma faixa etária vulnerável, que necessita de atenção especializada voltada às suas especificidades, visando melhoria nos indicadores de saúde.

9. REFERÊNCIAS

- AAMBO, A.; KLEMSDAL, T.O. Cardiovascular disease and diabetes in patients with African or Asian background. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2017; 137 (22): 1-9.
- ABDI, S.; SPANN, A.; BORILOVIC J.; WITTE, L.; HAWLEY, M. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorization using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatri* 2019; 19:195.
- ABREU, I.S.; BUSSINGUER, E.C.A. O racismo ambiental no Brasil e seus reflexos na saúde: uma análise do uso do corante caramelo. *Opinião Jurídica* 2017; 16(32): 229-243.
- AGÊNCIA BRASIL. *População residente em área indígena e quilombola supera 2,2 milhões* [on-line]. 2021 [acessado em 18 fev 2022]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-10/populacao-residente-em-area-indigena-e-quilombola-supera-22-milhoes>.

- AKEHURST, E.; SCOTT, D.; RODRIGUEZ, J.P.; GONZALEZ, C.A.; MURPHY, J.; MCCARTHY, H.; *et al.* Associations of sarcopenia components with physical activity and nutrition in Australian older adults performing exercise training. *BMC Geriatrics* 2021; 21 (1): 276.
- ALLET, L.; BÜRGE, E.; MONNIN, D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Advances in Physiotherapy* 2008; 10: 127-137.
- ALMEIDA, M.S.C.; SOUSA-FILHO, L.F.; RABELLO, P.M.; SANTIAGO, B.M. Classificação Internacional das Doenças – 11^a revisão: da concepção à implementação. *Rev Saúde Pública* 2020; 54: 104.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.D.C.; MACHADO, C.J. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13:1199–1207.
- ALVES, R.A.; JÚNIOR-LOMBARD, I.; AGNER, V. F.C. Nível de atividade física e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Rev Pesq Fisio* 2018; 8 (4): 518-527.
- ANDRADE, L.E.L.; OLIVEIRA, N.P.D.; RUARO, J.A.; BARBOSA, I.R.; DANTAS, D.S. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde Debate* 2020; 41(114):812-823.
- ARAÚJO, A.S.; ANJOS, D.R.; E SILVA, R.S.; SANTOS, M.A.S.; MARTINS, C.M.; ALMEIDA, R.H.C. Análise socioeconômica de agricultores da comunidade quilombola do Abacatal, Ananindeua, estado do Pará, Brasil. *Biota Amazônia* 2017; 7(1): 30-37.
- ARAUJO, E.S. *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública; 2008.
- AUBERT-LOTARSKI, A. CAPDEVIELLE-MOUGNIBAS, V. Dialogue méthodologique autour de l'utilisation du logiciel Alceste en sciences humaines et sociales: "lisibilité" du corpus et interprétation des résultats. In: Actes des 6^{ème} Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles; 2002. p. 45-56.
- AURÉLIO-NETO, O. A pecuária tradicional como forma de (re) existir no campo: o gado Curraleiro no Território Quilombola Kalunga, na região nordeste de Goiás. *Élisée* 2016; 5(1): 57-77.
- BADLEY, E.M. An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Disabil Rehabil*, 1993; 15 (4): 161-178.
- BALLESTEROS, S.M.; MORENO-MONTOYA, J. Individual- and state-level factors associated with functional limitation prevalence among Colombian elderly: a multilevel analysis. *Cad Saúde Pública* 2018; 34 (8): e00163717.
- BARRA, D.C.C.; ALMEIDA, S.R.W., SASSO, G.T.M.D.; PAESE, F.; RIOS, G.C. Metodologia para modelagem e estruturação do processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25 (3): e2380015.
- BARRA, D.C.C.; PAIM, S.M.S.; SASSO, G.T.M.D.; COLLA, G.W. Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26 (4): e2260017.
- BARRETO, M.C.A.; ANDRADE, F.G.; CASTANEDA, L.; CASTRO, S.S. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. *Acta Fisiátrica* 2021; 28(3): 207-213.

- BARROS, M.B.A. Social inequality in health revisiting moments and trends in 50 years of publication of RSP. *Rev Saúde Pública* 2017; 51 (17): 1-8.
- BATISTA, P.C. O quilombismo em espaços urbanos – 130 anos após a abolição. *Extraprensa* 2019; 12: 397-416.
- BATTISTELLA, L.R.; BRITO, C.M.M. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica* 2002; 9(2): 98-101.
- BAUM, F.; MUSOLINO, C.; GESESEW, H.A.; POPAY, J. New Perspective on Why Women Live Longer Than Men: An Exploration of Power, Gender, Social Determinants, and Capitals. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 661.
- BERTOLOTTO, C.C.; MOLA, C.L.; TOVO-RODRIGUES, L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica* 2018;52 Supl 1:4s.
- BICKENBACH, J.E.; CHATTERJI, S.; BADLEY, E.M.; ÜSTÜN, T.B. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*; 1999 48: 1173-1187.
- BISCHOFF, H.A.; STAHELIN, H.B.; MONSCH, A.U.; IVERSEN, M.D.; WEYH, A.; VON DECHEND, M., *et al.* Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age and Ageing* 2003; 32: 315-320.
- BIZ, M.C.P.; CHUN, R.Y.S. Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center. *CoDAS* 2020; 32 (2): e20190046.
- BOHANNON, R.W. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 2006; 29(2): 64-8.
- BORRET, R.H.; SILVA, M.F.; JATOBÁ, L.R.; VIEIRA, R.C.; OLIVEIRA, D.O.P.S. "A sua consulta tem cor?" Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020; 15(42):2255.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. MS. 2017; 44 p.
- BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica* 2016; 10 (1): 29-31.
- BUÑUALES, M.T.J.; DIEGO, P.G.; MORENO, J.M.M. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Pública*, 2002; 76 (4): 271-279.
- BURGER, J.; LUBBE, M.; SERFONTEIN, J.; ELLIS, S. A cross-sectional analysis of the association between age and gender and prescribed minimum benefit chronic disease list conditions among South Africans with concomitant hypertension, diabetes and dyslipidaemia. *African Health Sciences* 2017; 17(1): 88-98.
- CABRAL, L.N.; CÂNDIDO, G.A. Urbanização, vulnerabilidade, resiliência: relações conceituais e compreensões de causa e efeito. *Rev Bras Gest Urbana* 2019; 11: e20180063.
- CALDERÓN-LARRAÑAGA, A.; VETRANO, D.L.; ONDER, G.; GIMENO-FELIU, L.A.; COSCOLLAR-SANTALIESTRA, C.; CARFÍ, A.; *et al.* Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2017; 72 (10): 1417-1423.

CAMPOS, A.C.V.; ALMEIDA, M.H.M.; CAMPOS, G.V.; BOGUTCHI, T.F. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016; 19(3): 545-559.

CANTANHADE-FILHO, A.; CARNEIRO, A.F.T.; AYALA, C.; CICCARONE, C.; BULHÕES, D.B.; SANTOS, F.L.A. *Incra e os desafios para regularização dos territórios quilombolas: algumas experiências* [on-line]. 2006 [acessado em 19 nov 2021]. Disponível em: https://www.suelourbano.org/wpcontent/uploads/2017/09/Incra_e_os_desafios_para_regularizacao-de-territorios-quilombolas.pdf.

CARVALHO, B.V.; MELLO, C.H.P. Aplicação do método ágil *scrum* no desenvolvimento de produtos de *software* em uma pequena empresa de base tecnológica. *Gest Prod* 2012; 19 (3): 679-687.

CASO, N.G. *Scrum: development process* [on-line]. 2004 [acessado 25 jan 2021]. Disponível em: http://apit.wdfiles.com/local--files/start/02_apit_scrum.pdf.

CASTRO, S.S.; CASTANEDALL, L.; ARAÚJO, E.S.; BUCHALLA, C.M. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre os instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19 (3): 679-687.

CHEHUEN-NETO, J.A.; FONSECA, G.M.; BRUM, I.V.; DOS SANTOS, J.L.C.T.; RODRIGUES, T.C.G.F.; PAULINO, K.R.; *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20 (6): 1909-1916.

CHIAVEGATTO-FILHO, A.D.P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 2013; 29(8):1572-1582.

CHRISTOPHER, A., KRAFT, E., OLENICK, H.; KIESLING, R.; DOTY, A. The reliability and validity of the Timed Up and Go as a clinical tool in individuals with and without disabilities across a lifespan: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2019; 43(13): 1799-1833.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; MEINÃO, I.; QARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 2002; 34:205-210.

CIEZA, A.; BROCKOW, T.; EWERT, T.; AMMAN, E.; KOLLERITS, B.; CHATTERJI, S.; ÜSTÜN, T.B.; STUCK, G. Linking health-status measurements to the international. *J Rehabil Med* 2002; 34: 205-210.

CONAQ. *Terra titulada, liberdade conquistada e nenhum direito a menos!* [on-line]. 2019 [acessado em 18 fev 2022]. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/so-cerca-de-5-das-32-mil-comunidades-quilombolas-reconhecidas-no-brasil-sao-demarcadas>.

CORDIOLI-JUNIOR, J.R.; CORDIOLI, D.F.C.; GAZETTA, C.E.; SILVA, A. G.; LOURENÇÃO, L.G. Quality of life and osteomuscular symptoms in workers of primary health care. *Rev Bras Enferm* 2020, 73 (5): e 201190054.

CORTEZ, A.C.L.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L.; DANTAS, E.H.M. Revisão: aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enferm Bras* 2019; 18(5): 700-709.

COSCO, T.D.; HOWSE, K.; BRAYNE, C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 26 (6): 579-583.

CRUZ-JENTOFT, A.J.; BAHAT, G.; BAUER, J.; BOIRIE, Y.; BRUYÈRE, O.; CEDERHOLM, T. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019; 48(1):16-31.

CSAPO, R.; ALEGRE, L.M. Effects of resistance training with moderate vs heavy loads on muscle mass and strength in the elderly: A meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports* 2016; 26(9): 995-1006.

CUNNINGHAM, C.; SULLIVAN, R.; CASEROTTI, P.; TULLY, M.A. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports* 2020; 30(5): 816-827.

DA SILVA, G.C.; CAVALCANTE-NETO, J.L. Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women. *Work*, 2019; 62(1): 97-106.

DA SILVA, G.M.; SOUZA, B.O. Quilombos e a Luta contra o Racismo no Contexto da Pandemia. *Boletim de Análise Político-Institucional* 2021; 26: 85-91.

DA SILVA, G.S.; DA SILVA, V.J. Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Revista Mosaico* 2014; 7 (2): 191-200.

DA SILVA, J.V.F.; DA SILVA, E.C.; RODRIGUES, A.P.R.A.; MIYAZAWA, A.P. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 2015; 2(3): 91-100.

DA SILVA, V.R.O.; DA CUNHA, R.S.; PENA, J.L.C.; DE ALMEIDA, A.N.F.; RODRIGUES, E.T.A.F.; NEMER, C.R.B.; *et al.* Capacidade funcional e esperança de vida em idosos quilombolas. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 (Suppl 3): e20190531.

DA SILVA, W.R.; BONAFÉ, F.S.S.; MARÔCO, J.; FELISMINO, B.; MALOA, S. Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Instrumental – abbreviated version in Portuguese speaking adults from three different countries. *Trends Psychiatry Psychother* 2018; 40 (2): 104-113.

DALLMEYER, S.; WICKER, P.; BREUER, C. How an aging society affects the economic costs of inactivity in Germany: empirical evidence and projections. *Eur Rev Aging Phys Act* 2017; 17 (14):18.

DAMASCENO-JÚNIOR, J.B; FURTADO, M.L.S. Agricultura tradicional e os sistemas econômicos quilombolas de Juçaral dos Pretos – Presidente Juscelino – MA. *PRACS* 2020; 13 (2): 165-174.

DAVIES, K.A.B.; SPRUNF, PICKLES, S.; SPRUNG, V.S.; KEMP, G.J.; ALAM, U.; MOORE, D.R. *et al.* Reduced physical activity in young and older adults: metabolic and musculoskeletal implications. *Ther Adv Endocrinol Metab* 2019; 19 (10): 1-15.

DAWALIBI, N. W. ANACLETO, G.M.C; WITTER, C. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudo psicol (Campinas)* 2013; 30 (3): 393-403.

DE ALMEIDA, C.B.; SANTOS, A.S., VILELA, A.B.A.; CASOTI, C.A. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Av Enferm*; 2019; 37 (1): 92-103.

DE ALMEIDA, M.R.C. Escravidão indígena e trabalho compulsório no Rio de Janeiro colonial. *Revista Mundos do Trabalho* 2014; 6 (12): 11-25.

DE FREITAS, M.R.F.; TEIXEIRA, E.P.; FIGUEIREDO, A.C.M.G. Problema/Dor articular e atividade de tempo livre em quilombo baiano, Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 2016; 15 (1): 68-72.

DI CIAULA, A.; PORTINCASA, P. The environment as a determinant of successful aging or frailty. *Mech Ageing and Dev* 2020; 188: 111244.

DI NUBILA, H.B.V.; Buchalla, C.M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*, 2008; 11(2): 324-335.

DIEESE. *Quem são os idosos brasileiros? Boletim Especial* [on-line] 2020 [acessado em 12 out 2021]. Disponível em: dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html.

DING, D.; KOLBE-ALEXANDER, T.; NGUYEN, B.; KATZMARZYK, P.T.; PRATT, M.; LAWSON, K.D. The economic burden of physical inactivity: a systematic review and critical appraisal. *Br J Sports Med* 2017; 51(19):1392-1409.

ESPÍRITO SANTO, F.T.S. *Quilombo urbano Maloca: territorialidade e ressignificação de processos identitários* [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2011.

ESTEBASARI, F.; DASTOORPOOR, M; KHALIFEHKANDI, Z.R.; NOURI, A.; MOSTAFAEI, D. HOSSEINI, M.; Hosseini; ESMAEILI, R.; AGHABABAEIAN, H. The Concept of Successful Aging: A review article. *Current Aging Science*, 2020; 13: 4-10.

EWERT, T.; FUESSL, M.; CIEZA, A.; ANDERSEN, C.; SOMNATH, C.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med* 2004; Suppl. 44: 22–29.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA-JUNIOR, M.L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 93-99.

FEITOSA, F.R.S.; DE CASTILHO, C.J.; FACCIOLI, G.G.; LACERDA, R.S. Panorama dos quilombos sergipanos: condições de vida e vulnerabilidades. *NURBA* 2021; 7(1): 90-116.

FEITOSA, F.R.S.; DE CASTILHO, C.J.; LACERDA, R.S. Comunidades quilombolas e políticas públicas: invisibilidade ou inclusão? *Rev Equador* 2021; 10(3): 45-60.

FERNANDES, S.L.; GALINDO, D.C.G.; VALENCIA, L.P. Identidade quilombola: atuações no cotidiano de mulheres quilombolas no agreste de Alagoas. *Psicol Estud* 2020; 25: e45031.

FERREIRA, D.P.; GOMES-JUNIOR, S.C.S.G. Mobile applications developed for children and adolescents experiencing chronic health conditions: an integrative review. *Interface (Botucatu)* 2021; 25(17): e200648.

FLECK, M.P.A.; FACHEL, O.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21: 19-28.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de

avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.

FONG, J.H. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatrics* 2019; 19:323.

FONSÊCA, H.J.; SILVA, Z.P. Quilombos: escravidão e resistência. *ODEERE* 2020; 5(9): 234-250.

FONTES, A.P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M.A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública* 2010; 28(2): 171-178.

FONTES, A.P.; FERNANDES, A.A.; BOTELHO, M.A.; PAPOILA, A.L. Proposta de um *Core Set* abreviado de avaliação da funcionalidade em cuidados pós-agudos geriátricos. *Port J Public Health* 2017; 35:101-113.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. *Tabela de CRQ completa* [on-line]. 2020 [acessado em 11 nov 2020]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-se-20072020.pdf>.

FURTADO, M.B.; SUCUPIRA, R.L.; ALVES, C.B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade*, 2014; 26(1): 106-115.

GAITANIDIS, A.; DIMITRIADOU, A.; DOWSE, H.; SANYAL, S.; DUCH, C.; CONSOULAS, C. Longitudinal assessment of health-span and pre-death morbidity in wild type *Drosophila*. *Aging* 2019; 11 (6): 1850-1873.

GARBACCIO, J.L.; TONACO, L.A.B., ESTÊVÃO, W.G.; BARCELOS, B.J. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(suppl 2): 776-84.

GAUDIO, E.S. Resenha do livro “O que é racismo estrutural?” de Silvio Almeida. *Revista Humanidades e Inovação* 2019; 6(4): 213-217.

GIANNICO, V.; SPANO, G.; ELIA, M.; D’ESTE; SANESI, G.; LAFORTEZZA, R. Green spaces, quality of life, and citizen perception in European cities. *Environ Res* 2021; 196: 110922.

GIOFFRÈ-FLORIO, M.; MURABITO, L.M.; VISALLI, C.; PERGOLIZZI, F.P.; FAMÀ, F. Trauma in elderly patients: a study of prevalence, comorbidities and gender differences. *G Chir* 2018; 39 (1): 35-40.

GOERES, L.M.; GILLE, A.; FURUNO, J.P.; ERTEN-LYONS, D., HARTUNG, D.M.; CALVERT, J.F., *et al.* Rural-urban differences in chronic disease and drug utilization in older Oregonians. *J Rural Health* 2016; 32(3): 269–279.

GOES, E.F.; RAMOS, D.O.; FERREIRA, A.J.F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde* 2020; 18(3): e00278110.

GONÇALVES, V.C.; ANDRADE, K.L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(2): 289-299.

GRAY, D.B.; HENDERSHOT, G.E. The ICDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. *Arch Phys Rehabil* 2000; 81: Suppl 2.

GRGIC, J.; GAROFOLINI, A.; ORAZEM, J.; SABOL, F.; SCHOENFELD, B.J.; PEDISIC, Z. Effects of Resistance Training on Muscle Size and Strength in Very Elderly Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Sports Med* 2020; 50 (11): 1983-1999.

GRIFFION, M.; VAN DIEEN, J.H. Effects of age and sex on trunk motor control. *J Biomech* 2020; 26 (102): 109607.

GROESSL, E.J.; KAPLAN, R.M.; REJESKI, W.J.; KATULA, J.A.; GLYNN, N.W.; KING, A.C.; et al. Physical Activity and Performance Impact Long-term Quality of Life in Older Adults at Risk for Major Mobility Disability. *Am J Prev Med* 2019; 56(1): 141–146.

HAFER, J.F.; PROVENZANO, S.G.; KERN, K.L.; AGRESTA, C.E.; GRANT, J.A.; ZERNICKE, R.F. Measuring markers of aging and knee osteoarthritis gait using inertial measurement units. *J Biomech* 2020; 23 (99): 109567.

HARALDSTAD, K.; WAHL, A.; ANDENAES, R.; ANDERSEN, R.; ANDERSEN, J.R.; ANDERSEN, M.H.; BEISLAND, E. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res* 2019; 28(10): 2641-2650.

HE, Y.; LI, Z.; ALEXANDER, P.G.; OCASIO-NIEVES, B.D.; YOCUM, L.; LIN, H.; TUAN, R.S. Pathogenesis of osteoarthritis: risk factors, regulatory pathways in chondrocytes, and experimental models. *Biology* 2020; 9(8), 194.

HUNG, C.; WANG, C.; TANG, T.; CHEN, L.; PENG, L. Recurrent Falls and Its Risk Factors among Older Men Living in the Veterans Retirement Communities: A Cross-Sectional Study. *Arch Gerontol Geriatr* 2017; 70: 214-218.

HUNT, M.A.; CHARLTON, J.M.; ESCULIER, J.F. Osteoarthritis year in review 2019: mechanics. *Osteoarthritis Cartilage* 2020, 28(3):267-274.

IBGE. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. 2013 [acessado em 15 ago 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>

IMAGAMA, S.; ANDO, K.; KOBAYASHI, K.; MACHINO, M.; TANAKA, S.; MOROZUMI, M.; et al. Differences of locomotive syndrome and frailty in community-dwelling middle-aged and elderly people: pain, osteoarthritis, spinal alignment, body balance, and quality of life. *Modern Rheumatology* 2020; 30 (5): 921-929.

INCRA. *Territórios Quilombolas* [on-line]. 2019 [acessado em 11 nov 2020]. Disponível em: https://www.gov.br/incra/pt-br/assuntos/governanca-fundiaria/andamento_processos.pdf.

IPEA. **A questão de gênero na idade para a aposentadoria no Brasil: elementos para o debate**. EPUB. 2019; 86 p.

JACOB, M.E.; MARRON, M.M.; BOUDREAU, R.M.; ODDEN, M.C.; ARNOLD, A.M.; NEWMAN, A.B. Age, Race, and Gender Factors in Incident Disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73(2): 194-197.

JESUS, F.A.; AGUIAR, A.C.S.A. Co-residência com famílias intergeracionais: concepção de pessoas idosas quilombolas. *Rev Kairós Gerontol* 2017; 20 (23): 119-138.

KAHRAMAN, T.; ÇEKOK, F.K.; ÜGÜT, O.; KESKINOGLU, P. GENÇ, A. One-year change in the physical functioning of older people according to the International Classification of Functioning Domains. *J Geriatr Phys Ther* 2021; 44(1):E9-E17.

KANTOW, S.; SEANGPRAW, K.; ONG-ARTBORIRAK, P.; TONCHOY, P.; AUTTAMA, N.; BOOTSKEAW, S.; et al. Risk factors associated with fall awareness, falls, and

quality of life among ethnic minority older adults in Upper Northern Thailand. *Clin Intervent in Aging* 2021; 16: 1777-1788.

KHOW, K. S.F.; VISVANATHAN, R. Falls in the aging population. *Clin Geriatr Med* 2017; 33 (3): 357-368.

KIELY, K.M.; BRADY, B.; BYLESE, J. Gender, mental health and ageing. *Maturitas* 2019; 129: 76-84.

KIM, S.; LEE, B.; PARK, M.; OH, S.; CHIN, H.J.; KOO, H. Prevalence of chronic disease and its controlled status according to income level. *Medicine* 2016; 95:44.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrument para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr* 2009; 31(3suppl).

KRISTOFFERZON, M.L.; ENGSTRÖM, M.; NILSSON, A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a crosssectional study. *Qual Life Res* 2018; 27(7): 1855-1863.

KUROWICKI, J.; TRIPLET, J.J.; ROSAS, S.; BERLUNG, D.D.; HORN, B.; LEVY, J.C. Comparative Outcomes of Various Combinations of Bilateral Shoulder Arthroplasty. *Hand* 2020; 15 (5):707-712.

KWON, S.C.; HAN, B.H.; KRANICK, J.A.; WYATT, L.C.; BLAUM, C.S.; Yi, S.S.; *et al.* Racial and ethnic difference in falls among older adults: results from the California Health Interview Survey. *J Racial Ethn Disparities* 2018; 5(2): 271-278.

LAURENT, R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49 (4): 349-366.

LEBART, L.; SALEM, A. *Statistique textuelle* [on-line]. 1994 [acessado em 24 mar 2022]. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/livre/st94/st94-tdm.html>.

LEBLANC, J.M. Proposition de protocole pour l'analyse des données textuelles pour une démarche expérimentale em lexicométrie. *NPSS* 2015; 11(1):25-63.

LEHMANN, J.; ROTHMUND, M.; RIEDL, D.; RUMPOLD, G.; GROTE, V.; FISCHER, M.J.; HOLZNER, B. Clinical Outcome Assessment in Cancer Rehabilitation and the Central Role of Patient-Reported Outcomes. *Cancers* 2022; 14(1):84.

LIMA, E. A.; LIMA, E.P. *Comunidades tradicionais quilombolas em Sergipe: a problemática da formação sócio-histórica no currículo das escolas "quilombolas" e a consciência política da luta por reconhecimento* [on-line]. 2016 [acessado 21 fev 2022]. Disponível em <https://eventos.set.edu.br/enfope/article/viewFile/2308/737>.

LIN, S.F.; BECK, A.N.; FINCH, B.K. Black-white disparity in disability among U.S. older adults: age, period, and cohort trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2014; 69(5): 784-797.

LONG, J.W.; CAI, T.P.; HUANG, X.Y.; ZHOU, Y.; KUANG, J.; WU, L. *et al.* Reference value for the TUGT in healthy older people: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs* 2020; 41(3):325-330.

LOPES, A.A. Parte V – Heterogeneidade de raça e gênero em epidemiologia: significado de raças em pesquisas médicas e epidemiológica. In: BARATA, R.B., *et al.* *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia* [on-line]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 245-256.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (5): 1595-1601.

LOPES, L.M.; FIGUEIREDO, T.P.; COSTA, S.C.; REIS, A.M.M. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21 (11): 3429-3438.

LOPEZ, O.L.; KULLER, L.H. Epidemiology of aging and associated cognitive disorders: Prevalence and incidence of Alzheimer's disease and other dementias. *Geriatric Neurology*, 2019; 167: 139–148.

LUCENA, C.D.R.X. *Análise descritiva quanto às internações eletivas de 2012 e quanto à utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como estratégia para qualificação da informação em saúde* [Dissertação]. Distrito Federal: Universidade de Brasília, 2014.

LUNA, J.S.; MONTEIRO, G.T.R.; KOIFMAN, R.J.; BERGMANN, A. Classificação internacional de funcionalidade na reabilitação profissional: instrumentos de avaliação da incapacidade laboral. *Rev Saude Publica* 2020; 54:45.

LUNNEY, J.R.; ALBERT, S.M.; BOUDREAU, R.; IVES, D.; SATTERFIELD, S.; NEWMAN, A.B.; HARRIS, T. Three Year Functional Trajectories Among Old Age Survivors and Decedents: Dying Eliminates a Racial Disparity. *J Gen Intern Med*, 2017; 33(2):177-81.

MAAS, A.H.E.M. Empower women in healthcare to move women's health forward. *Maturitas* 2020; 136: 22-24.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T.; LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2008; 19(2): 121-130.

MANIRAGABA, F.; NZABONA, A.; ASIIMWE, J.B.; BIZIMUNGU, E.; MUSHOMI, J.; NTOZI, J.; KWAGALA, B. Factors associated with older persons physical health in rural Uganda. *PLoS ONE* 2019; 14(1): e0209262.

MARITZ, R.; ARONSKY, D.; PRODINGER, B. The International of Functioning, Disability and Health (ICF) in eletronic health records: a systematic literature review. *Appl Clin Inform* 2017; 8: 964–980.

MARQUES, C.E.; GOMES, L. A Constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneos: limites e potencialidades. *RBCS* 2013; 28 (81): 137-153.

MARTINS, L.K.; CARVALHO, A.R.S.; OLIVEIRA, J.L.C.; SANTOS, R.P.; LORDANI, T.V.A. Quality of life and perception of health status among hospitalized individuals. *Esc Anna Nery* 2020; 24 (4): e20200065.

MASSON, L.; DALLACOSTA, F.M. Vulnerability in the elderly and its relationship with the presence of pain. *BrJP* 2019; 2(3): 213-216.

MATOS, C.C.S.A.; TOURINHO, F.S.V. Saúde da população negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018;13(40):1-12.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física & Saúde* 2001; 6 (2): 5-18.

MCDUGALL, J.; WRIGHT, V.; DEWIT, D.; MILLER, L. ICF-Based functional components and contextual factors as correlates of perceived quality of life for youth with chronic conditions. *Disabil Rehabil* 2014; 36(25): 2143-2151.

- MELO, A.C.F.; NAKATANI, A.Y.K.; PEREIRA, L.V.; MENEZES, R.L.; PAGOTTO, V. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. *Cad Saúde Colet* 2017; 25 (2): 138-143.
- MILAM, A.J.; FURR-HOLDEN, D.; EDWARDS-JOHNSON, J.; WEBB, B.; PATTON III, J.W.; EZEKWEMBA, N.C. Are clinicians contributing to excess African American COVID-19 deaths? Unbeknownst to them, they may be. *Health Equity* 2020; 4(1): 139-141.
- MINE, T.; KAJINO, M.; SATO, J.; ITOU, S.; IHARA, K.; KAWAMURA, H.; *et al.* Gait oscillation analysis during gait and stair-stepping in elder patients with knee osteoarthritis. *J Orthop Surg Res* 2019; 14:21.
- MIRANDA, I.M.M.; TAVARES, H.H.F.; SILVA, H.R.S.; BRAGA, M.S.; SANTOS, R.O.; GUERRA, H. S. Quality of life and graduation in medicine. *Rev Bras Educ Med* 2020; 44(3): e086.
- MOK, A.; KHAW, K.; LUBEN, R.; WAREHAM, N.; BRAGE, S. Physical activity trajectories and mortality: population based cohort study. *BMJ* 2019; 365:1-11.
- MONTEIRO, A.M.; FORTE, P.M.; CARVALHO, J. The effect of three different training programs in elderly women's isokinetic strength. *Motricidade* 2020; 16 (1): 84-93.
- MORENO-TAMAYO, K.; MANRIQUE-ESPINOZA, B.; RAMÍREZ-GARCÍA, E.; SÁNCHEZ-GARCÍA. Social isolation undermines quality of life in older adults. *Int Psychogeriatr* 2020; 32(11): 1283-1292.
- MOSHKI, M.; KHAJAVI, A.; VALILIAN, F.; MINAEE, S.; HASHEMIZADEH, H. The content comparison of health-related quality of life measures in heart failure based on the international classification of functioning, disability, and health: a systematic review. *J Cardiovasc Thorac Res* 2019; 11(3): 167-175.
- MOTA, A.N.; MACIEL, E.S.; QUARESMA, F.R.P.; DE ARAÚJO, F.A.; SOUSA, L.V.A.; MACEDO-JUNIOR, H.; *et al.* A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. *J Hum Growth Dev* 2021; 31(2):302-309.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. OMS publica versão final da nova Classificação Internacional de Doenças [on-line]. 2022 [acessado em 28 fev 2022]. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/search?key=cid+11>.
- NASCIMENTO, C. M.; INGLES, M.; SALVADOR-PASCUAL, A.; COMONETTI, M.R.; GOMEZ-CABRERA, M.C.; VIÑA, J. Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise. *Free Radic Biol Med* 2019; 20 (132): 42-49.
- NASCIMENTO, R.C.R.M.; ÁLVARES, J.; GUERRA-JUNIOR, A.A.; GOMES, I.C.; SILVEIRA, M.R.; COSTA, E.A. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2017; 51 Supl 2:19s.
- NEVES, Ê.; JÚNIOR, E.; MEDEIROS, A.; EULÁLIO, M.; MARACAJÁ, V.; LUSTOSA, R.; *et al.* Bem-estar subjetivo em idosos quilombolas. In: Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 2018. p. 309-319.
- NICOLICH-ZUGICH, J.; GOLDMAN, D.P.; COHEN, P.R.; CORTESE, D.; FONTANA, L.; KENNEDY, B.K.; *et al.* Preparing for an Aging World: Engaging Biogerontologists, Geriatricians, and the Society. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2016; 71 (4): 435-444.

NIGHTINGALE, C.J.; MITCHELL, S.N.; BUTTERFIELD, S.A. Validation of the Timed Up and Go Test for Assessing Balance Variables in Adults Aged 65 and Older. *J Aging Phys Act* 2019; 27(2): 230-233.

NOBLES, C.J.; VALENTINE, S.E.; BORBA, C.P.; GERBER, M.W.; SHTASEL, D.L.; MARQUES, L. Black-white disparities in the association between posttraumatic stress disorder and chronic illness. *J Psychosom Res* 2016; 85: 19-25.

NORDENFELT, L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil* 2003; 25(18): 1075-1079.

NUNES, J.D.; SAES, M.O.; NUNES, B.P.; SIQUEIRA, F.C.V.; SOARES, D.C.; FASSA, M.E. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26 (2): 295-304.

OH, H.; NOH, H.; SIMS, O.T.; GUO, Y.; SAWYER, P. A comparison of urban and non-urban African American older adults on health-related characteristics. *Soc Work Health Care* 2018; 57 (9): 762-773.

OLIVEIRA, A.; NOSSA, P.; MOTA-PINTO, A. Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port* 2019; 32 (10): 654-660.

OLIVEIRA, F.B.; D'ABADIA, M.I.V. Territórios quilombolas em contextos rurais e urbanos brasileiros. *Rev Geo UEG* 2015; 4 (2): 257-275.

OLIVEIRA, L.C.A.; THOMAZ, E.B.A.F.; SILVA, R.A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad Saúde Pública* 2014; 30(7): 1-15.

OLIVEIRA, M.C.U.; MICCAS, C.; ARAÚJO, C.O.; D'ANTINO, M.E.F. O uso da CIF no contexto escolar inclusivo: um mapeamento bibliográfico. *Revista Educação Especial* 2021; 34:1-18.

OLIVEIRA-NETA, R.S.; LIMA-JUNIOR, F.K.; PAIVA, T.D.; MEDEIROS, M.C.; CALDAS, R.T.J.; SOUZA, M.C. Impacto de um programa de três meses de exercícios resistidos para idosos com osteoartrite de joelhos, da comunidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev. Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(6): 950-957.

OMS. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra; 2013.

OSORIO, R.G. *A desigualdade racial no Brasil nas três últimas décadas* [on-line]. 2021 [acessado em 23 fev 2022]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10623/1/td_2657.pdf.

O'YOUNG, B.; GOSNEY, J.; AHN, C. The concept and epidemiology of disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2019; 30: 697-707.

PALERMO, L.C. Disputas no campo da historiografia da escravidão brasileira: perspectivas clássicas e debates atuais. *Dimensões* 2017; 39: 324-347.

PAULI, S.; BAIRROS, F.S.; NUNES, L.N.; NEUTZLING, M.B. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 24 (9): 3293-3303.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A.; GUTIERREZ, L.; PICININ, C.T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista brasileira de Qualidade de Vida* 2010; 2(1): 31-36.

PÉLISSIER, D. *Initiation à la lexicométrie: approche pédagogique à partir de l'étude d'un corpus avec le logiciel Iramuteq – IDETCOM* [on-line]. 2017 [acessado em 24 mar 2022]. Disponível em: https://presnumorg.hypotheses.org/files/2016/04/Initiation_lexico_Iramuteq_Mars2017_v6.pdf.

PEREIRA, J. *Hipertensão arterial sistêmica: fatores de risco em quilombolas* [Dissertação]. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão; 2019.

PEREIRA, R.N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. *ODEERE* 2020; 5(10): 280-303.

PINTO, F.N.F.R.; OLIVEIRA, D.C. Capacidade funcional e envolvimento social em idosos: há relação? *RBCEH* 2015; 12 (1): 56-68.

POLLARD, B.; DIXON, D.; JOHNSTON, M. Does the impact of osteoarthritis vary by age, gender and social deprivation? A community study using the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil* 2014; 36(17): 1445-1451.

PORTELA, G.Z. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2017; 27 (2): 255-276.

POSTMA, S.A.E.; BOVEN, K.V.; NAPEL, H.T.; GERRITSEN, D.L.; ASSENDELFT, W.J.J.; SCHERS, H.; et al. The development of an ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care. *J Clin Epidemiol* 2018, 103:92-100.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S.; WHOQOL-OLD GROUP. Development of the WHOQOL-Old module. *Qual Life Res* 2005; 14 (10): 2197-2214.

QUINTANA, J.M. *Produção Científica sobre Quedas em Idosos: Componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* [Dissertação]. Rio Grande – Universidade Federal do RIO Grande; 2013.

RAMOS-LIMA, M.J.M.; BRASILEIRO, I.C.; LIMA, T.L.; BRAGA-NETO, P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics* 2018; 73: e418.

REZENDE, L.C.; CARAM, C.S.; CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M. Prática do enfermeiro em comunidades quilombolas: interface entre competência cultural e política. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(5): e20190433.

RIBEIRO, R.; ARAÚJO, ARAÚJO, G.S.; Segregação ocupacional no mercado de trabalho segundo cor e nível de escolaridade no Brasil contemporâneo. *Nova Economia* 2016; 26 (1): 147-177.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(5): 938-946.

ROCHA-BRISCHILIARI, S.; DELL AGNOLO, C.M.; GRAVENA, A. A. F.; LOPES, T.C.R.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol* 2014; 27 (1): 35-42.

RODRIGUES, A.C. *Desenvolvimento de produtos ágil: Lean, Scrum e Lean Startup – uma pesquisa ação na indústria de Medical Devices* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2019.

RODRIGUES, D.N.; MUSSI, R.F.F.; ALMEIDA, C.B.A.; NASCIMENTO-JUNIOR, J.R.A.; MOREIRA, S.R.; CARVALHO, F.O. Determinantes sociodemográficos associados ao nível de atividade física de quilombolas baianos, inquérito de 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020; 29 (3): e2018511.

ROMERO, D.E.; SANTANA, D.; BORGES, P.; MARQUES, A.; CASTANHEIRA, D.; RODRIGUES, J.M. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(2):e00012817.

RUARO, J.A.; RUARO, M.B.; SOUZA, D.E.; FRÉZ, A.R.; GUERRA, R.O. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. *Rev Bras Fisioter* 2012; 16 (6): 454-462.

SANTANA, R. As políticas públicas educacionais voltadas à sustentabilidade na comunidade quilombola Patioba em Japaratuba-SE. *Revista Ouricuri* 2014; 4(1): 102-130.

SANTOS, D.B.C; GOMES, M.H.P.; CARDOSO, L.C.C.; OLIVEIRA, L.E.; LIMA, S.O.; OLIVEIRA, C.C.C. Conhecimentos e atitudes sobre o controle do *Aedes aegypti* em comunidades quilombolas de Sergipe. *Saúde e Pesquisa* 2021; 14(4): e80-49.

SANTOS, D.M.S.; PRADO, B.S.; OLIVEIRA, C.C.C.; ALMEIDA-SANTOS, M.A. Prevalence of systemic arterial hypertension in quilombola communities, state of Sergipe, Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2019; 113 (3): 383-390.

SANTOS, J.E.P.; GIBERTONI, D. A importância do método ágil *scrum* para a gestão de projetos no brasil: uma contextualização com diferentes cenários. In: SIMPÓSIO DE TECNOLOGIA, 2019, Taquaritinga: Faculdade de Tecnologia de Taquaritinga, 2019. p. 14-25.

SANTOS, P.M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. *Corpoconsciência* 2015; 19 (02): 25-36.

SANTOS, V.C.; BOERY, E.N.; PEREIRA, R.; SANTA ROSA, D.O.; VILELA, A.B.A.; ANJOS, K.F. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25 (2): e1300015.

SANVEZZO, V.M.S.; MONTANDON, D. S.; ESTEVES, L.S.F. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(5): 604-615.

SARDINHA, A.H.L.; ARAGÃO, F.B.A.; SILVA, C.M.; RODRIGUES, Z.M.R.; REIS, A.D.; VARGA, I.D. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019; 22 (3): e190011.

SCHARAN, K.O.; BERNADELLI, R.S.; CORRÊA, K.P.; MOSER, A.D.L Instrumentos da prática clínica com versão em português e a abrangência de seus conteúdos usando a CIF como referência: uma revisão sistemática. *Fisioter Pesqui* 2020; 27(3): 236-254.

SCHIMITZ, W.; MAURITZ, S.; WAGNER, M. Social relationships, living arrangements and loneliness. *Z Gerontol Geriat* 2021; 54 (Suppl 2):S120–S125.

SCHUNTERMANN, M.F. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)-results and problems. *Int J Rehabil Res* 1996; 19(1):1-11.

SCHWABER, K.; SUTHERLAND, J. *Guia do Scrum: Um Guia definitivo para o Scrum: As regras do jogo* [on-line]. 2017 [acessado em 22 jan 2021]. Disponível em: <https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v2017/2017-Scrum-Guide-Portuguese-Brazilian.pdf>.

SCHWABER, K.; SUTHERLAND, J. *Guia do Scrum: O Guia definitivo para o Scrum: As regras do jogo* [on-line]. 2020 [acessado em 22 jan 2021]. Disponível em: <https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v2020/2020-Scrum-Guide-Portuguese-European.pdf>.

SHARRIEF, A.; GROTTA, J. C. Stroke in the elderly. *Geriatric Neurology* 2019; 167: 393–418.

SHUMWAY-COOK, A.; CIOL, M.A.; YORKSTON, K.M.; HOFFMAN, J.M.; CHAN, L. Mobility Limitations in the Medicare Population: Prevalence and Sociodemographic and Clinical Correlates. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(7):1217-1221.

SILVA, A.; ROSA, T.E.C.; BATISTA, L.E.; KALCKMANN, S.; LOUVISON, M.C.P.; TEIXEIRA, D.S.C.; *et al.* Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the health, welfare and aging study (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21 (Supl 2): e180004.supl.2.

SILVA, A.B.; GUEDES, A.C.C.M.; SÍNDICO, S.R.; VIEIRA, E.T.R.C.V.; FILHA, I.G.A. Registro eletrônico de saúde em hospital de alta complexidade: um relato sobre o processo de implementação na perspectiva da telessaúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24(3):1133-1142.

SILVA, C.M. *Idosos remanescentes de quilombo do município de Alcântara-MA* [Dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2013.

SILVA, D.P.E.; OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C.; HIPÓLITO, R.L.; COSTA, T.L. MACHADO, Y.Y. Social representations of the quality of life of the young people living with HIV. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(2): e20200149.

SILVA, J.P.; BOUSFIELD, A.B.S.; CARDOSO, L.H. A hipertensão arterial na mídia impressa: análise da revista *Veja*. *Psicologia e Saber Social* 2013, 2(2): 191-203.

SILVA, P.A.B.; SOARES, S.M.; SANTOS, J.F.G.; SILVA, L.B. Ponto de corte do WHOQOL-bref em idosos. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(3):390-397.

SIMON, D.K.; TANNER, C.M.; BRUNDIN, P. Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics and Pathophysiology. *Clin Geriatr Med* 2020; 36(1): 1-12.

SKEVINGTON, S.M.; BÖHNKE, J.R. How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures? *Soc Sci Med* 2018; 206:22-30.

SOUSA, L.V.A.; MACIEL, E.S.; QUARESMA, F.R.P.; PAIVA, L.S.; FONSECA, F.L.A.; ADAMI, F. Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. *J Hum Growth Dev* 2018; 28(2):199-205.

STUART, A.L.; PASCO, J.A.; JACKA, F.N.; BERK, M.; WILLIAMS, L.J. Falls and Depression in Men: A Population-Based Study. *Am J Mens Health* 2018; 12(1):14-18.

STUCKI, G.; BICKENBACH, J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* 2017; 53 (1): 134-138.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21 (1): 112-120.

- TAVARES, D.M.S.; GOMES, N.C.G.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M.F. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Esc Anna Nery* 2012; 16 (2):371-378.
- TEIXEIRA, E. P.; MUSSI, R.F.F.; PETROSKI, E.L.; MUNARO, H.L.R.; FIGUEIREDO, A.C.M.G. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. *Fisioter Pesqui* 2019; 26(1):85-90.
- TEIXEIRA, T.G.; SAMPAIO, C.A.M. Análise orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Brasil e no Maranhão: o ocaso de uma política pública. *Revista de Administração Pública* 2019; 53(2): 461-480.
- TELES, A.F.; SILVA, L.C.; SILVA, A.C.; SOUZA, I.A.; SEIBERT, C.S. Analysis of the life conditions of quilombolas communities in Tocantins, Brazil. *RBEC* 2020; 5: e8671.
- TORALES, A.P.B.; NASCIMENTO, A.I.C.; TEODORO, M.L.F.; VARGAS, M.M.; OLIVEIRA, C.C.C. Características familiares de quilombolas no nordeste brasileiro. *Ensaio Cienc, Cienc Biol Agrar Saúde* 2015; 19 (3): 101-109.
- TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte* 2009; 15 (3): 169-173.
- TOUGH, H.; SIEGRIST, J.; FEKETE, C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health* 2017; 17 (414): 1-18.
- TROMBETTI, A.; REIDI, K.F.; HARS, M.; HERMANN, F.R.; PASHA, E.; PHILLIPS, E.M.; FIELDING, R.A. Age-associated declines in muscle mass, strength, power, and physical performance: impact on fear of falling and quality of life. *Osteoporos Int* 2016; 27(2): 463-471.
- TSANG, T.S.M.; BARNES, M.E.; GERSH, B.J.; HAYES, S.N. Risks of Coronary Heart Disease in Women: Current Understanding and Evolving Concepts. *Mayo Clin Proc* 2000; 75:1289-1303.
- ÜSTÜN, B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine special supplement on ICF core sets. *J Rehabil Med* 2004; Suppl. 44: 7–8.
- VANLEERBERGHE, P.; WITTE, N.; CLAES, C.; SCHALOCK, R.L.; VERTÉ, D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Qual Life Res*; 2017; 26 (11): 2899-2907.
- VARGA, I.V.D.; CARDOSO, R.L.S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. *Saúde Soc São Paulo* 2016; 25 (3): 664-671.
- VAUGHN, I.A.; TERRY, E.L.; BARTLEY, E.J.; SCHAEFER, N.; FILLINGIM, R.B. Racial-Ethnic Differences in Osteoarthritis Pain and Disability: A Meta-Analysis. *J Pain* 2019; 20 (6): 629-644.
- VIEIRA, A.D. Acesso à saúde de populações vulneráveis: uma visão sob o enfoque da bioética. *Rev Bio y Der* 2018; 43:211-223.
- VOLAKLIS, K.A.; HALLE, M.; MEISINGER, C. Muscular strength as a strong predictor of mortality: A narrative review. *Eur J Intern Med* 2015; 26(5): 303-310.
- WALLACE, J.E. Gender differences in beliefs of why women live longer than men, *Psychol Rep* 1996; 79(2): 587-589.

WESTERSTAHL, M.; JANSSON, E.; BARNEKOW-BERGKVIST, M.; AASA, U. Longitudinal changes in physical capacity from adolescence to middle age in men and women. *Sci Rep* 2018; 8 (1): 14767.

WHO. *World report on disability* [on-line]. 2011 [acessado em 15 out 2021]. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF: quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-558.

WITAVAARA, B.; FAHLSTRÖM, M.; DJUPSJÖBACKA, M. Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden – an investigation of 2000 randomly selected patient records. *J Eval Clin Pract*, 2016; 23: 325-332.

WU, Z.; ZHU, Y.; XU, W.; LIANG, J.; GUAN, Y.; XU, X. Analysis of biomechanical properties of the lumbar extensor myofascia in elderly patients with chronic low back pain and that in healthy people. *Biomed Res Int* 2020; 18: 7649157.

YEUNG, P.; BREHENY, M. Quality of life among older people with disability: the role of purpose in life and capabilities. *Disabil Rehab* 2021; 43(2): 181-191.

ZHANG, W.; BRAUN, K.L.; WUB, Y. Y. The educational, racial and gender crossovers in life satisfaction: Findings from the longitudinal Health and Retirement Study. *Arch Gerontol Geriatr* 2017; 73: 60-68.

ZHAO C.; WONG L.; ZHU Q.; YANG H. Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. *PLoS ONE* 2018 13(6): e0199006.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____ autorizo a
Universidade Tiradentes, por intermédio da aluna Fabiana Conceição de Oliveira Santos Falcão, devidamente assistida pela sua orientadora Prof.^a Dr.^a Edna Aragão Farias Cândido, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL FUNCIONAL QUILOMBOLA ATRAVÉS DO SOFTWARE DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE PARA APLICABILIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

2- Objetivo Geral: avaliar o perfil funcional dos quilombolas assistidos pelo SUS, assim como sua gravidade de incapacidade e qualidade de saúde, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), utilizando um *software* criado para esse fim.

Objetivos Específicos: classificar, em conformidade com a CIF, as disfunções dos usuários do SUS residentes nas Comunidades Quilombolas Maloca e Patioba; mensurar o nível de atividade física dos participantes do estudo; avaliar a amplitude articular, a velocidade e aceleração do movimento nos indivíduos com alterações de funcionalidade de média e alta complexidade; analisar a qualidade de vida dos participantes do estudo; comparar o perfil funcional das duas comunidades (urbana e rural).

3-Descrição de procedimentos: serão incluídos os participantes afrodescendentes idosos com idade a partir de 60 anos de ambos os gêneros, e excluídos os voluntários com patologias que impeçam a execução dos exames propostos tais como: neoplasias, cardiopatias descompensadas; hipertensão arterial sistêmica descompensada e dificuldade em compreender as etapas da pesquisa. Os indivíduos inicialmente serão classificados pela CIF através de um *software* e recebendo pelo menos uma classificação em cada descritor: função do corpo (b), estrutura do corpo (s), desempenho (d) e fator ambiental (s). Também será testada a força muscular, aplicados questionários específicos de qualidade de vida e de prática de atividade física.

4-Justificativa: ainda não existe um aplicativo *web* para cadastro da CIF para facilitar a coleta, levantamento e arquivamento dos dados sobre capacidade e funcionalidade dos usuários do SUS com a finalidade de subsidiar informações para os gestores do SUS traçarem estratégias de melhoramento na prevenção e tratamento das doenças crônicas.

5-Desconfortos e riscos esperados: esta pesquisa apresenta as relações de riscos de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº466/12.

6-Benefícios esperados: os voluntários irão contribuir na aplicação de um *software* específico de classificação da funcionalidade dos indivíduos atendidos pelo SUS que proporcionará informações importantes para futuras estratégias de melhoramento na prevenção e tratamento das doenças crônicas promovidas pelos programas do SUS.

7-Retirada do consentimento: o avaliado terá plena liberdade para retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, tal medida não implicará em nenhum dano para o voluntário.

8-Aspecto Legal: esta pesquisa segue as diretrizes propostas pela Resolução nº 510/16, de 07 de abril de dois mil e dezesseis (07/04/2016) do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas para a pesquisa na área de ciências humanas e sociais no Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 92516318.1.0000. 5371 / Parecer: 2.961.442).

9-Confiabilidade: será mantido o anonimato e sigilo das informações adquiridas durante a pesquisa, porém os participantes assinarão este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a divulgação dos resultados que poderão ser apresentados em congresso, publicações ou qualquer outro meio de divulgação pertinente à promoção da saúde.

10-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

11-Cópia do termo: Os participantes receberão uma cópia deste termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

12-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Edna Aragão Farias Cândido

Endereço: Instituto de Tecnologia e Pesquisa – ITP da Universidade Tiradentes – UNIT
Laboratório de Estudos Biológicos e Produtos Naturais – LBPN

Av. Murilo Dantas, 300 – Bairro Farolândia, CEP: 49032-490, Aracaju-SE

Telefone: 3218-2190 Ramal 2536

Aracaju, ____de ____de 202____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

ASSINATURA DA PESQUISADORA

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Número da Avaliação: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

CNS: _____ Telefone: _____

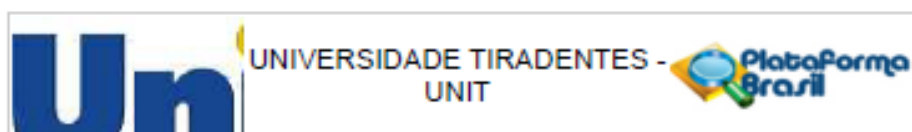
Sexo: Masculino () Feminino ()

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Com quem mora? Sozinho () Com cônjuge () Com filho(s) ()
Com cônjuge e filho(s) () Com cônjuge, filho(s) e neto(s) ()
Com filho(s) e neto(s) Com amigos ()
Com outros parentes ()
Outros? Especifique: _____

Timed and Up Go Test (TUG): _____

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Perfil Funcional Quilombola através de Software de Classificação Internacional de Funcionalidade para aplicabilidade no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Edna Aragão Farias Cândido

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92516318.1.0000.5371

Instituição Proponente: Universidade Tiradentes - UNIT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.951.442

Apresentação do Projeto:

A população Quilombola sofre com poucos estudos relacionados às suas condições e classificação do estado de saúde, logo, são poucas as informações sobre esta população. Para melhorar estas condições e trazer um melhor conhecimento sobre esta população que vive em meio rural e urbano, além de exercer funções do cotidiano que podem levar a doenças crônicas o presente estudo tem o objetivo de desenvolver software para avaliar o perfil funcional dos Quilombolas assistidos pelo Sistema Único de Saúde segundo a classificação de funcionalidade dos indivíduos, assim como sua gravidade de incapacidade e qualidade de saúde através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O estudo é de desenvolvimento seguido de pesquisa prospectiva, avaliativa de campo, com estudo transversal e analítico, no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2020, envolvendo as comunidades Quilombolas de Japarutuba e Maloca. Será realizada uma classificação funcional pela CIF seguido de exame funcional composto de avaliação da força de preensão manual a ser realizado pelo dinamômetro Saehan, força dorsal com

dinamômetro dorsal; e angulação articular com flexímetro pendular Sanny e avaliação no nível de atividade físicas através do Questionário Internacional de Atividade Física. A análise estatística aplicará o teste Qui-quadrado, considerando $p < 0,05$. Como resultado espera-se que se entregue um produto, aplicativo, capaz de facilitar e relatar a classificação e perfil dos usuários pela CIF, associado a avaliação funcional, assim

Endereço: Campus Ferrolândia - Av. Murilo Derbas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Ferrolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

possibilitando levantamento epidemiológico do perfil funcional dos indivíduos para o sistema do SUS, e posterior ferramenta para produzir informações com a finalidade de auxílio na sistematização da informação, consequentemente, melhorando a gestão com ações adequadas viabilizando a identificação com precisão e rapidez, do perfil de indivíduos quilombolas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver software para/avaliar o perfil funcional dos Quilombolas assistidos pelo Sistema Único de Saúde segundo a classificação de funcionalidade dos indivíduos, assim como sua gravidade de incapacidade e qualidade de saúde através da CIF.

Objetivo Secundário:

Criar software para avaliar as alterações funcionais dos usuários frequentadores de reabilitação motora, segundo a CIF, em pacientes de média e baixa complexidade assistidos pelo Sistema Único de Saúde em município sergipano; Avaliar as alterações funcionais dos usuários frequentadores de reabilitação motora de média e baixa complexidade assistidos pelo Sistema Único de Saúde em município sergipano; Delinear perfil das alterações funcionais assistidos pelo Sistema Único de Saúde em município sergipano; Implementar ferramenta simples no desenvolvimento do aplicativo Web para cadastro da CIF a ser instituída no SUS, a fim de cadastrar no banco de dados informações de melhoramento de possíveis doenças crônicas para melhora da gestão de saúde pública; Demonstrar facilidade de aplicação e utilização de ferramenta fundamental e prioritária para adequado acompanhamento do perfil dos usuários Quilombola assistidos pelo Sistema Único de Saúde em município sergipano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Campus Fariolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fariolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP Informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou a CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1169063.pdf	03/10/2018 12:06:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PPSUS.docx	03/10/2018 12:05:55	Edna Aragão Farias Cândido	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostaparecer.doc	03/10/2018 12:05:07	Edna Aragão Farias Cândido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesqbrochuramodificado.pdf	05/09/2018 14:42:15	Edna Aragão Farias Cândido	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclPesqmodificado.pdf	05/09/2018 14:41:11	Edna Aragão Farias Cândido	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	28/06/2018 10:49:04	Edna Aragão Farias Cândido	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Campus Fariolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fariolândia CEP: 49.032-400
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Não

ARACAJU, 15 de Outubro de 2018

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Fertilândia - Av. Murilo Dentex, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fertilândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

ANEXO II

The image displays three mobile application screens for 'CIF SUS'.

Screen 1 (Login): Features a teal background with the title 'CIF SUS' at the top. Below the title are two input fields labeled 'Login' and 'Senha'. A teal button labeled 'ENTRAR' is positioned below the fields. At the bottom, there is a link that says 'ESQUECI A SENHA'.

Screen 2 (Search): Also has a teal background. At the top, it says 'CIF SUS' and 'Buscar Localidade'. Below this is a search bar with a magnifying glass icon and the text 'Buscar Localidade'. The search results show 'Posto Roza Elze'. At the bottom, there are two teal buttons: 'USE SUA LOCALIZAÇÃO' (with a location pin icon) and 'BUSCAR PACIENTES'.

Screen 3 (Patient Details): Features a dark grey background. At the top, there is a teal header with a back arrow and the title 'Paciente'. The patient's name is 'Flávio Jose dos campo'. Below the name are two rows of information: 'CPF' (531.281.320-62) and 'RG' (1122344) next to 'CUSUS' (222444). Further down are 'Data de Nascimento' (01/01/2000) and 'Peso' (80,00). Below these are 'Sexo' (Masculino) and 'Profissão' (with an 'Editar Cadastro' button and an edit icon). Then 'CEP' (49095-780) and 'Logradouro' (with a 'Histórico de Avaliações' button and a list icon). Below that are 'Estado' (Sergipe) and 'Município' (with a 'Nova Avaliação' button and a plus icon). At the bottom are 'Comunidade' (Comunidade 02) and 'Número' (with a menu icon). The bottom right corner has a teal circular button with a white menu icon.

←

Nova Avaliação

PRÓXIMO

Principal Queixa

Dor no ombro

ombro

ombros

imbróglío

>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

q

w

e

r

t

y

u

i

o

p

a

s

d

f

g

h

j

k

l

↑

z

x

c

v

b

n

m

⌫

Sym

😊

Português(BR)

.

↩

←

Nova Avaliação

PRÓXIMO

Área

Cardiorrespiratória

>

Neurologia

>

Ortopedia

>

PRÓXIMO

←

Nova Avaliação

PRÓXIMO

Domínio

b - Funções do Corpo

>

s - Estrutura do Corpo

>

d - Atividades e Participação

>

e - Fatores Ambientais e Pessoais

>

Item subdomínio

s710 - Estrutura da região da cabeça e pescoço

>

s210 - Realizar uma única tarefa

>

← Nova Avaliação PRÓXIMO

Qualificador

☐ 0 - NENHUMA Deficiência 0-4 %
☐ 1 - Deficiência LEVE 5-24 %
☒ 2 - Deficiência MODERADA 25-49 %
☐ 3 - Deficiência GRAVE 50-95 %
☐ 4 - Deficiência COMPLETA 96-100%
☐ 8 - Não especificada
☐ 9 - Não aplicável

PRÓXIMO

← Nova Avaliação PRÓXIMO

Qualificador

☐ 0 - Nenhuma Mudança
☐ 1 - Ausência total
☐ 2 - Ausência parcial
☐ 3 - Parte adicional
☒ 4 - Dimensões aberrantes
☐ 5 - Descontinuidade
☐ 6 - Posição desviada
☐ 7 - Mudanças qualitativas, incluindo acumulação fluidos
☐ 8 - Não especificada
☐ 9 - Não aplicável

PRÓXIMO

← Nova Avaliação PRÓXIMO

Qualificador

☐ 4 - Parte anterior
☐ 3 - Ambos os lados
☐ 9 - não aplicável
☐ 2 - Esquerda
☐ 8 - não especificada
☐ 1 - Direita
☐ 7 - Distal
☒ 6 - Proximal
☐ 5 - Parte posterior
☐ 0 - Mais de uma região

PRÓXIMO

← Detalhe da Avaliação

Paciente

Flávio Jose dos campo

Localização

Posto Roza Elze

Principal Queixa

Queixa

Data de Realização

05/11/2019 09:02

Neurologia

s710 - Estrutura da região da cabeça e pescoço

3 - Deficiência GRAVE 50-95 %

4 - Dimensões aberrantes

2 - Esquerda

← Nova Avaliação PRÓXIMO

Resumo

b - Funções do Corpo

0 - Funções do aparelho cardiovascular

b420 - Funções da pressão arterial

2 - Deficiência MODERADA 25-49 %

s - Estrutura do Corpo

2 - Estrutura relacionadas com o movimento

s710 - Estrutura da região da cabeça e pescoço

4 - Deficiência COMPLETA 96-100%

4 - Dimensões aberrantes

6 - Proximal

CONCLUIR

← Paciente

Nome Completo

Flávio Jose dos campo

CPF

531.281.320-62

RG

01.545

Avaliação salva com sucesso!

OK

CEP

49095-780

Logradouro

Rua aa

Estado

Sergipe

Município

Aracaju

Comunidade

Comunidade 02

Bairro

Numero

111

ANEXO III



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ECONOMIA
INSTITUTO NACIONAL DA PROPRIEDADE INDUSTRIAL
DIRETORIA DE PATENTES, PROGRAMAS DE COMPUTADOR E TOPOGRAFIAS DE CIRCUITOS INTEGRADOS

Certificado de Registro de Programa de Computador

Processo Nº: **BR512021001361-1**

O Instituto Nacional da Propriedade Industrial expede o presente certificado de registro de programa de computador, válido por 50 anos a partir de 1º de janeiro subsequente à data de 29/04/2021, em conformidade com o §2º, art. 2º da Lei 9.609, de 19 de Fevereiro de 1998.

Título: CIFSUS

Data de publicação: 29/04/2021

Data de criação: 02/08/2019

Titular(es): INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA; UNIVERSIDADE TIRADENTES

Autor(es): CRISTIANE COSTA DA CUNHA OLIVEIRA; EDNA ARAGÃO FARIAS CÂNDIDO; LUIS HENRIQUE FARIAS CÂNDIDO; FABIANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SANTOS FALCÃO

Linguagem: MYSQL; C#; FRAMEWORK; NODEJS; OUTROS

Campo de aplicação: SD-02

Tipo de programa: AP-01; GI-01; GI-04

Algoritmo hash: SHA-512

Resumo digital hash:
3e53bc9c4b8094c51191b8574dfe0957a081aueb238ebb5743702b4c7717769001b5f5cc96803b535252329cfa9acea61e
648f50027faf31a84c5b524590e5ca

Expedido em: 29/06/2021

Aprovado por:
Carlos Alexandre Fernandes Silva
Chefe da DIPTO

ANEXO IV

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF)

QUALIFICADORES

1º Qualificador			
Funções e Estruturas		Atividades e Participação	
0	NENHUMA deficiência	0	NENHUMA dificuldade 0-4%
1	Deficiência LEVE	1	Dificuldade LEVE 5-24%
2	Deficiência MODERADA	2	Dificuldade MODERADA 25-49%
3	Deficiência GRAVE	3	Dificuldade GRAVE 50-95%
4	Deficiência COMPLETA	4	Dificuldade COMPLETA 96-100%
8	Não especificada	8	Não especificada
9	Não aplicável	9	Não aplicável

Fatores Ambientais: Barreira		Fatores Ambientais: Facilitador	
.0	NENHUMA barreira	+0	NENHUM facilitador 0-4%
.1	Barreira LEVE	+1	Facilitador LEVE 5-24%
.2	Barreira MODERADA	+2	Facilitador MODERADO 25-49%
.3	Barreira GRAVE	+3	Facilitador SUBSTANCIAL 50-95%
.4	Barreira COMPLETA	+4	Facilitador COMPLETO 96-100%
.8	Barreira, não especificada	+8	Facilitador, não especificado
.9	Não aplicável	.9	Não aplicável

2º Qualificador		3º Qualificador	
0	Nenhuma mudança na estrutura	0	Mais de uma região
1	Ausência total	1	Direita
2	Ausência parcial	2	Esquerda
3	Parte adicional	3	Ambos os lados
4	Dimensões aberrantes	4	Parte anterior
5	Descontinuidade	5	Parte posterior
6	Desvio de posição	6	Proximal
7	Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido	7	Distal
8	não especificada	8	não especificada
9	não aplicável	9	não aplicável

FUNÇÕES DO CORPO

Mobilidade das Articulações	Mobilidade de uma única articulação	b7100.____	Hipertonía de	Músculos isolados e de grupos musculares	b7350.____
	Mobilidade de várias articulações	b7101.____		Músculos de um membro	b7351.____
Estabilidade articular	Estabilidade de uma única articulação (instabilidade ou luxação de uma articulação)	b7150.____		Músculos de um lado do corpo	b7352.____
Força	Força de músculos isolados e de grupos de músculos	b7300.____		Músculos da metade inferior do corpo	b7353.____
	Força dos músculos de um membro	b7301.____		Músculos de todos os membros	b7354.____
	Força dos músculos de um lado do corpo	b7302.____		Músculos do tronco	b7355.____
	Força dos músculos da metade inferior do corpo	b7303.____		Todos os músculos do corpo	b7356.____
	Força dos músculos de todos os membros	b7304.____	Reflexos	Reflexo motor ao estiramento (induzida pelo estiramento)	b7500.____
	Força dos músculos do tronco	b7305.____		Reflexos gerados por estímulos noxios (induzida por estímulos dolorosos ou outros estímulos)	b7501.____

	Força de todos os músculos do corpo	b7306.____	Reações Posturais	Funções de reações motoras involuntárias (induzidas pela postura, equilíbrio e estímulos ameaçadores)	b755.____
Resistência muscular (isometria)	Resistência de músculos isolados (sustentação da contração muscular)	b7400.____	Coordenação	Funções de controle do movimento voluntário (associadas ao controle e à coordenação do movimento voluntário)	b760.____
	Resistência de grupos musculares (deficiências como monoparesia/plegia, hemiparesia/plegia, paraparesia/plegia)	b7401.____		Controle de movimentos voluntários simples	b7600.____
	Resistência de todos os músculos do corpo (tetraparesia/plegia)	b7402.____		Controle de movimentos voluntários complexos	b7601.____
Movimentos Involuntários	Contração involuntária dos músculos (movimentos coreiformes e atetóides)	b7650.____	Marcha	Funções relacionadas com o padrão de marcha (espástica, hemiplégica, paraplégica, assimétrica, claudicação e padrão de marcha rígida)	b770.____
	Tremor	b7671.____			

ESTRUTURA DO CORPO

Cabeça e Pescoço	Articulações da região da cabeça e pescoço	s7103. ____	Coxa	Articulação da coxa	s75001. ____
	Músculos da região da cabeça e pescoço	s7104. ____		Músculos da coxa	s75002. ____
	Ligamentos e fâscias da região da cabeça e pescoço	s7105. ____		Ligamentos fâscias da coxa	s75003. ____
Ombro	Articulações da região do ombro	s7201. ____	Pernas e Joelho	Articulações da região do joelho	s75011. ____
	Músculos da região do ombro	s7202. ____		Músculos da perna	s75011. ____
	Ligamentos e fâscias da região do ombro	s7203. ____		Ligamentos e fâscias da perna	s75013. ____
Braço e Cotovelo	Articulações da região do cotovelo	s73001. ____	Tornozelo, Pé e Dedos	Articulações do tornozelo e articulações do pé e dedos	s75021. ____
	Músculos do braço	s73002. ____		Músculos do tornozelo e do pé	s75022. ____
	Ligamentos e fâscias do braço	s73003. ____		Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé	s75022. ____
Antebraço e punho	Articulação do punho	s73011. ____	Coluna	Segmento vertebral cervical	s76000. ____
	Músculos do antebraço	s73012. ____		Segmento vertebral torácico	s76001. ____
	Ligamentos e fâscias do antebraço	s73013. ____		Segmento vertebral lombar	s76002. ____
Mão e Dedos	Articulações da mão e dos dedos	s73021. ____	Músculos	Segmento vertebral sacral	s76003. ____
	Músculos da mão	s73022. ____		Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento - Músculos	s7702. ____
	Ligamentos e fâscias da mão	s73023. ____			
Pélvis	Articulações da região pélvica	s7401. ____	Pélvis		
	Músculos da região pélvica	s7402. ____		Ligamentos e fâscias da região pélvica	s7403. ____

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Tarefa	Realizar uma tarefa simples (ler um livro, escrever uma carta ou fazer a cama)	d2100. ____	Andar	Andar distâncias curtas (menos de 1 Km)	d4500. ____
	Realizar uma tarefa completa (arrumar os móveis na própria casa)	d2101. ____		Andar distâncias longas (mais de 1Km)	d4501. ____
	Realizar uma única tarefa, de forma independente	d2102. ____		Andar sobre superfícies diferentes	d4502. ____
Membros superiores	Pegar (levantar ou erguer algo pequeno)	d4400. ____		Andar contornando obstáculos	d4503. ____
	Manipular (dirigir ou guiar algo)	d4402. ____		Subir/descer	d4551. ____
	Soltar	d4403. ____		Correr	d4552. ____
	Alcançar (estender as mãos e os braços para alcançar ou agarrar)	d4452. ____		Deslocar-se dentro de casa	d4600. ____
	Apanhar (estender as mãos e os braços para alcançar ou agarrar)	d4455. ____		Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	d4600. ____
	Levantar (levantar um copo da mesa)	d4300. ____	Autocuidados	Lavar partes do corpo	d5100. ____
	Transportar nas mãos (transportar um copo ou uma mala)	d4301. ____		Secar-se	d5102. ____
	Transportar nos braços	d4302. ____		Vestir roupa	d5400. ____
	Transportar nas mãos (transportar um copo ou uma mala)	d4301. ____		Despir roupa	d5401. ____
	Transportar nos braços	d4302. ____		Calçar	d5402. ____
Mobilidade	Deitar-se	d4100. ____		Descalçar	d5403. ____
	Agachar-se	d4101. ____		Comer	d550. ____
	Ajoelhar-se	d4102. ____		Beber	d560. ____
	Sentar-se	d4103. ____		Preparar refeições simples	d6300. ____
	Engatinhar	d4550. ____		Preparar refeições complexas	d6301. ____
	Pôr-se em pé	d4104. ____		Realizar as tarefas domésticas	d640. ____
	Curvar-se	d4105. ____	Social	Vida comunitária	d910. ____
	Mudar o centro de gravidade do corpo	d4106. ____		Recreação e lazer	d920. ____
	Auto transferir-se na posição de sentado	d4200. ____			
	Auto transferir-se na posição de deitado	d4201. ____			

FATORES AMBIENTAIS

Medicamentos	e1101+ ____ ou e1101. ____	Produtos e tecnologias de apoio para uso pessoal na vida diária	e1151+ ____ ou e1151. ____
Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores	e120+ ____ e120. ____	(Apoio e relacionamento) Relacionamentos com Família próxima	e310+ ____ e310. ____
Relacionamentos Profissionais de saúde	e355+ ____ e355. ____	Atitudes individuais de membros da família distante	e415+ ____ e415. ____
Atitudes individuais de profissionais de saúde	e450+ ____ e450. ____	Atitudes individuais de amigos	e420+ ____ e420. ____
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	e580+ ____ e580. ____	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego	e590+ ____ e590. ____

ANEXO V

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

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.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	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	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	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 negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Nome: _____

Data de nascimento ____/____/____ Idade: ____ Gênero: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana (última semana). As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Essas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim

() Não – Caso você responda não **Vá para seção 2**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você anda, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a seção 2**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a seção 2**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão 2c**

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

2c. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e**

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos.

3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3c**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3e**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos** como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção 4**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades **vigorosas no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

_____ dias por **SEMANA**

() Nenhum - **Vá para questão 4b**

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos**, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por **SEMANA**

() Nenhum - **Vá para questão 4d**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades **moderadas no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer *jogging*:

_____ dias por **SEMANA**

() Nenhum - **Vá para seção 5**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades **vigorosas no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? _____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante **um dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante **um dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

ANEXO VII

21/06/2022 00:32

CSP

CSP_0913/22

FUNCIONALIDADE DE IDOSOS QUILOMBOLAS SERGIPANOS: UM ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO

Histórico

Evento	Data
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	18/05/2022
Decisão enviada para o autor	19/05/2022
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	22/05/2022
Decisão enviada para o autor	23/05/2022
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	23/05/2022
Decisão enviada para o autor	24/05/2022
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	25/05/2022
Decisão enviada para o autor	25/05/2022
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	01/06/2022
Decisão enviada para o autor	01/06/2022
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	03/06/2022
Artigo em avaliação pelo Conselho Editorial	03/06/2022

ANEXO VIII

FUNCIONALIDADE DE IDOSOS QUILOMBOLAS SERGIPANOS: UM ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO

Fabiana Conceição de Oliveira Santos Falcão; Liliane Almeida Santos; Fernanda Freire dos Santos; Jaine Tavares Costa; Janine Oliveira Silva; Cristiane Costa da Cunha Oliveira; Edna Aragão Farias Cândido.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar quanti-qualitativamente a funcionalidade de 50 idosos pertencentes a duas comunidades quilombolas em Sergipe, Brasil, a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa realizada nas comunidades Maloca e Patioba no período de setembro de 2020 a abril de 2021. A estatística descritiva foi realizada a partir do Programa *Microsoft Excel 2017* e Programa *GraphPad Prism 9.0.0*, enquanto os dados textuais qualitativos foram analisados através do *software* IRAMUTEQ. Os resultados mostraram que “Andar” foi a categoria mais prevalente do componente Atividades e Participação em relação à dificuldade no desempenho dessa atividade em ambas as comunidades. Foram identificadas as palavras: classificado, deficiência moderada, deficiência leve e CIF em primeiro nível de evidência; Função do corpo, limitação leve e limitação moderada em segundo nível de evidência. Medicamento, quilombola feminino e estrutura do corpo em terceiro nível de evidência. O déficit quanto à funcionalidade impactou na independência e autonomia nos idosos quilombolas deste estudo., fazendo-se necessária a ampliação de estratégias públicas e do acesso à saúde dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; grupos étnicos; idoso; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The objective of this study was to quantitatively and qualitatively evaluate the functionality of 50 elderly people belonging to two quilombola communities in Sergipe, Brazil, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This is a quantitative-qualitative research carried out in the Maloca and Patioba communities from September 2020 to April 2021. Descriptive statistics were performed using Microsoft Excel 2017 and GraphPad Prism 9.0.0 Program, while qualitative textual data were analyzed using IRAMUTEQ software. The results showed that “Walking” was the most

prevalente category of the Activities and Participation component in relation to the difficulty in performing this activity in both communities. The words identified: classified, moderate deficiency, mild deficiency and ICF in the first level of evidence, Body function, mild impairment and moderate impairment in the second level of evidence. Medicine, female quilombola and body structure in the third level of evidence. The deficit in functionality impacted the Independence and autonomy of the quilombola elderly in this study, making it necessary to expand public strategies and access to health for this population.

KEYWORDS: International Classification of Functioning, Disability and Health, ethnic groups; elderly; qualitative research.

1 INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas urbanas ou rurais são formadas por negros descendentes de africanos escravizados que são reconhecidos como grupos étnico-raciais. E o quilombo um território de uso comum na representatividade do exercício de uma vida comunitária em laços possíveis de solidariedade entre seus moradores, os quais lhes conferem pertencimento¹.

Possuem trajetória histórica relevante desde o Brasil Colônia, até à República². A maioria das comunidades encontra-se no Nordeste e em Sergipe 32 são certificadas. Dentre elas, as comunidades quilombolas Patioba, no município de Japaratuba, e Maloca, na capital Aracaju, que foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) em 2006 e 2007 respectivamente³.

A maioria das famílias quilombolas vive em situação de extrema pobreza. De acordo com Santos *et al.*⁴, 74,73% dessas famílias no Brasil se encaixam nessa condição com 24,81% de seus integrantes analfabetos e 79,78% dependentes de auxílios sociais do governo federal.

As doenças que mais afetam a população negra são decorrentes de fatores socioeconômicos desfavoráveis e os fatores genéticos, com algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) predominantes, tais como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* e doença renal terminal⁵. Outros diagnósticos foram evidenciados por Vaughn *et al.*⁶ em negros americanos, destacando a osteoartrite para maior magnitude na dor e na incapacidade funcional, quando comparados aos brancos não hispânicos. Essas condições são desfavoráveis ao processo de envelhecimento e geram impacto na funcionalidade dos idosos^{7,8}. Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) apresenta-se como instrumento importante para avaliar de forma biopsicossocial o indivíduo diante das alterações de função e estrutura do corpo, assim

como o desempenho e seus fatores contextuais. Além de ter linguagem unificada e universal a ser utilizada por diversos profissionais de diversas áreas do conhecimento⁹. Entretanto, analisar a CIF de forma qualitativa busca melhor visão da funcionalidade dos idosos dessas duas comunidades quilombolas. O estudo apresenta-se com ineditismo, quer seja na avaliação de funcionalidade em quilombolas sergipanos através da CIF, ou em leitura qualitativa da referida classificação por um *software* de análise de conteúdo textual, IRaMuTeQ, que representa uma ferramenta com análise estatística textual (lexicometria). Embora essa análise seja subutilizada no Brasil¹⁰, existe uma crescente utilização em estudos qualitativos na saúde¹¹. Assim, buscou-se avaliar quanti-qualitativamente a funcionalidade de idosos em duas comunidades quilombolas em Sergipe, Brasil.

2 METODOLOGIA

O estudo trata-se de pesquisa quanti-qualitativa, relacionada às classificações de funcionalidade aplicadas a idosos quilombolas das comunidades sergipanas Maloca e Patioba no período de setembro de 2020 a abril de 2021.

Casuística

A amostra foi composta por n=50 quilombolas idosos cadastrados no SUS e de acordo com as Comunidades Remanescentes de Quilombos¹². Foram selecionados 41 idosos da comunidade Patioba e 9 da comunidade Maloca de uma população de 86 idosos, divididos em 70 da comunidade Patioba e 16 da Maloca, desses 36 foram excluídos nos conformes dos critérios de inclusão e exclusão.

Procedimentos

Os dados foram obtidos por meio de entrevista/exame com cada sujeito, utilizando-se os seguintes instrumentos: Instrumento de caracterização com dados sociodemográficos para caracterizar os participantes da pesquisa quanto ao sexo, idade, arranjo familiar e classificações de funcionalidade a partir do aplicativo CIFSUS, com base nos objetivos do presente estudo.

Aplicativo móvel CIFSUS

O *software* CIFSUS (registro nº BR512021001361-1/INPI) gera relatórios de acordo com localização geográfica das avaliações. *Checklists* específicos foram selecionados de acordo com a queixa do indivíduo nas áreas de ortopedia, cardiorrespiratória e/ou neurologia que viabilizou uma avaliação biopsicossocial dos

idosos de acordo com CIF, recomendada pela OMS. Os domínios da CIF foram funções do corpo, classificando o problema e sua gravidade; as estruturas do corpo envolvidas e sua classificação quanto à gravidade, natureza e localização do problema; o desempenho, classificando suas limitações encontradas na realização de atividade e restrição na participação, comprometidas pelo problema da função e estrutura do corpo; além dos fatores contextuais (pessoais e ambientais), identificando-os e classificando quando são facilitadores ou barreiras para o desempenho, função e/ou estrutura do corpo.

Estatística descritiva

A tabulação de dados e tabelas foram confeccionados pelo Programa *Microsoft Excel 2017* e Programa *GraphPad Prism 9.0.0* para a estatística descritiva referente às variáveis categóricas (sexo, idade e com quem reside) e quantitativas (CIF). Ambas expressas em frequência absoluta e relativa.

Análise qualitativa

O estudo qualitativo foi realizado com o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* versão 0.7 (IRaMuTeQ 0.7)¹³. As análises foram por diferentes processamentos por agrupamento sobre os segmentos de texto do *Corpus* textual, os *Clusters*¹⁴. Foi utilizado o método por especificidade de Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), seguido do método por Similitude e Nuvem de Palavras, de acordo com a função dos vocabulários utilizados nas classificações da CIF em seus domínios e qualificadores. Os gráficos Especificidade e de Similitude e as Nuvens de Palavras foram construídas levando em conta as palavras ativas e aplicando a fórmula para o ponto de corte das frequências das palavras, seguindo a fórmula: $N^{\circ} \text{ de ocorrências} / N^{\circ} \text{ de formulários} \times 2$. O ponto de corte ficou em 15,31 frequências a mais das palavras ativas do *Corpus* Textual.

As classificações finais foram baseadas nos escores das avaliações e configuradas em *Corpus* textual. Para essa configuração textual os arquivos em *Word* foram salvos em único documento UTF-8 pelo *Software Windows* para posterior análise através do *Software* IRaMuTeQ 0.7 alpha2. A análise de Especificidade e Similitude por agrupamento de percepção levou em consideração as coocorrências das classificações funcionais e de funcionalidade utilizando o teste *Qui-quadrado*, considerado $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os resultados quantitativos refletem a classificação de funcionalidade de 50 quilombolas idosos nas comunidades Patioba (n=41) e Maloca (n=9). E desses, 87,8%

e 88,9% relataram morar acompanhados pelo cônjuge, familiares e/ou outras pessoas. Em relação à média de idade foi registrado 71,75 anos e 73,88 anos para ambas as comunidades, com prevalência do sexo feminino, correspondendo a 53,7% na Patioba e 77,8% na Maloca.

Das 41 (100%) pessoas avaliadas pela CIF na Patioba, foi encontrada prevalência de 47,5% de indivíduos com disfunções apenas na área de ortopedia; 10% na área de cardiorrespiratória; 35% nas áreas de ortopedia e cardiorrespiratória; 2,5% na área de neurologia e 5% apresentavam alterações nas áreas de ortopedia, cardiorrespiratória e neurologia. Enquanto na Maloca, 22,22% idosos foram classificados na área de ortopedia; 22,22% na área de cardiorrespiratória, e 55,6% nas áreas de ortopedia e cardiorrespiratória. Porém não houve classificação nas áreas de neurologia e ortopedia/ cardiorrespiratória/ neurologia.

Nas mesmas áreas da saúde foram aplicadas as classificações quanto a presença ou não das deficiências. Na Patioba, das 19(47,5%) das pessoas com comprometimento em ortopedia, 17(89,47%) apresentaram deficiência e 2(10,53%) não apresentaram deficiência. Com deficiência em ortopedia e cardiorrespiratória foram 13(92,86%) indivíduos e 1(7,14%) sem deficiência. Já nas áreas de cardiorrespiratória; ortopedia/cardiorrespiratória/ neurologia e apenas neurologia, 100% de cada amostra tinha deficiência o que correspondeu a 5, 2 e 1 indivíduos respectivamente. Na comunidade Maloca, foi constada 100% de deficiência nos idosos pertencentes às três áreas avaliadas (ortopedia; ortopedia/cardiorrespiratória; cardiorrespiratória) composta por 3 indivíduos em cada área (Tabela 1).

Tabela 1: Prevalência da classificação em relação à presença de deficiência ou não relacionada à função do corpo em idosos da comunidade Patioba e Maloca.

Presença de deficiência	Patioba			Maloca		
	N	%	Intervalo de Confiabilidade (IC)	N	%	Intervalo de Confiabilidade (IC)
Área de Ortopedia						
Com deficiência	17	89,4	68,61 to 98,13	3	100,0	43,85 to 100,0
Sem deficiência	2	10,5	1,870 to 31,39	0	0,0	0,000 to 56,15
TOTAL	19	100,0		3	100,0	
Área de Ortopedia e Cardiorrespiratória						
Com deficiência	13	92,8	68,53 to 99,63	3	100,0	43,85 to 100,0
Sem deficiência	1	7,1	0,3664 to 31,47	0	0,0	0,000 to 56,15
TOTAL	14	100,0		3	100,0	
Área de Cardiorrespiratória						
Com deficiência	5	100,0	51,0 to 100	3	100,0	43,85 to 100,0
Sem deficiência	0	0,0	0,00 to 49,0	0	0,0	0,000 to 56,15
TOTAL	5	100,0		3	100,0	
Área de Neuro, ortopedia e cardiorrespiratória						
Com deficiência	2	100,0	17,8 to 100	0,0	0,0	0,00 to 0,00
Sem deficiência	0	0,0	0,00 to 82,2	0,0	0,0	0,00 to 0,00
TOTAL	2	100,0		0,0	0,0	
Área de Neurologia						
Com deficiência	1	100,0	5,129 to 100,0	0,0	0,0	0,00 to 0,00
Sem deficiência	0	0,0	0,000 to 94,87	0,0	0,0	0,00 to 0,00
TOTAL	1	100,0		0,0	0,0	

Legenda: N: frequência absoluta; (%): frequência relativa.

Quanto ao componente Atividades e Participação (d) para todas as áreas avaliadas, foram apontados 14 categorias em que se pôde verificar dificuldades no desempenho da comunidade Patioba, enquanto da Maloca foram 10. Andar foi a categoria mais prevalente em relação à dificuldade no desempenho dessa atividade em ambas as comunidades. Na Patioba foi observada que dificuldade leve apresentou mais codificações 51,7% (15), moderada 24,1% (7) e grave 24,1% (7). Enquanto na Maloca foi notada que dificuldade completa foi a mais citada 50% (6), seguida por 33,3% (4) moderada, 8,33% (1) leve e 8,33% (1) sem deficiência.

A categoria executar tarefas múltiplas também apresentou prevalência alta na Patioba visto que dificuldade leve foi o qualificador mais identificado 51,9% (14) seguido de moderada 33,3% (9), grave 11,1% (3) e completa 3,7% (1). Essa categoria também apresentou prevalência alta na Maloca, porém houve maior registro para o qualificador dificuldade completa 50% (5), acompanhado de moderada 20% (2), leve 20% (2) e sem dificuldade 10% (1). Outra categoria que revelou prevalência alta para ambas as comunidades em relação à dificuldade, foi mudar a posição básica do corpo. Na Patioba, dificuldade moderada correspondeu a 36,8% (7), leve 31,6% (6), completa 26,3% (5) e grave 5,26% (1). Em contrapartida na Maloca, dificuldade completa apresentou maior

registro 50% (5), seguida de leve 30% (3), moderada 10% (1) e grave 10% (1). A categoria manter a posição do corpo, apresentou prevalência apenas na comunidade Patioba, ou seja, não foi identificado nenhum qualificador para a comunidade Maloca. Assim sendo, foi percebida dificuldade moderada 36,4% (4), grave 27,3%, completa 18,2% (2) e leve 18,2% (2) respectivamente (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2: Prevalência da classificação de funcionalidade relacionada ao desempenho de todas as áreas da comunidade Patioba

Atividade (limitação)	Patioba N(%)							
	0	1	2	3	4	8	9	TOTAL
Agachar-se	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Alcançar	0(0,0)	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)
Andar	0(0,0)	15(51,7)	7(24,1)	7(24,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	29(100,0)
Comer	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)
Correr	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)
Cuidar de partes do corpo	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Executar tarefas múltiplas	0(0,0)	14(51,9)	9(33,3)	3(11,1)	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	27(100,0)
Lavar todo o corpo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Levantar e transportar objetos	0(0,0)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)
Manter a posição do corpo	0(0,0)	2(18,2)	4(36,4)	3(27,3)	2(18,2)	0(0,0)	0(0,0)	11(100,0)
Movimentos finos da mão	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Mudar a posição básica do corpo	0(0,0)	6(31,6)	7(36,8)	1(5,26)	5(26,3)	0(0,0)	0(0,0)	19(100,0)
Preparar refeições simples	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)
Realizar as tarefas domésticas	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Subir/descer	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Utilização da mão e do braço	0(0,0)	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)
Vestir/despir roupa	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	2(66,7)	0(0,0)	0(0,0)	3(100,0)

Legenda: N: frequência absoluta; (%): frequência relativa. 0: nenhuma dificuldade, 1: dificuldade leve, 2: dificuldade moderada, 3: dificuldade grave, 4: dificuldade completa, 8: não especificada, 9: não aplicável.

Tabela 3: Prevalência da classificação de funcionalidade relacionada ao desempenho de todas as áreas da comunidade Patioba

Atividade (limitação)	Maloca N(%)							
	0	1	2	3	4	8	9	TOTAL
Agachar-se	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Alcançar	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Andar	1(8,33)	1(8,33)	4(33,3)	0(0,0)	6(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	12(100,0)
Comer	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Correr	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Cuidar de partes do corpo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Executar tarefas múltiplas	1(10,0)	2(20,0)	2(2,0)	0(0,0)	5(5,0)	0,0(0,0)	0,0(0,0)	10(100,0)
Lavar todo o corpo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Levantar e transportar objetos	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(100,0)
Manter a posição do corpo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Movimentos finos da mão	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Mudar a posição básica do corpo	0(0,0)	3(30,0)	1(10,0)	1(10,0)	5(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	10,0(100,0)
Preparar refeições simples	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)
Realizar as tarefas domésticas	1(16,7)	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	3(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(100,0)
Subir/descer	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(100,0)
Utilização da mão e do braço	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Vestir/despir roupa	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)

Legenda: N: frequência absoluta; (%): frequência relativa. 0: nenhuma dificuldade, 1: dificuldade leve, 2: dificuldade moderada, 3: dificuldade grave, 4: dificuldade completa, 8: não especificada, 9: não aplicável.

No que diz respeito aos dados qualitativos, foram analisados a partir da classificação de funcionalidade e incapacidade de acordo com as descrições dos códigos dos quatro domínios e seus qualificadores segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde incentivado pela OMS, refletindo assim a funcionalidade dos idosos das comunidades Patioba e Maloca.

Na Nuvem de palavras (Figura 1) foram evidenciadas as palavras “classificado”, “deficiência moderada”, “deficiência leve” e “CIF” em primeiro nível de evidência. “Função do corpo”, “limitação leve” e “limitação moderada” em segundo nível de evidência. “Medicamento”, “quilombola feminino” e “estrutura do corpo” em terceiro nível de evidência. As demais palavras “apresentar”, “andar”, “quilombola masculino”, ficaram em menor evidência, porém no centro da nuvem. As palavras “hipertensão”, “deficiência grave” e “agachar-se” ficaram às margens da nuvem próximas à “quilombola feminino” e à “limitação moderada”. Enquanto as palavras em menor evidência “facilitador

moderado”, “executar tarefas”, “limitação grave”, “articulação” e “mobilidade multiarticular” ficaram também às margens da nuvem, porém mais próximas à “estrutura do corpo” e à “limitação leve”.

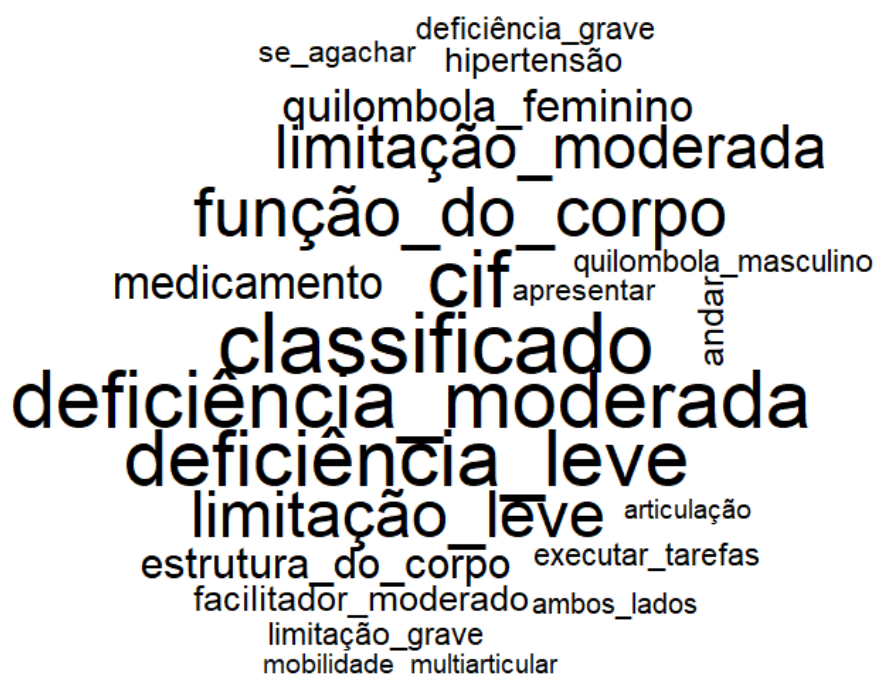


Figura 1: Nuvem de palavras dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das comunidades Patioba e Maloca.

A análise Fatorial de Correspondência (Figura 2) evidenciou manifestações de palavras agrupadas nas quatro categorias da CIF. A correlações mais fortes, quadrante F1 e F2, tratou do domínio de Função do Corpo, ocorrendo correlações entre as palavras limitação moderada (83,33%), mobilidade_multiarticular (76,92%), músculos (65,57%), quilombola_feminino (66,67%), facilitador_moderado (65,57%), hipertensão (53,92%), tarefas_múltiplas (32,79%), músculo_do_tronco (32,79%), agachar-se (39,22%) e realizar tarefas_múltiplas (32,79%), nas áreas orto_cardio_respiratória e cardio_respiratória na comunidade Patioba.

Ao analisar o texto e interpretando-o, segundo os domínios da CIF, pode-se relatar que foi encontrado influência na Função do Corpo a presença de hipertensão com limitação moderada em mobilidade multiarticular, envolvendo músculos para tarefas múltiplas dos músculos do tronco com necessidade de facilitador moderado para realizar o agachar-se, em mulheres da comunidade Patioba, com comprometimento na área de ortopedia com achados cardiorrespiratórios ou somente na área de cardiorrespiratória.

Quando observamos F1 e -F2, esse quadrante apresentou influências menores em seu domínio de Estrutura do Corpo, entre as palavras deficiência_moderada (250%), deficiência_grave (157,89%), limitação_grave (125%), ausência_parcial (83,33%)

facilitador_intenso (76,92%), ambos_lados (70,18%) e articulação (70,18%), nas áreas neurologia e orto_neuro_cardio_respiratória na comunidade Patioba e orto_cardio_respiratória na comunidade Maloca. A análise textual do domínio Estrutura do Corpo, segundo a CIF, apresenta menos influência de deficiência moderada e grave em articulação em ambos os lados com ausência parcial, necessitando assim de facilitador intenso. Essas deficiências foram encontradas na área de neurologia e área de ortopedia associado a neurologia e cardiorrespiratória na comunidade Patioba e na área de ortopedia associado a cardiorrespiratória na comunidade Maloca.

Em -F1 e F2 foi identificado o domínio de Fatores Contextuais. Nesse domínio foram observadas correlações, porém mais fraca ainda, entre as palavras classificado (148,94%), deficiência_leve (133,33%), CIF (127,66%), limitação_leve (86,14%), facilitador_leve (83,33%), mobilidade_multiarticular (40,00%), medicamento (66,67%), função_do_corpo (66,67%), facilitador_moderado (65,57%), se_agachar (39,22%), quilombola_masculino (37,45%) e músculos_do_tronco (32,79%). Assim, pode-se relatar que em quilombolas masculinos houve correlação para classificar a função do corpo na CIF com deficiência leve em músculos do tronco, tendo o medicamento como facilitador leve para a limitação leve da mobilidade multiarticular e facilitador moderado para agachar-se, na comunidade Maloca nas áreas de ortopedia associado a cardiorrespiratória e na área somente de cardiorrespiratória

Já para -F1 e -F2 observam-se correlações fracas para a Atividade e Participação envolvendo as palavras limitação_grave (125%), estrutura do corpo (83,33%), facilitador_intenso (42,55%), esquerdo (66,67%), andar (59,93%), apresentar (59,93%), executar_tarefas (48,69%) e padrão_da_marcha (29,96%). Ou seja, menos correlação quando o domínio é Atividade e Participação em relação a Estrutura do Corpo que evidenciou limitação grave do lado esquerdo, necessitando de facilitador intenso para executar tarefas, padrão de marcha e andar, nas áreas de ortopedia da comunidade da Patioba, enquanto na comunidade Maloca foi na área de ortopedia associado a cardiorrespiratória.

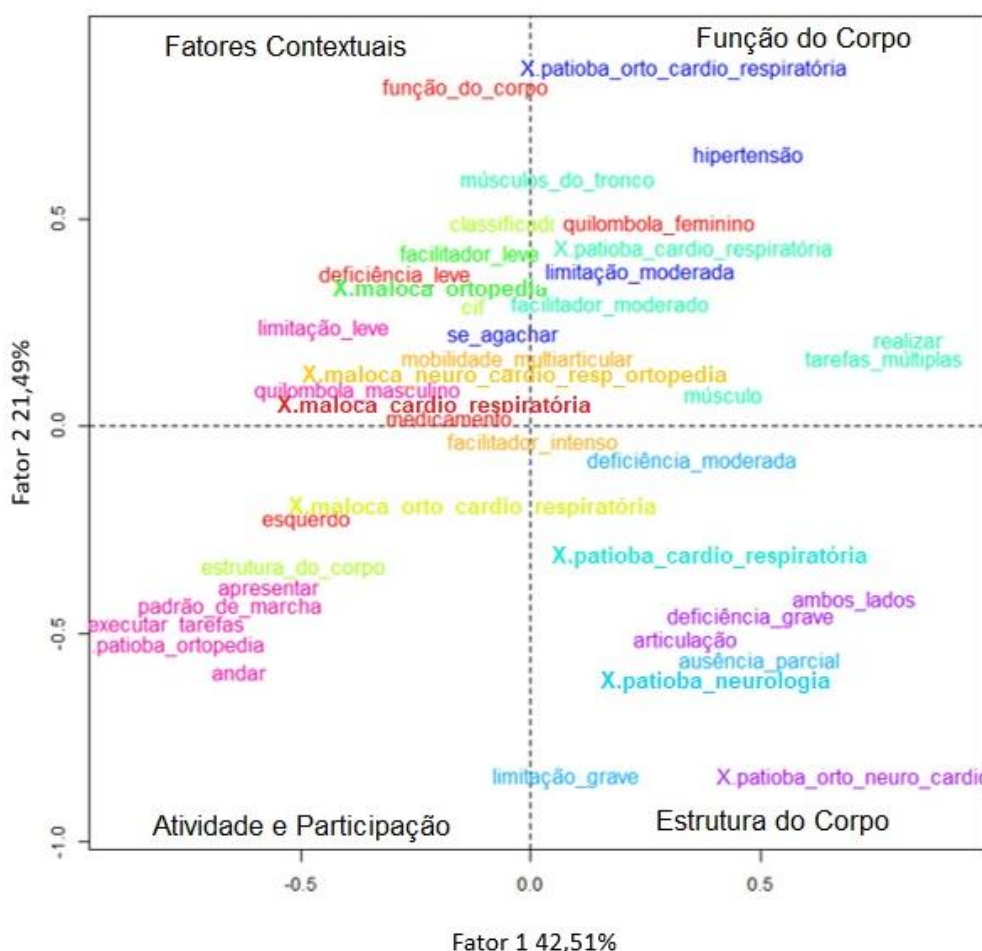


Figura 2: Análise Fatorial de Correspondência dos domínios Função e Estrutura do Corpo, Atividade Participação e Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das comunidades Patioba e Maloca.

A AFC associada à frequência relativa de especificidade das formas ativas das classes textuais permitiram a análise com perfil lexical, evidenciando adequação com a classificação da CIF, enquanto resultado quantitativo. As classes foram representativas das áreas de comprometimento expressadas nos quatro domínios da CIF e de acordo com Silva *et al*¹⁵ as classes podem sugerir palavras que representem as expressões do conteúdo estudado. E representam duas dimensões no plano fatorial, contribuindo assim para análise de conteúdo evidenciando as oposições lexicais^{16,17}.

A Função do Corpo induziu limitação moderada para movimento de várias articulações do tronco e agachar-se em mulheres da Patioba. Enquanto em homens, tanto da Patioba como da Maloca, divergiram quanto a limitação para esse movimento do tronco que foi leve, precisando de medicamento como facilitador leve; entretanto, a limitação para agachar-se foi semelhante entre as mulheres, nas áreas ortopedia e cardiorrespiratória, associados ou não entre si. Segundo Aubert-Lotarski; Capdevielle-Mognibas¹⁸ a AFC evidencia as oposições e diferenças evidenciadas no plano fatorial

às aproximações e distanciamento em duas dimensões, reforçadas pelas tendências das distribuições das formas linguísticas da temática estudada¹⁹.

DISCUSSÃO

A amostra desta pesquisa foi composta em sua maioria por idosos jovens das comunidades quilombolas Patioba e Maloca. Estudos demonstram uma expectativa de vida menor em idosos negros que vivem em área rural devido a menor procura por auxílio médico e por apresentarem mais DCNT^{20,21}. A estratificação por sexo demonstrou que o número de mulheres prevaleceu neste estudo, que corroborou com a literatura que tem identificado a feminização da velhice ao longo dos anos, inclusive em comunidades quilombolas. Essa feminização pode estar relacionada ao fato de que as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens no Brasil, um dado que pode estar embasado ao menor abuso de álcool e tabaco, à menor exposição aos de riscos de acidentes de trânsito e à maior procura pelos serviços de saúde^{22,23,24}. Também se destacou nas comunidades avaliadas a prevalência dos idosos que vivem acompanhados. De acordo com Schmitz *et al.*²⁵, os idosos que vivem acompanhados e têm uma grande rede de apoio estão protegidos quanto aos efeitos maléficos da solidão.

É notável o aumento do número de pesquisas sobre a avaliação dos aspectos da funcionalidade dos idosos^{26,27,28}. Porém estudos que avaliem esses aspectos em idosos quilombolas ainda são escassos²⁹. Um dos instrumentos que pode ajudar no crescimento da incidência desses estudos é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde, que propõe uma forma de registro das informações sobre as condições e os estados de saúde das populações que classifica o impacto dessas condições em termos de funcionalidade. Tais classificações devem ser utilizadas de forma conjunta, favorecendo a realização de comparações em pesquisas, registros de dados, alimentação de sistemas de informação, elaboração de relatórios e estatísticas em saúde pública³⁰.

A partir dos relatórios gerados pelo aplicativo móvel CIFSUS foi possível dividir a comunidade Patioba em cinco grupos (ortopedia / cardiorrespiratória / ortopedia e cardiorrespiratória / neurologia / ortopedia, cardiorrespiratória e neurologia) e a Maloca em três (ortopedia / cardiorrespiratória / ortopedia e cardiorrespiratória). As classificações realizadas de acordo com as funções do corpo da CIF demonstraram maiores disfunções nos grupos ortopedia, cardiorrespiratória; e ortopedia e cardiorrespiratória nas duas comunidades. Os itens funções relacionadas à mobilidade das articulações e força muscular, nos idosos das comunidades estudadas, demonstraram maior comprometimento. Numa revisão da literatura foi observada que a

força muscular é um preditor de mortalidade. A perda ocorre de maneira gradativa a partir da quinta década de vida³¹. De acordo com Shumway-Cook *et al.* (2005)³², as limitações de mobilidade na maioria dos casos estão relacionadas com o processo de envelhecimento, devido às perdas de massa muscular e densidade óssea, além dos desgastes articulares, acentuados a partir dos 70 anos de idade.

Também foi possível averiguar que a prevalência do aumento da pressão sanguínea nos idosos deste estudo assemelha-se aos achados observados nos estudos realizados em comunidades quilombolas do Maranhão e do Rio Grande do Sul^{33,34}. A prevalência dessa comorbidade em negros está associada tanto a uma predisposição étnica, quanto à extrema vulnerabilidade social percebida através da baixa renda, baixa escolaridade e dificuldade no acesso a serviços de saúde de qualidade³⁵. O estudo de Santos *et al.*³⁶ em 15 comunidades quilombolas sergipanas corrobora com essas informações, pois foi observada alta prevalência dessa doença nos participantes que participaram da pesquisa. Diante desse achado, os autores indicaram a necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde pela população negra. É notório que um acompanhamento e tratamento eficientes na Atenção Primária à Saúde (APS) geram resultados positivos de ações importantes na promoção da saúde, além de prevenir complicações decorrentes desse agravo³⁷.

Quanto ao qualificador da gravidade, do domínio Funções do Corpo, foram mais prevalentes deficiências leve e moderada nos idosos da Patioba; e moderada e grave nos participantes da Maloca, tanto no grupo de ortopedia quanto no grupo de ortopedia e cardiorrespiratória, o que é um dado preocupante. De acordo com O'Young *et al.*³⁸, o aumento da prevalência de deficiência com a idade reflete um acúmulo de riscos à saúde, incluindo doenças e lesões crônicas. Esses autores também referem que a deficiência em idosos é relativamente maior nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos, além de ser mais constatada em mulheres do que em homens.

Em relação ao domínio Estrutura do Corpo, o terceiro qualificador apontou que “ambos os lados” foi mais evidente nas alterações anatômicas apresentadas pelos idosos das duas comunidades. Segundo Melo *et al.*³⁹, as doenças musculoesqueléticas são prevalentes em idosos e os fatores associados podem ser de caráter intrínseco, tais como: idade avançada, sexo feminino, presença de comorbidades, fraqueza de membros inferiores, déficit de equilíbrio, diminuição de força de preensão e polifarmácia; ou extrínseco, que são relacionados ao estilo de vida, como peso corpóreo, sedentarismo, tempo de exposição ao tabaco, uso abusivo de álcool e deficiência de vitamina D. Os achados desta pesquisa corroboram com os resultados de outros estudos que demonstraram comprometimento bilateral em idosos com alterações estruturas musculoesqueléticas^{40,41}.

No estudo realizado por Romero *et al.*⁴² foi constatado que a população residente em áreas urbanas apresentou prevalência levemente superior de problema crônico de coluna à dos residentes em áreas rurais. De acordo com Griffioen e Van Dieën⁴³, as alterações musculares no tronco provenientes do envelhecimento, resultam num aumento da rigidez intrínseca e aumento da coativação antagônica com impacto no controle de tronco. A pesquisa de Teixeira *et al.*⁴⁴ também evidenciou alta prevalência de dor nas costas (50,5%) numa população quilombola da Bahia. No caso dos quilombolas, é provável que o trabalho braçal vinculado ao esforço físico ao longo dos anos tenha contribuído para maiores queixas álgicas e limitações funcionais.

No que se refere ao desempenho nas atividades e participação, observou-se que os participantes da Patioba e da Maloca apresentaram maior comprometimento para andar com predomínio dos qualificadores 1 (dificuldade leve) e 4 (dificuldade completa) respectivamente em cada comunidade. Na sequência, executar tarefas múltiplas também foi prevalente nas duas comunidades seguida, na maioria, dos qualificadores 1 (dificuldade leve) e 4 (dificuldade completa). Outra atividade prevalente foi mudar posição básica do corpo com dificuldade moderada para Patioba (qualificador 2) e dificuldade grave para Maloca (qualificador 4). Segundo Masson e Dallacosta⁴⁵, deve-se considerar que mobilidade prejudicada é um dos eventos que mais interferem na saúde dos idosos, associada à redução de força e potência muscular, incapacidade e dependência na realização de diversas atividades da vida diária.

Ainda a respeito do desempenho nas atividades e participação, vale ressaltar que 50% da amostra da comunidade Maloca apresentou dificuldade completa nas três atividades que foram mais prevalentes. Deve-se considerar que essa comunidade apresentou 100% de deficiência no componente funções do corpo nos três grupos avaliados por área de saúde (ortopedia; cardiorrespiratória e ortopedia e cardiorrespiratória). De acordo com Andrade *et al.*⁴⁶, a funcionalidade, segundo a CIF, reflete a potencialidade do indivíduo, de atuar de forma independente em sua vida, e integra as diversas dimensões de saúde (individual, biológica e social). Quando são observados prejuízos à funcionalidade, pela presença de deficiências, limitação de atividade ou restrição à participação, resulta-se em incapacidade.

Embora o uso de medicamentos ter sido citado como um fator ambiental facilitador tanto como leve, moderado e intenso para os idosos avaliados, é importante salientar o cuidado necessário quanto à polifarmácia no idoso. Deve-se considerar que o envelhecimento predispõe a um maior uso simultâneo de medicamentos devido às DCNT, porém cabe à família e aos profissionais envolvidos no cuidado do idoso a prudência em perceber se há iatrogenia nessa utilização. No estudo de Lopes *et al.*⁴⁷, foi observada alta prevalência de utilização de medicamentos inapropriados pelos

idosos que podem gerar consequências clínicas relevantes para a saúde pública devido ao risco de eventos adversos e impacto negativo na funcionalidade dessa população. De acordo com Nascimento *et al.*⁴⁸, a polifarmácia é uma realidade na população atendida no âmbito da atenção primária do SUS e pode estar relacionada ao uso exagerado de medicamentos. O principal desafio para qualificar a atenção em saúde é garantir que a prescrição de múltiplos medicamentos seja apropriada e segura.

De acordo com Kahraman *et al.*⁴⁹, é importante determinar declínios no funcionamento físico dos idosos baseado na estrutura da CIF a fim de compreender e estudar os determinantes e as condições de saúde entre esses sujeitos. Espera-se que essa classificação possibilite não apenas melhorar o entendimento da influência da condição de saúde no desempenho da realização de atividades de uma pessoa, mas também considerar que, além da complexa rede de estruturas e do funcionamento do corpo, fatores ambientais e pessoais também podem gerar impactos na funcionalidade do indivíduo. Por isso que a implementação da CIF pode promover a ruptura de alguns obstáculos a partir de um uso mais eficiente a fim de que pessoas com algum tipo de deficiência apresentem o máximo de funcionalidade dentro da sociedade⁵⁰, inclusive os idosos quilombolas.

Baseado nos resultados deste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A diferença do tamanho das amostras não permitiu uma análise através de testes estatísticos mais detalhados. A diferença de idade entre as duas comunidades também interferiu na análise. Outro ponto relevante foi a dificuldade de acesso aos idosos residentes na comunidade urbana que resultou em diversas idas da equipe a determinados domicílios.

CONCLUSÃO

Foram identificadas diversas alterações funcionais, estruturais e de desempenho relacionadas aos membros inferiores que resultaram em deficiências moderadas a graves que interferiram na capacidade funcional desses idosos. O déficit quanto à funcionalidade impactou na independência e autonomia, fazendo-se necessária a ampliação de estratégias públicas e do acesso à saúde em todos os seus âmbitos, oferecidos aos indivíduos quilombolas em estudo, por tratar-se de uma faixa etária vulnerável, que necessita de atenção especializada voltada às suas especificidades, visando melhoria nos indicadores de saúde.

COLABORADORES

FCOS Falcão colaborou com o desenvolvimento do *software* CIFSUS, coleta de dados, avaliação dos resultados, escrita do artigo, revisão do artigo e submissão do artigo. LA Santos colaborou com o desenvolvimento do *software* CIFSUS e coleta de dados. FF Santos, JT Costa e JO Silva colaboraram com o desenvolvimento do *software* CIFSUS, coleta e tabulação dos dados. IC Lima colaborou com a tabulação dos dados e análise qualitativa dos dados; CCC Oliveira colaborou com a concepção do projeto e desenvolvimento do *software* CIFSUS. EAF Cândido colaborou com a concepção do projeto, desenvolvimento do *software* CIFSUS, tabulação dos dados, análise estatística quanti-qualitativa dos dados; escrita do artigo e revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos quilombolas que aceitaram participar da pesquisa. Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde das comunidades quilombolas Patioba e Maloca, pelo empenho e profissionalismo na triagem dos idosos da amostra.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT e Coordenação do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa e Tecnologia de Sergipe (FAPITEC) e Secretaria de Estado da Saúde (SES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes SL, Galindo DCG, Valencia LP. Identidade quilombola: atuações no cotidiano de mulheres quilombolas no agreste de Alagoas. *Psicol Estud* 2020; 25: e45031.
- 2 Marques CE, Gomes, LA. Constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneos: limites e potencialidades. *RBCS* 2013; 28 (81): 137-153.
3. Fundação Cultural Palmares. *Tabela de CRQ completa* [periódico na Internet]. 2020 [acessado 2020 Nov 11]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-se-20072020.pdf>.

4. Santos DBC, Gomes MHP, Cardoso LCC, Oliveira LE, Lima SO, Oliveira CCC. Conhecimentos e atitudes sobre o controle do *Aedes aegypti* em comunidades quilombolas de Sergipe. *Saude Pesqu* 2021; 14(4): e80-49.
5. Rocha-Brischiliari S, Dell Agnolo CM, Gravena AAF, Lopes TCR, GRAVENA, Carvalho MDB, Pelloso, SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol* 2014; 27(1): 35-42.
6. Vaughn IA, Terry EL, Bartley EJ, Schaefer N, Fillingim RB. Racial-ethnic differences in osteoarthritis pain and disability: a meta-analysis. *J Pain* 2019; 20(6): 629-644.
7. Tough H, Siegrist J, Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health* 2017; 17(414): 1-18.
8. Moshki M, Khajavi A, Valilian F, Minaee S, Hashemizadeh H. The content comparison of health-related quality of life measures in heart failure based on the international classification of functioning, disability, and health: a systematic review. *J Cardiovasc Thorac Res* 2019; 11(3): 167-175.
9. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP; 2020.
10. Santos V, Salvador P, Gomes A, Rodrigues C, Tavares F, Alves K, Bezerril, M. Iramuteq nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. In: Suplemento do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 2017; Salamanca. p. 392- 401.
11. Sousa. ES, Rodrigues M, Rocha F, Martins C. Guia de utilização do software Alceste: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. *Embrapa Cerrados* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2022 Mar 24]. Disponível em:
<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/handle/doc/570666?locale=es>.
12. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. *Territórios Quilombolas* [on-line]. INCRA [periódico na Internet] 2019 [acessado 2020 Nov 11]. Disponível em:
https://www.gov.br/incra/pt-br/assuntos/governanca-fundiaria/andamento_processos.pdf.

13. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito pra análise de dados textuais. *Temas psicol* 2013, 21(2): 513-518.
14. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado DCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqu Prát Psicossociais* 2020; 15(2): e3283.
15. Silva JP, Bousfield ABS, Cardoso LH. A hipertensão arterial na mídia impressa: análise da revista Veja. *Psicol Saber Social* 2013, 2(2): 191-203.
16. Leblanc JM. Proposition de protocole pour l'analyse des données textuelles: pour une démarche expérimentale en lexicométrie. *NPSS* 2015; 11(1): 25-63.
17. Péliissier D. *Initiation à la lexicométrie: approche pédagogique à partir de l'étude d'un corpus avec le logiciel Iramuteq*. IDETCOM [periódico na Internet] 2017 [acessado 2022 Mar 24]. Disponível em: https://presnumorg.hypotheses.org/files/2016/04/Initiation_lexico_Iramuteq_Mars2017_v6.pdf.
18. Aubert-Lotarski A, Capdevielle-Mougnibas V. Dialogue méthodologique autour de l'utilisation du logiciel Alceste en sciences humaines et sociales: "lisibilité" du corpus et interprétation des résultats. In: *Actes des 6ème Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*; 2002; Toulouse. p. 45-56.
19. Lebart L, Salem A. Statistique textuelle. Paris [periódico na Internet] 1994 [acessado 2022 Mar 24]. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/livre/st94/st94-tdm.html>.
20. Goeres LM, Gille A, Furuno JP, Erten-Lyons D, Hartung DM, Calvert JF, Ahmed SM, Lee DSH. Rural-urban differences in chronic disease and drug utilization in older Oregonians. *J Rural Health* 2016; 32(3): 269–279.
21. Oh H, Noh H, Sims OT, Guo Y, Sawyer P. A comparison of urban and non-urban African Ameican older adults on health-related characteristics. *Soc Work Health Care* 2018; 57(9): 762-773.
22. Wallace JE. Gender diferences in beliefs of why women live longer than men. *Psychol Rep* 1996; 79(2): 587-589.
23. Maas AHEM. Empower women in healthcare to move women's health forward. *Maturitas* 2020; 136: 22-24.

24. Baum F, Musolino C, Gesesew HA, Popay J. New perspective on why women live longer than men: an exploration of power, gender, social determinants, and capitals. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 661.
25. Schimitz W, Mauritz S, Wagner M. Social relationships, living arrangements and loneliness. *Z Gerontol Geriat* 2021; 54 (Suppl 2):S120–S125.
26. McDougall J, Wright V, Dewit D, Miller L. ICF-Based functional components and contextual factors as correlates of perceived quality of life for youth with chronic conditions. *Disabil Rehabil* 2014; 36(25): 2143-2151.
27. Fontes APA, Fernandes AA, Botelho MA, Papoila AL. Proposta de um core set abreviado de avaliação da funcionalidade em cuidados pós-agudos geriátricos. *Port J Public Health* 2017; 35:101-113.
28. Postma SAE, Boven KV, Napel HT, Gerritsen DL, Assendelft WJJ, Schers H, Hartman TC. The development of an ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care. *J Clin Epidemiol* 2018, 103:92-100.
29. Da Silva VRO, Da Cunha RS, Pena JLC, De Almeida ANF, Rodrigues ETAF, Nemer CRB, Favacho VBC, Pena FPS. Capacidade funcional e esperança de vida em idosos quilombolas. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 (Suppl 3): e20190531
30. Luna JS, Monteiro GTR, Koifman RJ, Bergmann A. Classificação internacional de funcionalidade na reabilitação profissional: instrumentos de avaliação da incapacidade laboral. *Rev Saude Publica* 2020; 54:45.
31. Volaklis KA, Halle M, Meisinger C. Muscular strength as a strong predictor of mortality: a narrative review. *Eur J Intern Med* 2015; 26(5): 303-310.
32. Shumway-Cook A, Ciol MA, Yorkston KM, Hoffman JM, Chan L. Mobility limitations in the medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(7):1217-1221.
33. Varga IVD, Cardoso RLS. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. *Saúde Soc São Paulo* 2016; 25 (3): 664-671.

34. Pauli S, Bairos FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2010; 24 (9): 3293-3303.
35. Aambo A, Klemsdal TO. Cardiovascular disease and diabetes in patients with African or Asian background. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2017; 137 (22): 1-9.
36. Santos DMS, Prado BS, Oliveira CCC, Almeida-Santos MA. Prevalence of systemic arterial hypertension in quilombola communities, state of Sergipe, Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2019; 113 (3): 383-390.
37. Portela GZ. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Rev Saude Coletiva* 2017; 27 (2): 255-276.
38. O'Young B, Gosney J, Ahn C. The concept and epidemiology of disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2019; 30: 697-707.
39. Melo ACF, Nakatani AYK, Pereira LV, Menezes RL, Pagotto V. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. *Cad Saúde Colet* 2017; 25 (2): 138-143.
40. Kurowicki J, Triplet JJ, Rosas S, Berlung DD, Horn B, Levy JC. Comparative outcomes of various combinations of bilateral shoulder arthroplasty. *Hand* 2020; 15 (5):707-712.
41. Wu Z, Zhu Y, Xu W, Liang J, Guan Y, Xu X. Analysis of biomechanical properties of the lumbar extensor myofascia in elderly patients with chronic low back pain and that in healthy people. *Biomed Res Int* 2020; 18: 7649157.
42. Romero DE, Santana D, Borges P, Marques A, Castanheira D, Rodrigues JM. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34(2):e00012817.
43. Griffion M, Van Dieen JH. Effects of age and sex on trunk motor control. *J Biomech* 2020; 26 (102): 109607.
44. Teixeira EP, Mussi RFF, Petroski EL, Munaro HLR, Figueiredo ACMG. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. *Fisioter Pesqui* 2019; 26(1):85-90.

45. Masson L, Dallacosta FM. Vulnerability in the elderly and its relationship with the presence of pain. *BrJP* 2019; 2(3): 213-216.
46. Andrade LEL, Oliveira NPD, Ruaro JA, Barbosa IR, Dantas DS. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde Debate* 2020; 41(114):812-823.
47. Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AMM. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21 (11): 3429-3438.
48. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra-Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, Leite SN, Costa KS, Soeiro OM, Guibu A, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2017; 51 Supl 2:19s.
49. Kahraman T, Çekok FK, Ügüt O, Keskinoglu P, Genç A. One-year change in the physical functioning of older people according to the International Classification of Functioning Domains. *J Geriatr Phys Ther* 2021; 44(1):E9-E17.
50. Piexak DR, Cezar-Vaz MR, Bonow CA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma análise de conteúdo. *Rev Fund Care Online* 2019;11(n. esp):363-369.