

Iniquidades raciais e indicadores biopsicossociais de idosos*

Alisson Fernandes Bolina¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>

Nayara Gomes Nunes Oliveira²

 <https://orcid.org/0000-0003-4170-8761>

Paulo Henrique Fernandes dos Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4533-0129>

Darlene Mara dos Santos Tavares^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>

Destaques: **(1)** A autodeclaração de cor/raça branca predominou entre os idosos. **(2)** A cor/raça preta foi fator de proteção para a autoavaliação da saúde negativa. **(3)** A cor/raça preta foi fator de proteção para o indicativo de sintomas depressivos. **(4)** A cor/raça preta associou-se ao maior escore de apoio social. **(5)** A cor/raça preta associou-se ao menor número de morbidades.

Objetivo: analisar a associação da cor da pele/raça autorreferida com indicadores biopsicossociais de idosos. **Método:** estudo transversal conduzido com 941 idosos de uma comunidade na microrregião de saúde no Brasil. Os dados foram coletados no domicílio e com instrumentos validados no país. Procedeu-se à análise descritiva e regressão logística binária, multinomial e linear ($p < 0,05$). **Resultados:** a autodeclaração de cor/raça branca predominou entre os idosos (63,8%). A cor/raça preta foi fator de proteção para a autoavaliação da saúde péssima/má ($OR=0,40$) e regular ($OR=0,44$) e para o indicativo de sintomas depressivos ($OR=0,43$); e associou-se ao maior escore de apoio social ($\beta=3,60$) e ao menor número de morbidades ($\beta=-0,78$). **Conclusão:** os achados denotam que, independentemente de características sociodemográficas e econômicas, os idosos da cor/raça preta apresentaram os melhores desfechos dos indicadores biopsicossociais.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso; Desigualdade em Saúde; Distribuição por Etnia; Fatores Raciais; Enfermagem Geriátrica.

* Apoio Financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), APQ n. 407978/2016-0 e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), APQ n. 0189417, Brasil.

¹ Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Uberaba, MG, Brasil.

³ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) 1D, Brasil.

Como citar este artigo

Bolina AF, Oliveira NGN, Santos PHF, Tavares DMS. Racial inequities and biopsychosocial indicators in older adults. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3514. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5634.3514>

Introdução

No Brasil, a partir do censo demográfico de 1991, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adotou o critério da autoclassificação segundo a cor da pele/raça em cinco categorias: branco, preto, pardo, indígena e amarelo⁽¹⁾. A composição racial da população idosa no país vem se transformando ao longo dos anos. Em 2000, 61,7% dos idosos brasileiros se autodeclararam brancos, 29,5% pardos e 6,9% pretos⁽²⁾ e, em 2015, observou-se diminuição da proporção de idosos da cor/raça branca (52,2%) e aumento de pardos (37,4%) e pretos (9,2%)⁽¹⁾. Entretanto, as mudanças ocorridas no país no âmbito econômico, político e de saúde ainda não mitigaram as desigualdades nas condições de saúde dos grupos raciais de idosos brasileiros⁽³⁻⁴⁾.

As iniquidades raciais em saúde decorrem de inadequações quanto aos hábitos de vida e ao acesso aos recursos sociais e de saúde⁽³⁻⁵⁾. Neste contexto, a cor/raça é tida como um marcador de posição social⁽⁴⁾ que reflete na distribuição distinta de fatores de risco, proteção e de agravos à saúde que se acumulam ao longo da vida⁽³⁾.

Apesar das evidências de que as condições de saúde e sociais diferem entre idosos segundo a cor/raça^(3-4,6-8), há controvérsias sobre se as alterações nos indicadores biopsicossociais estão diretamente associadas às questões raciais⁽⁹⁾. Estes indicadores são comumente utilizados na avaliação da saúde do idoso e envolvem características sociodemográficas e econômicas^(3,5,6-8), condições de saúde, como a presença de fragilidade⁽¹⁰⁾, polimorbidade^(3,5,6-8), indicativo de sintomas depressivos^(3,8), incapacidade funcional⁽⁵⁻⁶⁾ e baixo desempenho físico⁽⁶⁻⁷⁾, além de autoavaliação da saúde⁽³⁾ e redes de apoio sociais⁽⁸⁾.

Em pesquisas nacionais⁽³⁻⁴⁾ e internacionais⁽⁶⁻⁸⁾, observou-se que as condições de saúde e sociais diferiram entre os idosos brancos, pardos e pretos. Todavia, em outros estudos, verificou-se, independentemente dos diferenciais sociodemográficos e econômicos e do contexto em que os indivíduos estão inseridos, que as iniquidades em saúde não podem ser atribuídas diretamente à cor/raça⁽⁹⁾. Nesta perspectiva, buscou-se investigar essa temática, com a finalidade de ampliar o conhecimento e subsidiar a prática clínica na atenção ao idoso.

Cabe destacar que as disparidades étnicas ou raciais de saúde no idoso têm sido amplamente estudadas em países desenvolvidos, em especial, nos Estados Unidos (EUA)⁽¹¹⁾. Embora o Brasil seja uma nação que apresenta uma diversidade étnico-racial, o conhecimento científico acerca dos indicadores biopsicossociais entre idosos com recorte racial ainda é incipiente⁽³⁻⁴⁾, o que dificulta a compreensão da influência das iniquidades raciais nessa fase da vida.

Assim, objetivou-se analisar a associação da cor da pele/raça autorreferida com os indicadores biopsicossociais de idosos.

Método

Delineamento do estudo

Inquérito domiciliar, analítico e transversal realizado na área urbana de uma microrregião de saúde do estado de Minas Gerais localizada no sudoeste do Brasil. Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes do *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys guidelines and Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos transversais⁽¹²⁾.

População e amostra

A população foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais de idade residentes na área urbana. Foi utilizada a técnica de amostragem por conglomerado em múltiplo estágio para definição da amostra. Para tanto, considerou-se o coeficiente de determinação $R^2 = 0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com 12 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, portanto, em poder estatístico apriorístico de 80%. Por meio do aplicativo *Power Analysis and Sample Size*® (PASS®), versão 13, foram introduzidos os valores descritos acima e obteve-se tamanho amostral de, no mínimo, 798 idosos. Foi adicionado nesse valor amostral um percentual de 20% considerando a possibilidade de perda de amostragem, totalizando em 956 o número final de tentativas de entrevista.

Definiram-se como critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade e residir na área urbana da microrregião de saúde, de Minas Gerais, Brasil. Excluíram-se os idosos com declínio cognitivo, avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹³⁾; com sequelas graves de acidente vascular cerebral; doença de *Parkinson* autorreferida, em estágio grave ou instável; e/ou com problemas de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala. Foram recrutados 956 idosos, dos quais 15 apresentaram declínio cognitivo. Assim, a amostra final do estudo foi de 941 idosos.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no domicílio dos idosos de março de 2017 a junho de 2018 por meio de entrevista direta e testes de desempenho físico com o uso de instrumentos validados para a realidade brasileira, conforme descritos a seguir. Foram selecionados dez entrevistadores da área da saúde, os quais passaram

por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas da pesquisa. Ressalta-se que os entrevistadores foram treinados pelos pesquisadores, membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, e acompanhados até o momento em que puderam demonstrar as habilidades necessárias para a aplicação dos instrumentos utilizados no atual estudo.

Num primeiro momento, os entrevistadores realizaram a avaliação cognitiva do idoso, um dos critérios de exclusão, por meio da aplicação do MEEM, considerando os pontos de corte: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para escolaridade baixa (1 a 4 anos incompletos) e média (4 a 8 anos incompletos) e ≤ 26 para alta escolaridade (≥ 8 anos completos)⁽¹³⁾.

Variáveis explanatórias e de ajuste

Os dados sociodemográficos e econômicos foram obtidos mediante a aplicação de um questionário estruturado, construído e amplamente utilizado pelos pesquisadores deste estudo que contempla as seguintes informações: sexo (masculino e feminino); faixa etária, em anos (60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais) e idade (variável numérica); estado conjugal (nunca se casou, casado, viúvo e divorciado/separado); faixa de escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade, 1 a 3, 4 a 7 anos e 8 ou mais) e escolaridade, em anos de estudo, (variável numérica); e renda individual mensal, em salários-mínimos (sem renda, até 1, 1 a 3, 4 e mais).

Variável independente – cor/raça

A classificação de cor da pele/raça autorreferida (branca, preta, parda e amarela) foi utilizada conforme definido em censo demográfico do país⁽¹⁾. Os dados foram obtidos por meio da questão: O (a) Senhor (a) se considera de qual cor da pele/raça?

Variáveis dependentes - indicadores biopsicossociais

A síndrome de fragilidade foi avaliada por meio dos cinco componentes do fenótipo de fragilidade⁽¹⁴⁾: 1. Perda de peso não intencional: avaliada pela pergunta: "No último ano, o senhor perdeu mais de 4,5 kg sem intenção (isto é, sem dieta ou exercício)?"; 2. Diminuição da força muscular: verificada com base na força de preensão manual (FPM) por meio do dinamômetro hidráulico manual. Foram obtidas três medidas, apresentadas em quilograma/força (kgf) com um intervalo de um minuto entre elas, sendo considerado o valor médio. Adotaram-se os pontos de corte ajustados pelo sexo e índice de massa corporal (IMC): homens (IMC $\leq 24,0$ e FPM $\leq 29,0$; IMC 24,1 – 26,0 e FPM $\leq 30,0$; IMC 26,1 – 28,0 e FPM $\leq 30,0$; IMC $> 28,0$ e FPM $\leq 32,0$) e mulheres (IMC $\leq 23,0$

e FPM $\leq 17,0$; IMC 23,1- 26,0 e FPM $\leq 17,3$; IMC 26,1 – 29,0 e FPM $\leq 18,0$; IMC $> 29,0$ e FPM $\leq 21,0$)⁽¹⁴⁾; 3. O autorrelato de exaustão e/ou fadiga foi mensurado por meio de duas questões (itens 7 e 20) da versão brasileira da escala de depressão do *Center for Epidemiologic Studies*. Os idosos com pontuação dois ou três em qualquer uma das questões preencheram o critério de fragilidade para esse item⁽¹⁵⁾; 4. Lentidão na velocidade de marcha: foi considerado o tempo de marcha (em segundos). O idoso percorreu uma distância total de 8,6 m, sendo os 2 m iniciais e os 2 m finais desconsiderados para o cálculo do tempo gasto na marcha. Realizaram-se três medidas, considerando-se o valor médio. Para tal, utilizou-se como padrão o cronômetro profissional da marca Vollo®, modelo VL-1809, e foram considerados os pontos de corte ajustados pelo sexo e altura, sendo para homens (Altura ≥ 173 cm e Tempo ≥ 7 s; Altura > 173 cm Tempo ≥ 6 s) e para mulheres (Altura ≥ 159 cm e Tempo ≥ 7 s; Altura > 159 cm e Tempo ≥ 6 s)⁽¹⁴⁾; 5. Baixo nível de atividade física: medido pelo dispêndio semanal de energia em Kcal e mensurado por meio da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), adaptada para idosos⁽¹⁶⁾. A classificação utilizada para esse componente considerou ativos àqueles que despendiam 150 min ou mais de atividade física semanal; e inativos idosos que despendiam de 0 a 149 min de atividade física semanal⁽¹⁷⁾. Idosos com três ou mais dos itens, descritos acima, são classificados como frágeis, aqueles com um ou dois itens como pré-frágil e aqueles com todos os testes negativos como robustos ou não frágeis⁽¹⁴⁾.

O número de morbidades autorreferidas e autoavaliação de saúde foi mensurado mediante a aplicação do instrumento elaborado pelos pesquisadores do estudo. A variável autoavaliação da saúde foi classificada em três categorias: muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim. O número de morbidades foi considerado variável numérica.

As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) foram mensuradas pelo Índice de Katz, adaptado à realidade brasileira e composto de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado⁽¹⁸⁾. Para cada item, há três possibilidades de respostas, sendo que a primeira e a segunda denotam independência e a terceira, dependência⁽¹⁸⁾. Para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), utilizou-se a Escala de Lawton & Brody (1969), adaptada no Brasil⁽¹⁹⁾. Essa escala é composta de nove itens que possuem para cada questão três alternativas de resposta: independência, necessidade de ajuda parcial e necessidade de ajuda total/não consegue realizar a atividade. Com base nesses instrumentos, o idoso foi classificado em independente ou dependente para ABVD e AIVD.

Para a mensuração do desempenho físico, utilizouse a versão brasileira da *Short Physical Performance Battery* (SPPB) composta da somatória da pontuação adquirida nos testes de equilíbrio, velocidade da marcha e levantar-se da cadeira cinco vezes consecutivas e com escore total que varia de 0 (incapacidade) a 12 (melhor desempenho), isto é, a maior pontuação representa um melhor desempenho físico⁽²⁰⁾.

A sintomatologia depressiva foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, validada no Brasil, composta de 15 questões e com escore total que varia de 0 a 15 pontos⁽²¹⁾. Considerou-se a soma total de pontos maior que 5 como indicativo de sintomas depressivos⁽²¹⁾.

Para identificar a rede e o apoio social, foi utilizada a Escala de Rede e de Apoio Social, traduzida e validada, no Brasil⁽²²⁾. A rede social foi mensurada por meio de duas questões, dentre elas: "Com quantos parentes, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?" e "Com quantos amigos, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?". O apoio social é medido pela frequência com que o idoso dispõe de apoio material, ou seja, a provisão de recursos práticos e materiais como, por exemplo, a ajuda no trabalho ou auxílio financeiro; interação social positiva/apoio afetivo que refletem na possibilidade de se ter alguém para realizar atividades de lazer e oferecer demonstrações físicas de amor e afeto; e o apoio emocional/de informação que consiste na habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação aos problemas emocionais e no fato de poder contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem⁽²²⁾. O escore final e para cada uma das dimensões varia de 20 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social⁽²²⁾.

A independência de comunicação foi avaliada por meio da Escala de Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação (ASHA-FACS)⁽²³⁾ aplicada ao cuidador/familiar e composta de quatro domínios: Comunicação Social, relacionada com situações sociais que exigem interação com o falante; Comunicação de Necessidades Básicas, ou seja, a reação às situações de necessidade e emergência; Leitura, Escrita e Conceitos Numéricos que consistem na capacidade que os idosos têm para anotar um recado, identificar rótulos de alimentos e/ou preencher pequenos formulários; e o Planejamento Diário, que envolve a noção de agenda a cumprir e compromissos, uso do telefone e calendário⁽²³⁾. A ASHA-FACS é graduada como uma escala de sete pontos, que avalia o desempenho da comunicação ao longo do "continuum" de independência, em termos de níveis de assistência e/ou prontidão necessários à comunicação⁽²⁴⁾. Nessa graduação, sete significa que o indivíduo tem desempenho adequado no item, sem necessidade de qualquer auxílio; seis - necessita de assistência mínima para desempenho

adequado; cinco - assistência mínima a moderada; quatro - assistência moderada; três - assistência de moderada a máxima; dois - assistência máxima; e um - não é capaz de determinado comportamento, mesmo com assistência máxima para isso. Ao final, calcula-se a média ponderada chegando-se ao valor médio de independência de comunicação⁽²³⁾.

Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados com dupla digitação independente e em planilhas eletrônicas no programa Excel®, as quais, posteriormente, foram comparadas, com o propósito de eliminar a possibilidade de erros de digitação. Procedeu-se à exportação do banco de dados final para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 22.0, para fins de análises dos dados.

Foi realizada análise estatística descritiva pela distribuição de frequências (absolutas e percentuais) para as variáveis qualitativas e pelas medidas de dispersão e centralidade (média e desvio-padrão) para as variáveis quantitativas. Para analisar a associação da cor/raça com os indicadores biopsicossociais de idosos da comunidade, realizaram-se os modelos de regressão linear, de regressão logística binária ou de regressão multinomial, dependendo da natureza da variável dependente. Posteriormente, esses modelos foram ajustados para as variáveis: sexo, idade (anos), estado conjugal, escolaridade (anos de estudo) e renda individual mensal. Para todas as análises, foram adotados o nível de significância (α) de 5% e os testes considerados significativos quando $p \leq \alpha$.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado no dia 09 de maio de 2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, protocolo n.º 2.053.520. Aos idosos foram apresentados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Depois da anuência do idoso e assinatura do referido Termo, procedeu-se à entrevista seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde.

Resultados

Do total de participantes do estudo ($n=941$), verificou-se que a maioria dos idosos autodeclarou como cor/raça branca (63,8%), seguida de parda (25,3%) e preta (10,9%).

Conforme demonstrado na Tabela 1, os maiores percentuais de idosos brancos, pardos e pretos foram do sexo feminino, faixa etária de 70 a 79 anos, casados, com 4 a 7 anos de estudos e renda individual mensal de até um salário-mínimo.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e econômicas segundo a cor da pele/raça autorreferida dos idosos residentes na microrregião de saúde (n=941). Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Variáveis	Cor/raça							
	Branca		Parda		Preta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	411	68,5	157	66,0	61	59,2	629	66,8
Masculino	189	31,5	81	34,0	42	40,8	312	31,2
Faixa etária (em anos)								
60 a 69	216	36,0	96	40,3	39	37,9	351	37,3
70 a 79	242	40,3	98	41,2	50	48,5	390	41,5
80 e mais	142	23,7	44	18,5	14	13,6	200	21,2
Estado conjugal								
Nunca se casou	41	6,8	13	5,5	9	8,7	63	6,7
Casado(a)	260	43,3	103	43,3	41	39,8	404	42,9
Viúvo(a)	240	40,0	92	38,7	37	35,9	369	39,2
Divorciado(a)	59	9,8	30	12,6	16	15,5	105	11,2
Escolaridade (em anos)								
Nenhum	76	12,7	60	25,2	31	30,1	167	17,8
1 a 3	137	22,8	56	23,5	26	25,2	219	23,3
4 a 7	229	38,2	94	39,5	36	35,0	359	38,1
8 e mais	158	26,3	28	11,8	10	9,7	196	20,8
Renda individual mensal¹								
sem renda	32	5,3	13	5,5	6	5,8	51	5,4
até 1 salário	296	49,3	131	55,0	59	57,3	486	51,6
1 a 3	226	37,7	88	37,0	34	33,0	348	37,0
4 e mais	46	7,7	6	2,5	4	3,9	56	6,0

¹Salário-mínimo vigente no período de coleta de dados: 2017 (R\$ 937,00) e 2018 (R\$ 954,00)

Na Tabela 2 está apresentada a distribuição das frequências absoluta e relativa, da média e do desvio-padrão de indicadores biopsicossociais dos idosos

residentes na microrregião de saúde (MG) segundo a cor da pele/raça autorreferida.

Tabela 2 – Distribuição dos indicadores biopsicossociais dos idosos residentes na microrregião de saúde (n=941) segundo a cor da pele/raça autorreferida. Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Indicadores biopsicossociais	Cor/raça		
	Branca n*(%)/média(DP) [‡]	Parda n*(%)/média(DP) [‡]	Preta n*(%)/média(DP) [‡]
Condição de fragilidade			
Frágil	155 (25,8%)	48 (20,2%)	29 (28,2%)
Pré-frágil	279 (46,5%)	119 (50,0%)	38 (36,9)
Não frágil	166 (27,7%)	71 (29,8%)	36 (35,0)
Autoavaliação da saúde			
Péssima/má	97 (16,2%)	45 (18,9%)	13 (12,6%)
Regular	246 (41,0%)	87 (36,6%)	31 (30,1%)
Boa/ótima	257 (42,8%)	106 (44,5%)	59 (57,3%)
Número de morbidades	6,50 (± 3,38)	6,83 (± 3,46)	5,72 (± 3,30)
ABVD[§]			
Dependente	42 (7,0%)	19 (8,0%)	6 (5,8%)
Independente	558 (93,0%)	219 (92,0%)	97 (94,2%)
AIVD			
Dependente	449 (74,8%)	177 (74,4%)	74 (71,8%)
Independente	151 (25,2%)	61 (25,6%)	29 (28,2%)
Desempenho físico	8,00 (± 3,24)	8,32 (± 3,06)	8,17 (± 3,27)
Indicativo de sintomas depressivos	<i>(continua na próxima página...)</i>		

Indicadores biopsicossociais	Cor/raça		
	Branca n*(%) [†] /média(DP) [‡]	Parda n*(%) [†] /média(DP) [‡]	Preta n*(%) [†] /média(DP) [‡]
Sim	147 (24,5%)	63 (26,5%)	103 (13,6%)
Não	453 (75,5%)	175 (73,5%)	89 (86,4%)
Independência de comunicação	6,46 (± 0,78)	6,36 (± 0,74)	6,31 (± 0,78)
Apoio social	88,02 (± 16,88)	87,76 (± 17,39)	90,15 (± 14,64)
Rede social	5,07 (± 4,70)	5,40 (± 5,07)	4,83 (± 4,48)

*n = Frequência absoluta; [†]% = Frequência percentual; [‡]DP = Desvio-padrão; [§]ABVD = Atividades básicas da vida diária; ^{||}AIVD = Atividades instrumentais da vida diária

Verificou-se que a cor/raça preta se consolidou como fator de proteção para autoavaliação de saúde péssima/má (OR: 0,40; IC:0,20–0,78) e regular (OR: 0,44; IC:0,27–0,72) e para o indicativo de sintomas depressivos (OR: 0,43; IC: 0,23–0,79) após o ajuste para as variáveis potenciais

confundidoras. Ainda, identificou-se, que a cor/raça preta se associou ao maior escore de apoio social (β : 3,60; IC: 0,07–7,14) e ao menor número de morbidades (β : -0,78; IC: -1,47– -0,08) independentemente do sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e renda mensal individual (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelos de regressão bruta e ajustada da associação da cor da pele/raça autorreferida com os indicadores biopsicossociais de idosos residentes na microrregião de saúde (n=941). Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Indicadores biopsicossociais	Análise regressão bruta		Análise regressão ajustada*	
	Cor/raça		Cor/raça	
	Parda β / [†] OR [‡] (IC) [§]	Preta β / [†] OR [‡] (IC) [§]	Parda β / [†] OR [‡] (IC) [§]	Preta β / [†] OR [‡] (IC) [§]
Síndrome de fragilidade				
Frágil	0,72 (0,47–1,11)	0,86 (0,51–1,47)	0,67 (0,42–1,07)	0,91 (0,50–1,65)
Pré-frágil	0,99 (0,70–1,42)	0,63 (0,38–1,03)	0,96 (0,66–1,38)	0,61 (0,37–1,03)
Não frágil	1	1	1	1
Autoavaliação da saúde				
Péssima/má	1,12 (0,74–1,77)	0,58 (0,31–1,11)	0,85 (0,54–1,32)	0,40 (0,20–0,78)
Regular	0,86 (0,62–1,20)	0,55 (0,34–0,88)	0,72 (0,51–1,02)	0,44 (0,27–0,72)
Boa/ótima	1	1	1	1
Número de morbidades	0,33 (-0,17–0,84)	-0,78 (-1,49– -0,07)	0,22 (-0,28–0,72)	-0,78 (-1,47– -0,08)
ABVD[§]				
Dependente	1,15 (0,66–2,03)	0,82 (0,34–1,99)	1,23 (0,68–2,22)	0,97 (0,39–2,40)
Independente	1	1	1	1
AIVD^{**}				
Dependente	0,98 (0,69–1,38)	0,86 (0,54–1,37)	0,91 (0,63–1,33)	0,85 (0,51–1,40)
Independente	1	1	1	1
Desempenho físico	0,31 (-0,17–0,79)	0,16 (-0,51–0,83)	0,26 (-0,21–0,72)	-0,01 (-0,65–0,64)
Indicativo de sintomas depressivos				
Sim	1,11 (0,79–1,56)	0,48 (0,27–0,88)	1,03 (0,71–1,45)	0,43 (0,23–0,79)
Não	1	1	1	1
Independência de comunicação	-0,09 (-0,21–0,02)	-0,15 (-0,31–0,01)	0,00 (-0,10–0,11)	-0,038 (-0,19–0,11)
Apoio social	-0,25 (-2,77–2,27)	2,13 (-1,38–5,64)	0,54 (-2,00–3,08)	3,60 (0,07–7,14)
Rede social	0,33 (-0,39–1,05)	-0,24 (-1,24–0,76)	0,49 (-0,24–1,22)	-0,09 (-1,11–0,92)

Categoria de referência: cor/raça branca

*Análise ajustada para as variáveis: sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e renda; [†] β = Coeficiente de regressão linear; [‡]OR = Odds Ratio (Regressão logística binária ou multinomial); [§]IC = Intervalo de Confiança; ^{||}p<0,05; [§]ABVD = Atividades básicas da vida diária; ^{**}AIVD = Atividades instrumentais da vida diária

Discussão

Este estudo explorou a associação da cor da pele/raça autorreferida com indicadores biopsicossociais numa amostra representativa de idosos da comunidade de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, Brasil. Os achados demonstraram que: a) a maioria dos idosos autodeclarou como de cor/raça branca, seguida de parda e preta; b) a cor/raça preta se consolidou como fator de proteção para a autoavaliação de saúde péssima/má e regular e para o indicativo de sintomas depressivos, independentemente do sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e renda; c) a cor/raça preta também esteve associada ao maior escore de apoio social e ao menor número de morbidades, mesmo após o ajuste.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a maior parte da população geral, no Brasil, em 2018 se autodeclarou parda (46,5%), seguida de branca (43,1%), preta (8,3%) e amarela ou indígena (1,2%). Porém, ao analisar esses dados segundo a faixa etária, constatou-se que, entre os idosos brasileiros, a maioria autorreferiu-se como de cor/raça branca (50,7%), seguida de parda (39,2%) e preta (8,8%)⁽²⁵⁾, o que corrobora os achados do atual estudo e demonstra um alinhamento amostral em relação à população idosa do país.

O maior índice de idosos autodeclarados brancos coaduna com as estatísticas de mortalidade e expectativa de vida no país, que evidenciam maior proporção de morte precoce entre pretos e pardos⁽³⁾. Tais dados reforçam iniquidades raciais observadas na sociedade brasileira, fazendo com que muitas pessoas negras não vivenciem a velhice⁽²⁶⁾, especialmente àquelas em condições desfavoráveis de vida, de saúde e socioeconômicas.

Como efeito, segundo estudo realizado nos EUA, em Pittsburgh e Memphis, idosos que se autodeclararam pretos apresentaram menor sobrevivência quando comparados aos brancos⁽⁷⁾, o que resultaria no viés de sobrevivência daqueles que fazem parte dos grupos raciais mais vulneráveis⁽²⁷⁾, ou seja, uma amostra de idosos pretos sobreviventes mais seleta. Alinhado a esse pressuposto, verificou-se no estudo em tela menor percentual de idosos pretos e pardos com 80 anos e mais em relação aos brancos. A fim de minimizar efeito de confusão no presente estudo a associação da cor da pele/raça autorreferida com indicadores biopsicossociais foi ajustada para a variável idade.

Além disso, outro dado que chamou a atenção foi o maior percentual de idosos pardos e pretos sem escolaridade comparados aos brancos. Destaca-se que o letramento em saúde pode interferir na autopercepção de saúde de idosos negros⁽¹¹⁾. Considerando que a escolaridade é uma das causas de iniquidade em saúde entre idosos⁽³⁾, as análises também foram ajustadas para essa variável.

Na literatura mundial, identificaram-se achados contraditórios no tocante à associação da cor/raça com os indicadores biopsicossociais de idosos^(11,28). Se, por um lado, pesquisas verificaram que as iniquidades raciais observadas no estado de saúde permaneceram de forma independente das diversidades socioeconômicas e contextuais⁽¹¹⁾, por outro lado, evidências demonstraram que essa variável explicou parcialmente os desfechos analisados, sendo que as desigualdades socioeconômicas e/ou o contexto social tiveram efeito mais relevante na saúde dos idosos⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Independentemente do efeito direto dessa variável ou em conjunto com os aspectos socioeconômicos, é fundamental considerar a cor/raça para compreender as iniquidades em saúde da população idosa brasileira⁽²⁹⁾. Quanto aos indicadores de autoavaliação de saúde do presente estudo, resultado semelhante foi evidenciado em pesquisa conduzida com 3594 idosos, nos EUA, a qual verificou que os negros eram mais propensos à autoavaliação positiva de saúde (excelente/muito bom/bom) em relação aos hispânicos e chineses ($p=0,015$)⁽³⁰⁾. Na África do Sul, estudo realizado com 3284 idosos também constatou que os participantes de cor/raça branca e parda apresentaram pior estado de saúde autorreferido em comparação aos negros africanos⁽¹¹⁾. Destaca-se que a África do Sul é um país desenvolvido, com uma grande diversidade étnico-racial e cultural e com população idosa majoritariamente negra⁽¹¹⁾.

Na literatura brasileira, em contrapartida, os achados prévios são divergentes; enquanto alguns evidenciaram que idosos negros tiveram pior autoavaliação de saúde em relação aos brancos^(29,31), outro estudo não verificou associação entre essas variáveis⁽³⁾. Sabe-se que as diferenças raciais/étnicas e culturais podem refletir nas medidas subjetivas autorreferidas de idosos^(27,32) como a autoavaliação de saúde. Sendo assim, essa medida pode não representar os mesmos aspectos entre os diferentes grupos raciais/étnicos e culturais, o que torna consistentes as diferenças dos achados entre os estudos supracitados.

Alguns estudiosos americanos têm fomentado a teoria de que indivíduos negros, devido à privação material e/ou racismo ao longo da vida, desenvolvem ajustes mais saudáveis para lidar com as adversidades em relação aos brancos⁽³³⁻³⁴⁾. É possível, dessa forma, que a cor/raça preta como fator de proteção para autoavaliação de saúde péssima/má no presente estudo esteja relacionada com maior capacidade de enfrentamento desse grupo para lidar com os desafios decorrentes da senilidade e senescência, adquirida outrora ao longo da vida.

Adicionalmente, idosos que compõem as minorias raciais/étnicas, tais como os afro-americanos, tendem a maximizar recursos e otimizar o seu bem-estar⁽³⁵⁾, refletindo positivamente na saúde mental. Esse dado

coaduna com o presente estudo ao ter verificado que cor/raça preta se mostrou como fator de proteção para o indicativo de sintomas depressivos. Resultado semelhante foi evidenciado em pesquisa de coorte no Brasil, na qual a depressão foi menos prevalente entre os idosos pretos, comparados aos brancos ($p=0,013$)⁽³⁾. Em estudo de coorte nos EUA, observou-se que os idosos negros apresentaram maiores níveis de sintomas depressivos em relação aos brancos; porém, em situação de mais elevada exposição crônica ao estresse, àqueles foram menos propensos a relatar esses sintomas, comparados a estes⁽³⁶⁾.

É possível que indivíduos pretos que vivenciaram situações de segregação, discriminação racial e/ou privação econômica ao longo da vida possam ter desenvolvido resiliência, o que, conseqüentemente, representa um fator de proteção para a depressão durante a velhice⁽³⁶⁻³⁷⁾.

No atual estudo, a cor/raça preta esteve associada ao maior escore de apoio social, o que pode ser explicado pelo maior desenvolvimento de atributos de coesão social em comparação com a população branca. Esse achado, também pode ser entendido como um ajuste ou resposta adaptativa à elevada exposição aos fatores estressantes decorrentes do racismo estrutural^(33,37).

Nesse sentido, tem sido investigado se o apoio social exerce influência na saúde dos idosos negros. Estudo desenvolvido com homens negros norte-americanos evidenciou que o suporte social, quando avaliado de maneira individual, foi preditivo de uma melhor autoavaliação de saúde. Entretanto, quando avaliado de maneira coletiva com outros recursos psicossociais (por ex., otimismo, senso de maestria e religiosidade), não apresentou efeitos significativamente protetivos⁽³⁸⁾. Vale mencionar que o enfermeiro desempenha relevante papel no cuidado aos idosos da comunidade; portanto, a rede de apoio social é um dos aspectos que devem ser incluídos na consulta de enfermagem⁽³⁹⁾.

Além disso, identificou-se associação da cor/raça preta ao menor número de morbidades, independentemente do sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e faixa de renda, dado que deve ser analisado com cautela, pois difere do que tem sido evidenciado na literatura. Investigação com grupos de idosos negros e brancos em Birmingham, Alabama, os quais tinham diagnóstico de diabetes mellitus, não evidenciou diferenças significativas na prevalência de doenças crônicas entre os dois grupos raciais, exceto para hipertensão arterial sistêmica⁽⁴⁰⁾.

Por sua vez, pesquisa que analisou a relação da cor/raça com indicadores de saúde de 18.684 idosos brasileiros, incluídos na base de dados da PNAD de 2008, verificou elevada prevalência de doenças crônicas naqueles que se autodeclararam pretos em comparação

aos brancos e pardos⁽²⁹⁾. Outra investigação, realizada com base nos dados do estudo SABE de 2010 com amostra de 1.345 idosos demonstrou que entre aqueles de cor preta houve maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (83%; $p=0,003$), diabetes mellitus (40,80%; $p=0,005$) e derrame/acidente vascular cerebral (18,7%; $p<0,001$), os quais têm sido apontados como principais causas de mortalidade nas pessoas de cor/raça preta no Brasil⁽³⁾.

Os contrastes raciais na presença de morbidades crônicas podem estar relacionados com o fato de os grupos de idosos avaliados e distribuídos pela raça/cor estarem expostos, de maneira desigual, a diversos fatores de risco que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis ou que oferecem risco à saúde ao longo da vida, favorecendo as diferenças raciais nas estimativas de doenças crônicas. Nesse sentido, é possível que os idosos autodeclarados como pretos apresentem um maior número de morbidades crônicas em decorrência de tais condições estarem associadas aos grupos sociais mais vulneráveis⁽²⁹⁾.

Considerando os resultados da presente pesquisa, relacionados com a associação da cor/raça preta ao menor número de morbidades, é importante ressaltar que idosos negros têm maior dificuldade de acessar os serviços de saúde devido às barreiras estruturais, aspectos sociais e econômicos, bem como pelo preconceito cultural, étnico e racial, conforme demonstrado em estudo de revisão⁽⁴¹⁾. Logo, essas limitações de acesso podem acarretar a falta de diagnóstico para as condições crônicas e, conseqüentemente, influir no resultado de pesquisas que obtêm o número de morbidades por meio do autorrelato.

Destaca-se que o viés de sobrevivência dos idosos negros pode representar uma limitação potencial da atual pesquisa e explicar, parcialmente, os achados ao identificar que a cor/raça preta esteve associada aos melhores desfechos relacionados com os indicadores biopsicossociais após o ajuste para sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e faixa de renda. Outra possível limitação se refere ao uso de mensurações autorrelatadas que podem ser influenciadas pelas diferenças raciais/étnicas.

Os achados desta pesquisa reforçam a necessidade de direcionamento do olhar dos enfermeiros e demais profissionais que atuam no contexto da atenção primária para as diferenças étnico-raciais e o seu impacto nos parâmetros de saúde da população idosa que reside na região de saúde sob sua responsabilidade mediante o monitoramento contínuo da situação de saúde desses indivíduos. Essa perspectiva favorece a atenção integral e a oferta de ações e serviços de maneira equitativa em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e da atenção primária. Julga-se também relevante o estímulo para a consolidação do registro de raça/cor nos documentos do Sistema Único de Saúde, incluindo os

Sistemas de informação em Saúde⁽⁴⁾ e, assim, possibilitar o monitoramento da situação de saúde dos idosos no país segundo os recortes raciais.

Conclusão

Ao analisar a associação da cor da pele/raça autorreferida com os indicadores biopsicossociais de idosos, verificou-se que a cor/raça preta foi considerada fator de proteção para a pior autoavaliação da saúde e para o indicativo de sintomas depressivos e esteve relacionada com o maior escore de apoio social e com o menor número de morbidades; independentemente de características sociodemográficas e econômicas.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. [Internet]. 2016 [Acesso 15 mai. 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo. [Internet]. 2010 [acesso 15 mai. 2021]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
- Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, et al. Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the Health, Welfare and Aging Study (SABE). *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>
- Romero DE, Maia L, Muzy J. Trend and inequality in the completeness of information on race/color in deaths of elderly in the Mortality Information System in Brazil, 2000 to 2015. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(12). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223218>
- Dong L, Freedman VA, Sánchez BN, Mendes de Leon CF. Racial and Ethnic Differences in Disability Transitions Among Older Adults in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019;74(3):406-11. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/gly052>
- Brenner AB, Clarke PJ. Understanding Socioenvironmental Contributors to Racial and Ethnic Disparities in Disability Among Older Americans. *Res Aging*. 2018;40(2):103-30. doi: <https://doi.org/10.1177/0164027516681165>
- Marron MM, Ives DG, Boudreau RM, Harris TB, Newman AB. Racial Differences in Cause-Specific Mortality Between Community-Dwelling Older Black and White Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(10):1980-6. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.15534>
- Ghosh D, Dinda S. Determinants of the Quality of Life Among Elderly: Comparison Between China and India. *Int J Commun Soc Develop*. 2020;2(1). doi: <https://doi.org/10.1177/2516602620911835>
- Baldwin MR, Sell JL, Heyden N, Javaid A, Berlin DA, Gonzalez WC, et al. Race, Ethnicity, Health Insurance, and Mortality in Older Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med*. 2017;45(6):e583-91. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002313>
- Tavares DMDS, Corrêa TAF, Dias FA, Ferreira PCDS, Pegorari MS. Frailty syndrome and socioeconomic and health characteristics among older adults. *Colomb Med (Cali)*. 2017;48(3):126-31. doi: <https://doi.org/10.25100/cm.v48i3.1978>
- Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Racial or Ethnic Health Disparities among Older Adults in Four Population Groups in South Africa. *Ann Glob Health*. 2018;84(1):7-13. doi: <https://doi.org/10.29024/aogh.13>
- Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-156. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>
- Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Application of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for evaluation of elderly women: concurrent validity and test-retest reproducibility. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2004;12(1):25-34. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v12i1.538>
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. [Internet]. 2010 [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241599979>
- Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro ST Filho, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>

19. Santos RL, Virtuoso JS Júnior. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. *Rev Bras Promoc Saúde*. [Internet]. 2008 [cited 2021 May 19];21(4):290-6. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jair-Virtuoso-Junior/publication/26609262_Reliability_of_the_Brazilian_version_of_the_Scale_of_Instrumental_Activities_of_Daily_Living/links/00b495183368cc7db2000000/Reliability-of-the-Brazilian-version-of-the-Scale-of-Instrumental-Activities-of-Daily-Living.pdf
20. Nakano MM. Brazilian version of the Short Physical Performance Battery - SPPB: cross-cultural adaptation and reliability study. [Internet]. 2007 [cited 2021 May 19 mai]. Available from: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/252485>
21. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
22. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
23. Carvalho IAM, Mansur LL. Validation of ASHA FACS-functional assessment of communication skills for Alzheimer disease population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2008;22(4):375-81. doi: <https://doi.org/10.1097/wad.0b013e31818809b2>
24. Carvalho IAM, Bahia VS, Mansur LL. Functional communication ability in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2008;2(1):31-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN20100007>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. [Internet]. 2018 [cited 2021 May 21]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=sobre>
26. Silva A. Aging from the perspective of racism and other forms of discrimination: influences of institutional and structural determinants on the lives of older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190210>
27. Assari S, Smith J, Bazargan M. Health-Related Quality of Life of Economically Disadvantaged African American Older Adults: Age and Gender Differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091522>
28. Bell CN, Thorpe RJ, LaVeist TA. The Role of Social Context in Racial Disparities in Self-Rated Health. *J Urban Health*. 2018;95(1):13-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0211-9>
29. Oliveira TL, Oliveira RVC, Griep RH, Moreno AB, Almeida MCC, Almquist YB, et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) participant's profile regarding self-rated health: a multiple correspondence analysis. *BMC Public Health*. 2021;21:1761. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11760-2>
30. Kwon SC, Wyatt LC, Kranick JA, Islam NS, Devia C, Horowitz C, et al. Physical activity, fruit and vegetable intake, and health-related quality of life among older Chinese, Hispanics, and Blacks in New York City. *Am J Public Health*. 2015;105(Suppl 3):S544-552. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302653>
31. Antunes JLF, Chiavegatto ADP Filho, Duarte YAO, Lebrão ML. Social inequalities in the self-rated health of the elderly people in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 02):e180010. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010.supl.2>
32. Kim G, Wang SY, Sellbom M. Measurement Equivalence of the Subjective Well-Being Scale Among Racially/Ethnically Diverse Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(5):1010-7. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gby110>
33. Assari S, Moghani Lankarani M. Depressive Symptoms and Self-Esteem in White and Black Older Adults in the United States. *Brain Sci*. 2018;8(6). doi: <https://doi.org/10.3390/brainsci8060105>
34. Hill-Joseph EA. Coping While Black: Chronic Illness, Mastery, and the Black-White Health Paradox. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019;6(5):935-43. doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00594-9>
35. Kim H-J, Jen S, Fredriksen-Goldsen KI. Race/Ethnicity and Health-Related Quality of Life Among LGBT Older Adults. *Gerontologist*. 2017;57(Suppl 1):S30-9. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw172>
36. Brown LL, Abrams LR, Mitchell UA, Ailshire JA. Measuring More Than Exposure: Does Stress Appraisal Matter for Black-White Differences in Anxiety and Depressive Symptoms Among Older Adults? *Innov Aging*. 2020;4(5). doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa040>
37. Taylor RJ. Race and Mental Health Among Older Adults: Within-and Between-Group Comparisons. *Innov Aging*. 2020; 4(5). doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa056>
38. Brown TH, Hargrove TW. Psychosocial Mechanisms Underlying Older Black Men's Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018;73(2):188-97. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx091>
39. Bolina AF, Araújo MC, Hass VJ, Tavares DMS. Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Rev. Latino-*

Am. Enfermagem. 2021;29:e3401. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>

40. Baker TA, Clay OJ, Johnson-Lawrence V, Minahan JA, Mingo CA, Thorpe RJ, et al. Association of multiple chronic conditions and pain among older black and white adults with diabetes mellitus. BMC Geriatrics. 2017;17(1):255. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0652-8>

41. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Merces NP, Oliveira MAF, et al. Access of the black population to health services: integrative review. Rev Bras Enferm. 2020;73(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>

Contribuição dos Autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares. **Obtenção de dados:** Nayara Gomes Nunes Oliveira. **Análise e interpretação dos dados:** Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares. **Análise estatística:** Alisson Fernandes Bolina, Paulo Henrique Fernandes dos Santos. **Obtenção de financiamento:** Darlene Mara dos Santos Tavares. **Redação do manuscrito:** Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 26.07.2021

Aceito: 02.12.2021

Editora Associada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Darlene Mara dos Santos Tavares
E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br
 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>