

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUILOMBOLAS¹

Vanessa Cruz Santos², Eduardo Nagib Boery³, Rafael Pereira⁴, Darci de Oliveira Santa Rosa⁵, Alba Benemérita Alves Vilela⁶, Karla Ferraz dos Anjos⁷, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery⁸

- ¹ Artigo integrante da dissertação - Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em 2014.
- ² Doutoranda em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: vanessacruz@hotmail.com
- ³ Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Saúde e do PPGES/UESB. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: eboery@gmail.com
- ⁴ Doutor em Engenharia Biomédica. Professor do Departamento de Saúde e do PPGES/UESB. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rafaelpaula@gmail.com
- ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: darcisantarosa@gmail.com
- ⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde e do PPGES/UESB. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: albavilela@gmail.com
- ⁷ Doutoranda do PPGENF/UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: karla.ferraz@hotmail.com
- ⁸ Doutora em Enfermagem. Professor do Departamento de Saúde do PPGES/UESB. Jequié, Bahia, Brasil E-mail: rboery@gmail.com

RESUMO: Este estudo objetivou identificar as condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. Estudo epidemiológico, censitário e transversal, realizado com 427 idosos quilombolas, cadastrados na Estratégia Saúde da Família de 17 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista - Bahia, e em quatro distritos da região. A coleta de dados foi realizada com os dois instrumentos, analisados a partir da estatística descritiva e de correlação de Spearman (r_{sp}). Entre os fatores associados com alguns domínios da Qualidade de Vida e com o Índice Geral de Qualidade de Vida, estiveram a renda *per capita*, a autoavaliação do estado de saúde e a classificação dos casos de depressão, condições de saúde que mais impactaram na qualidade de vida dos idosos quilombolas pesquisados. É essencial a ampliação do acesso aos serviços de saúde e integralidade da assistência oferecida a esse grupo, em especial pelas Equipes de Saúde da Família.

DESCRIPTORES: Qualidade de vida. Condições de saúde. Saúde mental. Acesso aos serviços de saúde. Idoso. Comunidades vulneráveis.

SOCIOECONOMIC AND HEALTH CONDITIONS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE OF ELDERLY QUILOMBOLAS

ABSTRACT: This study aimed to identify the socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly *quilombolas*. Cross-sectional, epidemiological and census study, conducted with 427 elderly individuals of a *quilombola* population enrolled in Family Health Strategies of 17 *quilombas* communities in Vitória da Conquista, Bahia, four districts of the region. Data collection was performed using tools and analyzed based on descriptive statistics and Spearman correlation (r_{sp}). The factors associated with some areas of Quality of Life and the General Quality of Life Index included the *per capita* income, the self-assessment of health status and the classification of depression cases, which most strongly affected the quality of life of the elderly *quilombolas* investigated. The expanded access to health services and the integrality of health care for this group are essential, particularly involving Family Health Teams.

DESCRIPTORS: Quality of life. Health conditions. Mental health. Access to health services. Elderly. Vulnerable communities.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD ASOCIADAS CON LA CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS QUILOMBOLAS

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo identificar las condiciones socioeconómicas y de salud relacionadas con la calidad de vida de ancianos quilombolas. Estudio epidemiológico, con censo, y transversal, efectuado con 427 ancianos quilombolas, registrados en Estrategias Salud de la Familia de 17 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahía, y cuatro distritos de la región. La recogida de datos se realizó con los instrumentos, analizados por estadística descriptiva y correlación de Spearman (r_{sp}). Entre los factores asociados con algunas áreas de la Calidad de Vida y con el Índice General de la Calidad de Vida, se encontraron renta *per capita*, autoevaluación del estado de salud y clasificación de los casos de depresión. Las mayores condiciones de salud afectaron a la calidad de vida de los ancianos quilombolas investigados, por lo que se hace imprescindible ampliar el acceso a servicios de salud y haber integralidad en la asistencia ofrecida a este grupo, especialmente por los Equipos de Salud de la Familia.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Condiciones de salud. Salud mental. Acceso a los servicios de salud. Anciano. Comunidades vulnerables.

INTRODUÇÃO

De acordo a lei nº 12.288, do Estatuto da Igualdade Racial, a população negra compreende o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e/ou pardas, em relação ao quesito cor ou raça, utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga.¹

A trajetória histórica da população negra no Brasil mostra que esses indivíduos vêm lutando por melhores condições de saúde e qualidade de vida (QV). Vários direitos foram alcançados em favor de tais melhorias, entre eles o direito universal à saúde e à participação social. Entretanto, para que sejam reduzidas as iniquidades em saúde vividas por negros no país, é necessário, ao menos, minimizar as desigualdades sociais e o nível de pobreza, assim como possibilitar maior equidade na distribuição de bens e serviços de saúde que são oferecidos a essa população.

Entre as décadas de 30 e 80, emergiram no mundo diversos movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estados a insatisfação dos negros em relação à sua QV. Diante das diversas manifestações e frente às desigualdades raciais do Brasil, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que, dentre seus objetivos, tem a ampliação do acesso da população negra, em particular das comunidades quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.²

As comunidades quilombolas são formadas por negros, descendentes de pessoas que foram escravizadas e que se organizaram em quilombos, espaços que possibilitam a expressão de seus valores e práticas tradicionais, com base na ancestralidade escrava e africana. Essas comunidades configuram uma das expressões de resistência à história de exclusão social sofrida pelos negros no Brasil.³

A insatisfação econômica, assim como o estado de saúde e a QV de um idoso quilombola, foi verificada em um estudo prévio recente, sendo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na comunidade uma das principais queixas, principalmente devido à demanda reprimida e demora na marcação das consultas e exames.⁴ Este estudo, envolvendo indivíduo de uma população tão peculiar (i.e., idoso quilombola), ainda aponta para uma realidade preocupante e permite postular a necessidade de mais e maiores estudos, visando entender melhor as necessidades desta população.⁴

No Brasil, conforme o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, denomina-se de idoso todos os indivíduos que têm 60 anos

ou mais de idade.⁵ A cada ano no país, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população, e a maioria desses apresenta uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de limitações funcionais, que podem interferir na QV. Logo, é necessário postergar a evolução dessas limitações, a fim de garantir a longevidade com autonomia, independência e maior QV.⁶

Diante o descrito, justifica-se a construção de estudos que identifiquem a QV e fatores associados entre idosos quilombolas, indivíduos que fazem parte de comunidades vulneráveis, o que pode fornecer subsídios para gestores e profissionais de saúde, quanto à necessidade de criação de ações que possam favorecer a promoção da saúde e QV desses idosos.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo identificar as condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas.

MÉTODO

Estudo epidemiológico, censitário, de delimitação transversal, realizado no município de Vitória da Conquista-BA, e em quatro distritos rurais da região, com 427 idosos quilombolas de 17 comunidades remanescentes de quilombos, localizadas em área rural e de abrangência da ESF, a saber: Boqueirão (José Gonçalves), Quatis dos Fernandes e Furadinho (Iguá), Corta Lote, Cachoeira do Rio Pardo (Inhobim), Baixa Seca, Lagoa de Melquiades, Velame (Veredinha) e Lagoa de Maria Clemência (Pradoso), localizada na sede, território dividido entre as comunidades de Oiteiro, Riacho de Teófilo, Baixão, Tábua, Manoel Antonio, Poço de Aninha, Muritiba, Caldeirão.

O município de Vitória da Conquista se localiza na região Sudoeste da Bahia - Brasil, tem área territorial de 3.405,580 km² e população de 306.866 habitantes. Na área urbana, são 274.739 indivíduos, desses, 27.098 são idosos. Na zona rural, a população é de 32.127 pessoas, sendo 3.651 idosos. Desde 1840, o município conta com a participação dos colonizadores, além de escravos negros, os quais contribuíram e foram responsáveis pela principal mão de obra da lavoura. A herança dos negros está presente em vários aspectos da cultura conquistense e nas comunidades quilombolas.⁷

A coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a abril de 2014, após a aplicação dos instrumentos de pesquisa por meio do pré-teste (piloto), o qual foi realizado em uma comunidade quilombola em processo de certificação pela Fundação Cultural

Palmares (FCP)⁸ e que apresentava características similares às que foram incluídas neste estudo. Além de ser utilizado para capacitar a equipe de entrevistadores, o piloto foi realizado para verificar a aplicabilidade dos instrumentos de pesquisa, sendo identificada a partir dele a necessidade de excluir o *World Health Organization Quality of Life instrument for older adults* (WHOQOL-old), devido ao fato de haver predominância de idosos que apresentaram desconforto em responder questões da faceta Morte e Morrer desse instrumento.

Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, se autodeclararem quilombolas, pardos ou pretos (negros), residirem em comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas e certificadas pela FCP, ter alguma ESF em seu território e serem cadastrados em alguma delas; ter função cognitiva preservada, conforme o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Já o critério de exclusão foi: idosos que, após três visitas em dias e horários distintos, não foram encontrados para a entrevista.

Para realizar o levantamento dos idosos cadastrados nas ESF das comunidades quilombolas, foi realizada uma busca nas Fichas A, de cada estratégia, sendo encontrados 449 idosos cadastrados. Posteriormente, por meio de visita domiciliar, eles foram selecionando no domicílio.

Foi utilizada a técnica de entrevista para a aplicação dos instrumentos, iniciando-se com o MEEM, elaborado para avaliar a função cognitiva,⁹ validado no Brasil,¹⁰ e que se divide em vários domínios como os de orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.⁹⁻¹⁰ Esse instrumento foi avaliado por meio das notas de corte mínimas sugeridas, segundo a escolaridade do indivíduo: analfabetos - 20 pontos; de um a quatro anos - 25; de cinco a oito anos - 26,5; de nove a 11 anos - 28; para indivíduos com escolaridade >11 anos - 29.¹¹

A partir da avaliação do MEEM, houve a exclusão de 22 idosos por não apresentarem função cognitiva preservada indicada pela pontuação mínima do MEEM, um dos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo. Sendo assim, o total de idosos quilombolas pesquisados foi de 427.

Em seguida, para avaliar as variáveis independentes do estudo, aplicou-se o questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), que avaliou as características socioeconômicas e de saúde dos idosos. Esse instrumento foi elaborado na Inglaterra, em 1986 e traduzido no Brasil por Veras e Dutra, em 2008. É

um instrumento considerado funcional, multidimensional e propício para estudos comunitários na população idosa. Contém 81 questões, 75 direcionadas aos participantes do estudo e seis ao entrevistador, distribuídas em IX seções: I - informações gerais, II - saúde física, III - utilização de serviços médicos e dentários, IV - Atividades da vida diária (AVDs), V - recursos sociais, VI - recursos econômicos, VII - saúde mental, VIII - necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX- avaliação do entrevistador.¹²

A seção das AVDs está dividida em dois blocos, o primeiro refere-se às atividades que o idoso consegue realizar sozinho, e o segundo, que participa em tempo livre. Para cada atividade realizada é atribuído um ponto. No primeiro bloco a pontuação varia de 0 a 15 e, no segundo de 0 a 17, não havendo em ambos um ponto de corte.¹²

As AVDs, que conseguem realizar sozinho, avaliadas foram: sair de casa utilizando um transporte; sair de casa dirigindo seu próprio carro; sair de casa para curtas distâncias; preparar sua refeição; comer a sua refeição; arrumar a casa, a sua cama; tomar os seus remédios; vestir-se; pentear seus cabelos; caminhar em superfície plana; subir/descer escadas; deitar e levantar da cama; tomar banho; cortar as unhas dos pés; ir ao banheiro em tempo. As AVDs que o idoso participa no tempo livre foram: ouvir rádio; assistir a televisão; ler jornal; ler revistas e livros; receber visitas; ir ao cinema, teatro, etc; andar pelo seu bairro; ir à igreja; ir a jogos; praticar algum esporte; fazer compras; sair para visitar os amigos; sair para visitar os parentes; sair para passeios longos; sair para encontro social ou comunitário; costura, borda, tricotar; fazer alguma atividade para se distrair.¹²

Para a avaliação da seção saúde mental do BOAS, especificamente, à classificação dos casos de depressão, foi utilizada a escala *Short-Care*, com pontuação validada no Brasil, sendo que, para o caso de depressão menor, foram classificados os idosos com ponto de corte de 8 até 12 e, de depressão maior, os idosos que se encontravam no ponto de corte de 13 até 28, que é a pontuação máxima.¹³

Por fim, para avaliar a QV dos idosos, variável dependente deste estudo, os idosos responderam ao questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), validado no Brasil, contendo 26 questões, sendo duas gerais que avaliam a qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde e, 24 englobadas nos domínios, físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto, gerando escore único, denominado de Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV), independente dos outros escores dos domí-

nios. Quanto mais alto o escore desse questionário, que varia de zero até 100, melhor a QV. Entretanto, não há ponto de corte para sua classificação.¹⁴

Os dados oriundos da coleta foram tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0. A análise foi realizada a partir de estatística descritiva, utilizando-se média, mediana, variação e desvio padrão (\pm). Utilizou-se também a correlação de Spearman entre as variáveis dependentes, que foram os domínios do WHOQOL-bref (Físico, Psicológico, Ambiental e Relações Sociais) e o IGQV, e, as variáveis independentes, que foram as variáveis relacionadas às condições socioeconômicas (escolaridade, renda individual mensal, renda familiar mensal e renda *per capita*) e de saúde (autoavaliação do estado de saúde, número de problemas de saúde, auto avaliação do estado dos dentes, número de remédios que toma, satisfação com o serviço de saúde, número de atividade que faz sozinho, número de atividade que participa no tempo livre e classificação dos casos de depressão). O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%.

Este estudo atende à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, sob o protocolo nº 509.987 e CAAE nº 24568313.4.0000.0055.

Tabela2- Características socioeconômicas dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2014. (n=427)

Variáveis contínuas	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade (em anos)	71	8,09	60	102
Renda individual mensal (R\$)*	806,46	304,81	0,00	1.448,00
Renda familiar (R\$)*	1,166,05	397,27	0,00	2,172
Renda per capita (R\$)*	417,32	231,81	0,00	1.448,00

*(R\$) = Reais.

Na autoavaliação do estado de saúde, a resposta ruim teve a maior prevalência (48,9%). Dos idosos que referiram ter problemas de saúde, 82,6% tinham de um a cinco problemas, sendo que os mais referidos foram: hipertensão arterial sistêmica (73,86%), problemas de coluna (17,86%), diabetes *mellitus* (15,46%) e hipercolesterolemia (13,06%). Na autoavaliação do estado dos dentes, a avaliação ruim (39,1%) teve a maior assiduidade, ressaltando-se que os idosos edêntulos, referiram-se às condições da prótese (Tabela 3).

Em relação ao uso de remédios, 76,3% dos idosos mencionaram fazer uso, com média de 2,63

RESULTADOS

Dos 427 idosos quilombolas, 53,6% eram do sexo feminino, 82,2% eram analfabetos, 53,2% de raça/cor parda (Tabela 1).

Tabela1 - Características socioeconômicas dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2014. (n=427)

Variáveis categóricas	n	%
Sexo		
Masculino	198	46,4
Feminino	229	53,6
Escolaridade		
Nenhuma/Analfabetos	351	82,2
Primário	68	15,9
Ginásio ou 1º grau	8	1,9
Raça/cor		
Preta	200	46,8
Parda	227	53,2

A média da idade foi de 71 anos ($\pm 8,09$), da renda individual mensal foi de R\$ 806,46($\pm 304,81$), para a renda familiar de R\$ 1,166,05($\pm 397,27$), e para a renda *per capita* de R\$ 417,32($\pm 231,81$), sendo o valor do salário mínimo vigente R\$ 724,00 (Tabela 2).

($\pm 1,62$), mínimo de um e máximo de 13 tipos por dia. Referindo-se à satisfação com o serviço de saúde, predominou aqueles que não estavam satisfeitos (57,8%), acompanhado dos que não utilizam ou não precisam (25,1%) (Tabela 3).

De uma até 15 atividades avaliadas que o idoso conseguia realizar sozinho, 93,4% desempenhava de oito até 15, sendo as mais realizadas: deitar e levantar da cama (98,1%); pentear seus cabelos (97,0%); vestir-se e caminhar em superfície plana (96,5%). De uma até 17 atividades que participava no seu tempo livre, 82,0% participava de uma até oito, as mais desempenhadas foram: assistir televi-

são (91,1%), ouvir rádio (83,6%) e sair para visitar os amigos (80,1%) (Tabela 3).

Na avaliação da saúde mental a partir do *Scoring* para escala *Short-Care*, verificou-se a prevalência de 29,5% de depressão entre os idosos, sendo que 26,2% apresentaram Depressão menor/Deprimidos e 3,3% Depressão maior (Tabela 3).

Tabela 3 - Características de saúde dos idosos quilombolas. Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2014. (n=427)

Variáveis	n	%
Autoavaliação do estado de saúde		
Ótima	14	3,3
Boa	173	40,5
Ruim	209	48,9
Péssima	31	7,3
Número dos principais problemas de saúde autoreferidos		
De um até cinco	353	82,7
De seis até onze	22	5,1
Não referiram problemas de saúde	52	12,2
Principais problemas de saúde autoreferidos		
Hipertensão Arterial Sistêmica	277	73,8
Problemas de coluna	67	17,8
Diabetes Mellitus	58	15,4
Hipercolesterolemia	49	13,0
Não referiram problemas de saúde	52	12,2
Autoavaliação do estado dos dentes		
Ótimo	2	0,5
Bom	111	26,0
Ruim	167	39,1
Péssimo	147	34,4
Uso de remédios		
Sim	326	76,3
Não	101	23,7
Satisfação com o serviço de saúde		
Não utiliza ou não precisa	107	25,1
Sim	71	16,6
Não	247	57,8
N.S./N.R.*	2	0,5
Número de atividades que consegue realizar sozinho		
De uma até sete	28	6,6
De oito até 15	399	93,4
Número de atividades que participa no tempo livre		
De uma até oito	350	82,0

Variáveis	n	%
De nove até 17	77	18,0
Classificação dos casos de depressão		
Não caso de depressão	301	70,5
Depressão menor/deprimidos	112	26,2
Depressão maior	14	3,3

*N.S./N.R.=Não respondeu ou não soube responder.

No WHOQOL-bref o IGQV teve média de 48,00 ($\pm 19,93$). Os domínios que apresentaram maiores escores foram o Social (média de 71,09; mediana 75,00; $\pm 8,97$) e Psicológico (média de 56,06; mediana 54,16; $\pm 11,71$). O domínio Físico (média de 50,83; mediana 53,57; $\pm 11,75$) e o Ambiental (média de 44,63; mediana 43,75; $\pm 8,94$) apresentaram os menores escores.

Nas tabelas 4 e 5 estão apresentadas as correlações entre os domínios do WHOQOL-bref e algumas variáveis das seções do BOAS relacionadas a: recursos sociais e econômicos; condições de saúde; utilização de serviços médicos e dentários; AVDs; sendo que entre os achados, a variável renda *per capita*, teve correlação negativa significativa de magnitude forte com todos os domínios e o IGQV, correlação também verificada à seção de saúde mental, especificamente, a variável depressão.

Tabela 4 - Fatores socioeconômicos associados à qualidade de vida de idosos quilombolas a partir de Coeficientes de correlação de Spearman (r_{sp}) entre os domínios e o IGQV do WHOQOL-bref e variáveis do BOAS, Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2014. (n=427)

Domínios WHOQOL-bref	Escolaridade	Renda individual mensal	Renda familiar	Renda per capita
Ambiental	-0.066 (0.174)	0.132 [†] (0.006)	0.112 [*] (0.021)	0.146 [†] (0.003)
Físico	-0.039 (0.425)	-0.010 (0.840)	0.051 (0.292)	0.131 [†] (0.007)
Psicológico	-0.157 [†] (0.001)	-0.043 (0.374)	0.043 (0.374)	0.156 [†] (0.001)
Relações Sociais	0.045 (0.355)	0.104 [*] (0.032)	0.128 [†] (0.008)	0.158 [†] (0.001)
IGQV	-0.060 (0.213)	0.109 [*] (0.024)	0.083 (0.086)	0.131 [†] (0.007)

*Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$); [†]Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabela 5 – Fatores de saúde associados à qualidade de vida de idosos quilombolas a partir de Coeficientes de correlação de Spearman (r_{sp}) entre os domínios e o IGQV do WHOQOL-bref e variáveis do BOAS, Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2014. (n=427)

Domínios WHOQOL-bref	Auto avaliação do estado de saúde	Nº de problemas de saúde	Auto avaliação do estado dos dentes	Nº de remédios que toma	Satisfação com o serviço de saúde	Nº de atividades que faz sozinho	Nº de atividades que participa no tempo livre	Classificação dos casos de depressão
Ambiental	-0.394 [†] (0.000)	-0.327 [†] (0.000)	-0.216 [†] (0.000)	0.144 [†] (0.009)	-0.289 [†] (0.000)	0.199 [†] (0.000)	0.216 [†] (0.000)	-0.346 [†] (0.000)
Físico	-0.441 [†] (0.000)	-0.437 [†] (0.000)	-0.223 [†] (0.000)	0.255 [†] (0.000)	-0.211 [†] (0.000)	0.260 [†] (0.000)	0.265 [†] (0.000)	-0.280 [†] (0.000)
Psicológico	-0.258 [†] (0.000)	-0.201 [†] (0.000)	-0.202 [†] (0.000)	0.062 (0.260)	-0.203 [†] (0.000)	0.148 [†] (0.002)	0.137 [†] (0.005)	-0.340 [†] (0.000)
Relações Sociais	-0.122 [*] (0.012)	-0.182 [†] (0.000)	-0.076 (0.118)	-0.083 (0.135)	-0.164 [†] (0.003)	0.001 (0.978)	-0.017 (0.722)	-0.142 [†] (0.003)
IGQV	-0.705 [†] (0.000)	-0.623 [†] (0.000)	-0.378 [†] (0.000)	0.272 [†] (0.000)	-0.414 [†] (0.000)	0.155 [†] (0.001)	0.146 [†] (0.002)	-0.449 [†] (0.000)

*Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$); [†]Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a identificação dos fatores associados à QV dos idosos quilombolas, tanto para os quatro domínios do WHOQOL-bref (Ambiental, Físico, Psicológico e Relações Sociais) quanto o IGQV foram analisados individualmente.

O domínio das Relações Sociais apresentou maior escore médio entre os domínios da QV avaliados neste estudo, seguido do Psicológico. No entanto, o domínio Ambiental, seguido do Físico, apresentou os menores escores médios entre os domínios de QV. Tais resultados mostram-se divergentes de um estudo realizado com idosos de área rural, no âmbito internacional,¹⁵ com maiores escores médios para o domínio Ambiental e pior para o Físico, e semelhante a estudo realizado com idosos brasileiros da área urbana,¹⁶ com maior escores para o domínio Relações Sociais e, menor para o Físico.

Identificando o domínio Ambiental como o que mais impactou na QV dos idosos quilombolas, diferentemente dos outros estudos citados acima, sugere-se que tais achados podem ter relação com os aspectos ambientais dos locais de moradia de pessoas que residem em comunidades quilombolas. Isto porque, várias dessas comunidades se caracterizam pela inexistência de saneamento básico, qualidade inadequada de higiene e ausência de tratamento da água, além de deficiência na assistência à saúde e ausência de transporte.¹⁷

A escolaridade associou-se fortemente com o escore médio do domínio Psicológico. Esses resultados diferem com os encontrados em estudo¹⁸ que identificou uma positiva QV em idosos com baixa escolaridade, principalmente nos domínios Social e Físico. Entretanto, outro estudo¹⁹ identificou que os idosos com maior nível de escolaridade perceberam-se com melhor QV no domínio Relações Sociais.

Em se tratando dos recursos econômicos, a renda individual mensal dos pesquisados teve uma relação negativa com os domínios Ambiental, Relações Sociais e IGQV. Resultados que divergem de estudo²⁰ em que renda dos idosos favoreceu a percepção da QV. Ao se referir à renda familiar mensal de idosos quilombolas, houve associação com os domínios Ambiental e das Relações Sociais da QV. Resultados que se assemelharam, em partes, com os encontrados em estudo²¹ que teve associação com o domínio Ambiental e Físico.

E, ainda, analisando a renda, *per capita* dos idosos deste estudo, verificou relação com todos os domínios e com o IGQV. Esses achados podem ter relação com o índice elevado de idosos com baixa renda (menor que um salário mínimo). Tal hipótese pode ser ratificada a partir dos resultados de estudo²⁰ em que aqueles com renda individual de mais de cinco salários mínimos mensais ficou evidenciado um melhor desempenho da QV no domínio Meio Ambiente.

A condição econômica é um relevante fator interveniente social que influencia diretamente a vida das famílias quilombolas. Diversas vezes, por não terem renda familiar suficiente, as famílias não têm uma alimentação adequada, decorrendo em deficiência alimentar e baixa qualidade nutricional, o que pode impactar negativamente sua condição de saúde.¹⁷ Destarte que, as condições econômicas poderão impactar negativamente na QV dos idosos quilombolas, que por sua vez, além desses fatores, ainda, vivenciam outras condições desfavoráveis ao envelhecimento saudável.

A autoavaliação do estado de saúde teve forte associação com a QV e com o IGQV, exceto para o domínio das Relações Sociais, que também apresentou associação, porém com menor intensidade. Tais resultados se assemelharam com a associação do domínio Relações Sociais da QV de idosos que foi encontrada em outro estudo.²² E ainda, em estudo que avaliou QV de idosos, foi evidenciado que as condições de saúde pregressas dos idosos é um dos fatores que mais influenciam a percepção da QV.¹⁹

O número dos principais problemas de saúde nos idosos estudados associou-se fortemente com a QV e IGQV, menos para o domínio Psicológico, que mesmo interferindo negativamente na QV, apresentou menor intensidade. Em estudo internacional sobre QV e AVDs de idosos nas áreas rurais, realizado na Turquia, foi verificado, a partir do WHOQOL-bref, que a presença de doenças estava associada a menores escores nos domínios Físico, Psicológico e Social.¹⁵

A autoavaliação do estado dos dentes não apresentou associação significativa, apenas com o domínio das Relações Sociais. Por se tratar de um estudo realizado com idosos pardos e negros, esses resultados podem ter alguma relação com a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, pois, de acordo com a pesquisa sobre raça, e uso dos serviços de saúde bucal por idosos foi evidenciado que a chance de um idoso negro nunca ter sido atendido por um profissional dentista é maior que o dobro, comparado a de um idoso branco.²³

O número de medicamentos impactou negativamente nos domínios Ambiental e Físico da QV e IGQV dos idosos estudados, achados similares ao do estudo²² em que influenciou negativamente no domínio Físico. Entretanto, existiu relação positiva entre o uso de remédios com os domínios Psicológico e Relações Sociais da QV dos idosos quilombolas, isso pode ter relação com a resposta positiva que o medicamento pode ter proporcionado às condições de saúde desses idosos. Mas, é merecido ressaltar

que nem todos os medicamentos e a maneira como estão sendo utilizados são fatores que podem representar efeitos positivos na QV desses indivíduos.

Em estudo realizado em comunidades quilombolas, identificou-se que o número de morbidades autorreferidas, que apontou à existência de problemas crônicos de saúde entre os pesquisados, teve relação com o uso de medicamento, sendo os idosos os mais propensos, tornando-os assim preferenciais para o alcance de estratégias de promoção à saúde capazes de contribuir para que o uso de medicamento ocorra de maneira racional,²⁴ minimizando assim a ocorrência de impactos negativos nesse grupo populacional.

A variável satisfação com os serviços de saúde teve forte associação com todos os domínios da QV e com o IGQV. Esses resultados podem ter relação com os encontrados no estudo realizado em uma comunidade quilombola do Sudoeste da Bahia, que identificou a subutilização dos serviços de saúde, sugerindo, assim, maior dificuldade e insatisfação de acesso pela população quilombola.²⁵

Na análise das AVDs, quanto menor o número de atividades que o idoso não conseguia realizar sozinho, menor a contribuição à QV, exceto para o domínio das relações sociais, guardando pouca similaridade com estudo sobre capacidade funcional, morbidades e QV de Idosos¹⁶ em que houve associação somente no domínio Físico.

Para o número de atividades que o idoso participava no tempo livre, quanto menor número, pior contribuição na QV, exceto para o domínio das relações sociais. Idosos participantes de um estudo²⁶ fizeram referência à importância das atividades de lazer e da ocupação para a manutenção da QV.

A partir da avaliação da classificação dos casos de depressão (não caso de depressão, depressão menor/deprimidos ou depressão) foi evidenciado forte associação com todos os domínios avaliados da QV e com o IGQV. Esses achados guardam similaridade com pesquisa desenvolvida na China rural, em que a saúde mental foi o fator que mais comprometeu a QV dos idosos estudados.²⁷

A partir de investigação sobre depressão em comunidades quilombolas, os autores sugerem que investir em infraestrutura, saneamento, educação e acesso aos serviços de saúde, assim como capacitar os profissionais de saúde para rastrear os casos de depressão nessa população, pode contribuir para a melhoria nas condições de vida, além de identificar e tratar precocemente vários problemas de saúde, como a depressão.²⁸

Por se tratar de população idosa, sabe-se que a identificação dos casos de depressão dentro desse segmento da sociedade é fundamental na prática clínica, uma vez que, pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções adequadas, prevenção de possíveis fatores de risco associados à doença,²⁹ além de poder contribuir para a melhoria da QV de idosos acometidos por esse problema de saúde.

Diante dos resultados apresentados, ressalta-se que este estudo apresentou limitações relacionadas à utilização de um delineamento transversal para indicar associações entre as variáveis, uma vez que é uma característica intrínseca a esse delineamento a possibilidade de causalidade reversa, além do que houve dificuldade de alguns idosos em compreender algumas questões do WHOQOL-bref.

CONCLUSÃO

Foi identificado que as variáveis referentes às condições de saúde tiveram menor contribuição na qualidade de vida dos idosos, em comparação com as socioeconômicas, principalmente, a variável caso de depressão. Então, sugere-se prioridade no desenvolvimento e implantação de ações voltadas à melhoria das condições de saúde desses indivíduos, enfatizando a promoção da saúde mental, prevenção de implicações dela decorrentes e tratamento especializado.

É preciso também que ocorram ampliação do acesso aos serviços de saúde, integralidade e continuidade da assistência oferecida aos idosos, em especial pelas ESF localizadas nas comunidades quilombolas em que residem, além de melhorias das condições socioeconômicas, por entender que essas podem ser moduladoras das condições de saúde e, por conseguinte, da QV dos idosos.

Espera-se então, que os serviços e profissionais de saúde possam reconhecer os problemas mais evidentes do território quilombola e tentar atender às demandas dos idosos pesquisados, contribuindo na transformação concreta da realidade verificada neste estudo e, dessa maneira, subsidiar a legitimação do direito a melhores condições de saúde para esses idosos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010. Institui sobre a Igualdade Racial. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 20 julho de 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Brasília (DF): MS; 2007.
3. Bennett M. Os quilombolas e a resistência. Rev Palmares: Cultura Afro-Brasileira [online]. 2010 mar [cited 2015 Out 01]; 6(6):29-36. Available from: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista06.pdf>
4. Santos VC, Boery EN, Boery RNSO, Anjos KF. Conditions of health and quality of life of the quilombola elderly black. J Nurs UFPE on line [online]. 2014 ago [cited 2015 Out 01]; 8(8):321-7. Available from: [file:///C:/Users/Pontocom%20Informatica/Downloads/6300-60379-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Pontocom%20Informatica/Downloads/6300-60379-1-PB%20(3).pdf)
5. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília (DF): MS; 2010.
6. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. Rev Saúde Pública [online]. 2009 [cited 2015 Out 01]; 43(3):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2010 [cited 2015 Out 01]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>
8. Fundação Cultural Palmares [Internet]. Brasília (DF); 2015 [cited 2015 Out 01]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/>
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J Psychiatr Res. 1975;12: 189-98
10. Bertolucci PHF, Brucki MDS, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuro-Psiquiatr [online]. 1994 [cited 2015 Out 01]; 52:1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
11. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. Arq Neuro-Psiquiatr [online]. 2003 [cited 2015 Out 01]; 61: 777-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>
12. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário Boas. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, UnATI, 2008.
13. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará; 1994.
14. Fleck MPA, 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 [online]. 2000 [cited 2015 Out 01]; 34(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
15. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). Arch Gerontol Geriatr. 2009; 48:127-31

16. Tavares DMS, Dias FA. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 [cited 2015 Out 01]; 21(1):112-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a13v21n1.pdf
17. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* [online]. 2011 set-out [cited 2015 Out 01]; 13(5):937-943. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf>
18. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev APS* [online]. 2011 [cited 2015 Out 01]; 14(1):93-100. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965/450>
19. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2013 [cited 2015 Out 01]; 21(Spec):3-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/02.pdf>
20. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública* [online]. 2009 [cited 2015 Out 01]; 43(4):613-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/58.pdf>
21. Pereira KCR, Angela MA, Jefferson LT. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [online]. 2011 [cited 2015 Out 01]; 14(1):85-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a10v14n1.pdf>
22. Nóbrega TCM, Jaluul O, Machado AN, Paschoal SMP, Jacob Filho W. Quality of Life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*. 2009; 64: 45-50
23. Souza EA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2012 [cited 2015 Out 01]; 17(8):2063-70. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/17.pdf>
24. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* [online]. 2013 [cited 2015 Out 01]; 47(5):905-13. Available from: http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47n5/en_0034-8910-rsp-47-05-0905.pdf
25. Gomes KO, Edna AR, Mark DCG, Mariângela LC. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2013 Set [cited 2015 Out 01]; 29(9):1829-42. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>
26. Teston EF, Marcon SS. Quality of life and living conditions from the viewpoint of residents in a seniors condominium. *Rev Gaúcha Enferm* [online]. 2014 Mar [cited 2015 Out 01]; 35(1):124-30. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37032/28950>
27. Xie JF, Ding SQ, Zhong ZQ, Yi QF, Zeng SN, Hu JH. Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2014 Mai-Jun [cited 2015 Out 01]; 22(3): 364-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292632/pdf/rlae-22-03-0364.pdf>
28. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associad. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2014 Abr [cited 2015 Out 01]; 35(4):256-63. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n4/04.pdf>
29. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UERJ* [online]. 2011 Abr-Jun [cited 2015 Out 01]; 19:268-73. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>

Correspondência: Vanessa Cruz Santos
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia
Rua Basílio da Gama, s/n
40110-040- Canela, Salvador, BA, Brasil
E-mail: vanessacruz@hotmail.com

Recebido: 10 de abril de 2015
Aprovado: 12 de fevereiro de 2016