

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

CLEIDSON MORAIS SILVA

**IDOSOS REMANESCENTES DE QUILOMBO DO MUNICÍPIO DE
ALCÂNTARA-MA**

São Luís-MA

2013

CLEIDSON DE MORAIS SILVA

**IDOSOS REMANESCENTES DE QUILOMBO DO MUNICÍPIO DE
ALCÂNTARA-MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Hélia de Lima Sardinha.

São Luís
2013

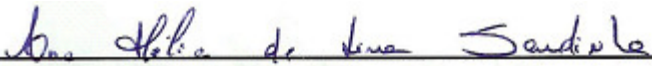
CLEIDSON DE MORAIS SILVA

**IDOSOS REMANESCENTES DE QUILOMBO DO MUNICÍPIO DE
ALCÂNTARA-MA**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública, considerou a candidata aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA




Orientadora: Ana Hélia de Lima Sardinha



1ª Examinadora-convidada: Rosana Batista Monteiro



2º Examinador: István van Deursen Varga



3ª Examinadora: Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues

“Aos meus pais, irmãos, esposa e filho que são as pessoas mais importantes da minha vida”.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Supremo Mantenedor, autor e consumidor de minha fé por guiar meus passos rumo à excelência intelectual;

À minha esposa Joseanne Alves Silva Morais e Pedro Artur Alves de Morais Silva, meu filho, meus motivos para continuar na luta sem esmorecer;

À minha mãe, Maria Veiga, fonte de inspiração e espelho. Ao meu pai Adão Oliveira e irmãos, pela boa convivência e espírito de apoio mútuo

À Prof^ª Dr^ª Ana Hélia de Lima Sardinha pela orientação, confiança e amizade construída;

Aos participantes deste estudo, pela gentileza em concordar em participar da pesquisa, paciência dispensada a minha equipe e pelo aprendizado que me forneceram;

À equipe que se dispôs a ir ao campo de pesquisa realizar a coleta dos dados: o companheiro de mestrado Wellyson da Cunha Araújo Firmo, à companheira Gisele Livramento, seu esposo Manoel Rodrigues pelo acolhimento, receptividade e Enilma Câmara - sem essas pessoas teria sido impossível realizar as atividades de campo;

Aos professores e funcionários do Mestrado Saúde e Ambiente, por todos os ensinamentos que me ofereceram;

À banca examinadora desta dissertação, pela gentileza de avaliar este trabalho e contribuir de forma tão importante para sua melhoria;

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pelos indispensáveis conhecimentos adquiridos durante o mestrado;

“Verdadeiramente grande não é aquele que tem servos sem conta, mas o que a maior número de pessoas consegue servir”.

Siegfried Julho Schwantes

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno global, reconhecidamente gerador de demandas e um grande desafio político para todos os países, inclusive o Brasil. Viver mais é uma aspiração comum, contudo aos anos adicionais deve ser agregado qualidade de vida. Uma vez que a população negra, sobretudo as comunidades quilombolas, é reconhecida por sua vulnerabilidade social e de saúde, torna-se relevante a investigação do constructo qualidade de vida nesse segmento populacional duplamente vulnerável. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida em idosos remanescentes de quilombo no município de Alcântara- MA, nos domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Descrever seu perfil socioeconômico e demográfico. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa analítica, observacional, transversal com abordagem quantitativa em amostra (n=129) dividida em três grupos. Amostragem por conveniência, dados coletados entre junho e dezembro de 2012. Os instrumentos de coleta de dados foram um questionário sociodemográfico e o WHOQOL-BREF versão em português. O programa utilizado para análise estatística foi o SPSS versão 20, sendo utilizada estatística descritiva, análise de variância one way, teste de Bonferroni, análise bivariada com correlação de Pearson e de Spearman. **Resultados:** A análise de variância revelou o Domínio Psicológico do grupo controle como estatisticamente inferior, confirmada pelo teste de Bonferroni, ao passo que correlações positivas regulares foram observadas entre as facetas Qualidade de Vida e Saúde (grupo controle) e Qualidade de Vida e Saúde com o Domínio Meio Ambiente (grupo III). A melhor percepção de QV e Saúde foi observada no Grupo III, foram encontradas correlações significativas entre estado civil e QV no grupo III, destinação do lixo e QV, número de filhos e percepção de Saúde, ambos no Grupo II. **Considerações Finais:** Os achados sugerem a adoção de ações de saúde voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, criação de oportunidades de atividades de lazer, o combate aos sintomas da depressão, a necessidade de planejamento de ações de saúde voltadas para os idosos e adoção de medidas de saneamento do meio ambiente.

Palavras-chave: Idosos, Negros, Quilombolas, Qualidade de Vida, Saúde, WHOQOL-BREF

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a global phenomenon, recognized as demand generator and a great political challenge for all countries, including Brazil. Living longer is a common aspiration, yet it is needed to add quality of life to the added years. Inasmuch black population, specially Quilombola communities, is known by its social and healthy vulnerabilities, it becomes relevant to investigate the construct quality of life in this doubly vulnerable population segment. **Objectives:** To assess quality of life of Quilombo's remnant older adults from Alcântara- MA, through domains: physical, psychological, social relationships and environment. Describe their socioeconomic and demographic profile. **Methodology:** That's an analytical, observational, cross-sectional study with quantitative approach in a sample(n=129) divided into three groups. Convenience sampling was adopted, data was collected among June and December, 2012. The data collection instruments were a socio-demographic questionnaire and WHOQOL-BREF Portuguese version. Statistical analysis was performed by SPSS 20 program, being calculated descriptive statistics, analysis of variance one way, Bonferroni's test, bivariate analysis- Pearson's and Spearman's correlation. **Results:** The best perception of quality of life and health was observed in the Group III, significant correlations were found between marital status and quality of life in the Group III, trash destination and quality of life, number of children and health perception, both in the Group II. The analysis of variance revealed that Psychological Domain for Group I was statistically lower, this result was confirmed through Bonferferni's test, whereas regular, positive correlations were observed among overall facets Quality of Life and Health(Group I) and among Quality of Life and Health with Environment Domain(group III). **Final Remarks:** The findings suggest the adoption of health actions for healthy aging promotion, creation of opportunities for leisure activities and combating depression symptoms, the need for health actions planning for elderly and adoption of measures of environment sanitation.

Key-words: Elderly, Blacks, Quilombolas, Quality of Life, Health, WHOQOL-BREF

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial y sin duda generador de demandas e gran retos políticos de todos los países, entre ellos Brasil. Vivir más es una aspiración común, calidad de vida sin embargo hay que añadir los años adicionales. Una vez que la población negro, especialmente las comunidades de quilombolas, es reconocida por su vulnerabilidad social y la salud, es importante investigar el concepto de calidad de vida en este segmento de la población doblemente vulnerable. **Objetivos:** Evaluar la calidad de vida en personas mayores remanentes de quilombos en Alcântara, municipio de MA en los dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente. Describir el perfil demográfico y socioeconómico. **Metodología:** Es la investigación analítica, enfoque observacional, transversal cuantitativa en una muestra (n = 129) dividido en tres grupos. Muestreo de conveniência, los datos recogidos entre junio y diciembre de 2012. Los instrumentos de recolección de datos fueron un cuestionario demográfico y la versión WHOQOL-BREF en portugués. El programa utilizado para el análisis estadístico fue el SPSS versión 20, y la estadística descriptiva, ANOVA de una vía, prueba de Bonferroni, análisis bivariado, correlación de Pearson y de Spearman. **Resultados:** El análisis de varianza reveló el dominio psicológico del grupo de control como estadísticamente inferior, confirmada por la prueba de Bonferroni, mientras que se observaron correlaciones positivas entre las facetas regular de Calidad de Vida y Salud (grupo control) y Calidad de Vida y Salud con dominio Medio Ambiente (grupo III). Se observó una mejor comprensión de la calidad de vida y la salud en el Grupo III, se encontraron correlaciones significativas entre el estado civil y la calidad de vida en el grupo III, recogida de basuras y la calidad de vida, número de hijos y la salud percibida, tanto en el Grupo II. **Observaciones Finales:** Los hallazgos sugieren que la adopción de las acciones de salud para promover el envejecimiento saludable, la creación de oportunidades para actividades de ocio, la lucha contra los síntomas de la depresión, la necesidad de planificar las intervenciones de salud dirigidas a las personas mayores y la adopción de medidas de saneamiento medio ambiente.

Palabras clave: Personas Mayores, Negros, Quilombolas, Calidad de Vida, Salud, WHOQOL-BREF

LISTA DE SIGLAS

ACONERUQ	- Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão
ANOVA	- Análise de Variância
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CLA	- Centro de Lançamento de Foguetes de Alcântara
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUCEPE	- Grupo de Estudo e Pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a Saúde do Idoso
NURUNI	- Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras, Quilombolas e Indígenas
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNSIPN	- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPGSA	- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente
QV	- Qualidade de Vida
SEPPIR	- Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial
SMSA	- Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara
SPSS	- Statistical Package for Social Science
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	- Transição Demográfica
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGIA	16
ARTIGO 1: Quilombolas sem território: avaliação da qualidade de vida de idosos	25
ARTIGO 2: Fatores associados a Qualidade de Vida e Saúde de idosos quilombolas desterritorializados	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B	75
ANEXO A	77
ANEXO B	80
ANEXO C	87

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global e reconhecidamente um grande desafio político nos países em que a longevidade é alta, e a população jovem está proporcionalmente encolhendo. Da mesma forma, em países de renda média e baixa, os percentuais populacionais nas faixas de 60, 70 e em alguns casos 80 anos ou mais estão em constante ascensão. A população em processo de envelhecimento aumentará mais rápido que qualquer outro segmento da população global até 2050. (ONU, 2009)

Os idosos representavam 4,1% da população brasileira em 1940, saltando para cerca de 10%(19,3 milhões) em 2010, com estimativa de atingir a cifra de 29,8% em 2050(64 milhões). No estado do Maranhão, em 1940, os idosos eram 4,1%, saltando para 7,2% em 2000 e para 7,4% em 2010.(IBGE, 2007; 2009; 2010).

A ocorrência global do envelhecimento populacional faz parte de um processo mais amplo conhecido como *Transição Demográfica*(TD). Neste, ocorre a redução da mortalidade, particularmente entre jovens seguido por redução na fecundidade. A queda da fecundidade com aumento da expectativa de vida tem redesenhado a estrutura etária da população na maioria das regiões do planeta, transferindo o peso relativo da população dos grupos mais jovens e suas demandas para os grupos mais velhos. (LESTHAEGHE, 2004)

O envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde, maior número de internações hospitalares e maior tempo de ocupação dos leitos. No entanto, o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. Contudo, torna-se uma real conquista tão somente quando se agregue qualidade aos anos adicionais de vida, ou qualidade de vida(QV) (VERAS, 2009).

O constructo QV é utilizado por diversas áreas de estudo, por isso não há uma definição consensual sobre seu conceito. Suas definições na literatura especializada apresentam-se, tanto de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, como dividida em componentes. Dependendo da área de interesse, o conceito, muitas vezes, é adotado como sinônimo de saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, dentre outros e seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida. Na literatura científica os estudos sobre QV apresentam quatro abordagens gerais: econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística. (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS;2012)

Machado et al(2007) salientam que QV possui uma noção eminentemente humana, sendo aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e na própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

A QV na terceira idade tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade (TORRES et al,2009).

Neste estudo a definição adotada para QV é o conceito oficial da Organização Mundial de Saúde: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998).

A ocorrência de doenças em certos grupos populacionais tem como determinantes as interações múltiplas entre as características socioeconômicas, políticas, culturais e biológicas. A determinação de melhor ou pior QV está ligada de igual modo a interações múltiplas entre os entes social, econômico, político, cultural e biológico (LOPES,2005).

As desigualdades nas condições de vida repercutem nas situações de saúde, produzindo/reproduzindo iniquidades. As desigualdades sociais produzem diferenças no estado de saúde entre grupos definidos tendo como variáveis determinantes as características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça/etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho (BARATA, 2009).

O histórico das interações baseadas na relação das dimensões sociais, econômicas e políticas dos segmentos populacionais constituintes da sociedade brasileira é marcado por incongruências, tamanhas e tão profundas que alçaram o país ao posto de um dos campeões mundiais de desigualdade social, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada(2008). Esse processo penalizou o segmento étnico/racial representado pelos negros, resultando no atual quadro de iniquidades, causado pelo racismo silencioso, não declarado e muitas vezes negado (BRASIL, 2010).

A Comissão de Determinantes Sociais de Saúde(2005) assevera que a ocorrência de iniquidade em saúde implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Elas têm suas raízes na

estratificação social. Desse modo, a iniquidade na saúde pode ser definida como uma categoria moral profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder.

As diferenças étnico/raciais associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de grupos de pessoas, sendo inegável a ocorrência de diferenças sociais segundo a raça/cor e que estas diferenças se constituem em vulnerabilidade¹ para doença, no entanto a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo étnico/ racial é que se constitui em característica de vulnerabilidade (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004).

A permanência dos negros nos estratos sociais mais baixos determina condições especiais de vulnerabilidade.(LOPES, 2005). Apoiados nessa premissa e no reconhecimento do racismo foi que diversas organizações e movimentos sociais, em especial o movimento negro, aliada com a decisão política da criação de uma agenda voltada à saúde da população negra, em fins do século XX e início do século XXI, iniciaram uma série de mobilizações que culminaram com a concepção pelo Estado de uma política pública, em consonância com o SUS: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra(PNSIPN), com vistas à promoção da equidade racial em saúde.

Oficialmente, o Governo Federal reconhece a situação de vulnerabilidade vivenciada pela população negra no Brasil e desde os últimos dez anos implementa medidas a fim de combater tais problemas. Além da PNSIPN, foi criada anteriormente a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR).

A PNSIPN visa a promoção da equidade em saúde da população afrodescendente, bem como garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

As comunidades remanescentes de quilombos estão inseridas no contexto das comunidades ou povos tradicionais, sendo caracterizados por ruralidade, forma camponesa, terra de uso comum, apossamento secular, adequação a critérios ecológicos de preservação de recursos, presença de conflitos e antagonismos vividos pelo grupo e, finalmente, mas não

¹ O termo vulnerabilidade é empregado como sendo a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos individuais, sob a perspectiva de dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Para a interpretação do processo saúde-doença, enquanto o risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. Ela antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (AYRES, 1997; AYRES et al. 1999; AYRES et al. 2006).

exclusivamente, uma mobilização política definida em termos de autoidentificação quilombola (ARRUTI, 2006).

No estado do Maranhão, foram mapeadas 476 áreas (Imagem 1, ANEXO B) onde há a presença de comunidades negras rurais (remanescentes de quilombos), distribuídas em 12 microrregiões, cobrindo as mesorregiões norte, leste, oeste e parte da central (COSTA e cols., 2005).

O interesse pelo tema surgiu a partir da minha participação no Grupo de Estudo e Pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a Saúde do Idoso (NUPECE), atuação junto ao Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras, Quilombolas e Indígenas (NURUNI), onde pude conviver mais de perto com os problemas vivenciados pelos idosos e comunidades quilombolas como o crescimento das doenças crônicas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as tensões pela posse da terra e os deslocamentos compulsórios.

Diante do exposto anteriormente, percebe-se que o envelhecimento traz vulnerabilidades sendo um processo diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça, localização geográfica. Uma vez que a população negra é reconhecida por vulnerabilidade social e de saúde, torna-se relevante a investigação do constructo QV nesse segmento populacional duplamente vulnerável idosos quilombolas.

A relevância deste estudo pode ser atribuída, ainda, ao fato de que restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo de investigação, inclusive no que diz respeito às intervenções que, a partir do setor de saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a QV dessas comunidades.

Desta forma, a presente pesquisa pode contribuir com elementos para o conhecimento do impacto das relações sociais e processo saúde-doença nessas comunidades através da avaliação da QV, possibilitando a reflexão e análise das ações desenvolvidas no sentido de promover uma construção coletiva assistencial aos idosos quilombolas, melhorando a atuação dos diversos profissionais da área da saúde.

2 OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida em idosos remanescentes de quilombo no município de Alcântara- MA, nos domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente.

Descrever seu perfil socioeconômico e demográficos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa realizado em amostra de idosos pertencentes à população remanescente de quilombo desterritorializados pela Aeronáutica para a implantação do Centro de Lançamentos de Foguetes de Alcântara(CLA).

3.2 Local

O local da realização do estudo foram as Agrovilas do município de Alcântara, cuja criação se deu na década de 80, pela Aeronáutica, para a implantação do Centro de Lançamentos de Foguetes de Alcântara(CLA).

Alcântara está situada na mesorregião do Norte Maranhense, na microrregião da Baixada Ocidental Maranhense, dentro dos limites da Amazônia Legal. A área total do município é de 1.496,5 km², ou próximo de 150 mil hectares, o que corresponde a 0,45% da superfície do Maranhão. Sua população é predominantemente negra e rural(15.452), contra 6.400, na zona urbana, conservando até hoje diversos aspectos culturais africanos e com 3.370 famílias remanescentes de comunidades de quilombos. (IBGE, 2010; BRAGA, 2011)

A operacionalização do CLA(Imagens 2 e 3, ANEXO B) foi antecedida pela política de desterritorializar e transferir compulsoriamente 31 povoados, totalizando 312 famílias, da área territorial selecionada pelo Governo Federal como pertencente ao projeto da base de lançamento. A desterritorialização ocorreu no biênio 1986/1987, ao passo que as comunidades tradicionais foram reassentadas nas Agrovilas. Há ainda a previsão de novos deslocamentos compulsórios, embora não haja certeza absoluta de quando serão realizados.(ALMEIDA, 2006)

Haesbaert(1997) afirma que a desterritorialização implica em um choque brutal de interesses, uma vez que acontece quando há a perda do domínio territorial e algo concreto dá lugar ao sentimento de perda afetiva e desvinculação com a terra. O processo causa fragmentação, gerando enfraquecimento nas relações intra e intergrupais, além de afetar individualmente os sujeitos desterritorializados.

Rodrigues; Oliveira(2012) veem o território como um dos elos da cadeia de conexões entre a sociedade e o ambiente, sendo um local de conflitos, estabilidades, organizações e desorganizações. Santos (2002, p.123) acredita que a identificação com a terra acontece quando o lugar onde se vive é assimilado como componente primordial do hábito cotidiano, sendo territorializado, pelos seus ocupantes. Já para Haesbaert (1994), a territorialidade, tem seu conceito oriundo da noção de território, por sua vez, é compreendida como uma característica intrínseca e natural dos povos, surgindo e se concretizando na convivência e mediante uma relação de afeto com a região.

As agrovilas criadas são Espera, Cajueiro, Ponta Seca, Só Assim, Pepital, Marudá e Peru. Ficam na zona rural, a noroeste da sede municipal seguindo pela rodovia MA 106, sentido Bequimão(Imagens 4 a 11, ANEXO B).

O acesso às agrovilas se dá por 6 estradas vicinais, 3 à esquerda da rodovia MA 106 ao nível dos quilômetros 7, 9 e 11- contados a partir do centro da sede municipal, que permitem acesso a Espera, Cajueiro e Ponta Seca, respectivamente e 3 à direita da MA 106 ao nível dos quilômetros 10, 13 e 16, permitindo acesso a Pepital e Marudá, Só Assim e Peru, respectivamente(Imagem 4, Anexo B).

Nas agrovilas, geralmente encontram-se as seguintes estruturas físicas: casa de farinha ou casa de forno, lavanderia, poço artesiano (localizado no centro da agrovila), Tribuna ou Salão de Festa. No Pepital há ainda a construção de uma Unidade Básica de Saúde, referência para as 7 agrovilas e povoados adjacentes.

3.3 Sujeitos do estudo

Neste estudo foram incluídos idosos de ambos os sexos residentes das Agrovilas.

3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram:

- a. Ter idade maior ou igual a 60 anos de ambos os sexos;
- b. Apresentar condições cognitivas para comunicar-se com o pesquisador;
- c. Consentir em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE(APÊNDICE A).

3.3.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram:

- a. Ter idade menor que 60 anos;

- b. Não apresentar condições cognitivas para comunicar-se com o pesquisador;
- c. Não consentir em participar e/ou se negar a assinar o TCLE;
- d. Estar ausente do domicílio por longo período de tempo de modo a impossibilitar a coleta de dados no dia selecionado.

3.3.2 Amostra

A população total das agrovilas é de aproximadamente 1600 habitantes. Baseado neste quantitativo de pessoas, a amostra foi calculada através da ferramenta StatCalc do programa estatístico Epi Info 7, considerando uma prevalência de idosos da ordem de 9%, α de 5%, Intervalo de Confiança(IC) de 95%, atingindo um valor de 117, no entanto acrescentou-se 10% a esse valor, como fator de correção para possíveis perdas. O cálculo final da amostra foi de 129 indivíduos.

Os dados das características da população das agrovilas foram obtidos a partir dos consolidados das fichas de registro do Programa de Saúde da Família para o ano de 2011 fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara(SMSA), mediante solicitação via Ofício nº23/2012 emitido pela secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente(PPGSA). Segundo o consolidado, não havia clareza sobre o quantitativo da população em estudo, uma vez que as agrovilas constituíam uma ou mais microáreas, ou faziam parte de uma microárea com uma comunidade que não é uma agrovila, caso de Ponta Seca que constitui uma microárea com o povoado Manival, sendo que no consolidado não há discriminação por povoado, mas apenas a divisão por sexo e faixa etária, não havendo como discernir sobre os dados de interesse que são os da agrovila Ponta Seca. As duplas de agrovilas Cajueiro e Espera, Só Assim e Peptal constituem uma microárea por dupla, ao passo que Marudá sozinha constitui uma microárea e Peru, duas microáreas.

Diante dessa dificuldade, foi realizada uma visita aos agentes comunitários de saúde de cada uma das agrovilas para conferir de acordo com as fichas A's a população real dos idosos, nomes e endereços. Constatou-se após essa averiguação uma diferença a menor de 29 idosos, ou seja, no consolidado da Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara(SMSA) são contabilizados 180 indivíduos, ao passo que nas fichas A's atualizadas, 151.

Para efeitos de organização dos dados e melhor aplicação de tratamento estatístico, as agrovilas foram reagrupadas por proximidade geográfica e tamanho em 3 grupos, nomeados Grupo I(Ponta Seca, Cajueiro, Espera), Grupo II(Só Assim, Peptal, Marudá) e Grupo III(Peru).

3.4 Instrumentos da Pesquisa

Neste estudo foram utilizados dois questionários aplicados nas entrevistas: o primeiro contendo perguntas abertas e fechadas a respeito das condições sociodemográficas do idoso (Apêndice B) e o segundo questionário, o WHOQOL-Abreviado versão em português (Anexo A).

No questionário sociodemográfico foram questionados endereço, a raça/cor de acordo com a autoidentificação; sexo; a idade em anos completos; data de nascimento, nível de escolaridade, formação; atividade principal; renda familiar em salários mínimos; número de pessoas que contribuíam para a renda familiar; estado civil; número de filhos vivos e mortos; situação de moradia e saneamento; número de pessoas no domicílio; número de cômodos; destino do lixo; abastecimento e tratamento da água; destino das fezes e urina; meio de comunicação que mais utiliza e participação em grupos comunitários.

A escolha do instrumento de coleta de dados para a avaliação de QV levou em consideração o caráter transcultural, holístico, a simplicidade das perguntas, possibilidade de fácil e rápida aplicação, as características da amostra estudada e o fato de ser validado.

O WHOQOL-BREF foi criado a partir do WHOQOL-100 com a finalidade de ser breve, conveniente e preciso, uma vez que este poderia ser muito extenso para usos em estudos epidemiológicos em que QV fosse apenas uma das variáveis de interesse (WHO, 1996). A intenção da OMS ao criar o WHOQOL-100 foi ampliar o foco das medidas de saúde além dos indicadores tradicionais como morbidade e mortalidade, criar um instrumento transcultural e satisfatório para diversas realidades, não apenas a norte americana e europeia e introduzir um elemento humanístico na atenção à saúde como medida de contraposição ao modelo crescente da medicina mecanicista (WHO, 1998).

Os escores dos domínios do WHOQOL-BREF foram avaliados pelo Grupo WHOQOL, demonstrando correlação forte com os domínios do WHOQOL- 100. Além disso, os domínios possuem boa validade, consistência interna e confiabilidade, o que torna o WHOQOL-BREF uma alternativa válida e confiável para avaliação dos perfis dos domínios usando o WHOQOL- 100. (WHOQOL GROUP, 1998).

A estrutura do WHOQOL-BREF é integrada por quatro Domínios (Físico-1, Psicológico-2, das Relações Sociais- 3 e do Meio Ambiente-4) com 24 facetas e duas facetas gerais, que não fazem parte dos domínios, qualidade de vida e satisfação com a saúde,

totalizando 26 facetas. A seguir, as questões enumeradas e as respectivas facetas distribuídas nos domínios:

Facetas Gerais

- 1- Qualidade de Vida
- 2- Satisfação com a Saúde

Domínio 1 – Físico

- 3- Dor e desconforto
- 4- Dependência de medicação ou de tratamentos
- 10- Energia e fadiga
- 15- Locomoção
- 16- Sono e repouso
- 17- Atividades da vida cotidiana
- 18- Capacidade de trabalho

Domínio 2 – Psicológico

- 5 - Sentimentos positivos
- 6 - Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais
- 7 - Pensar, aprender, memória e concentração
- 11 - Imagem corporal e aparência
- 19 - Autoestima
- 26 - Sentimentos negativos

Domínio 3 – Relações Sociais

- 20 - Relações Pessoais
- 21 - Suporte (apoio) social
- 22 - Atividade sexual

Domínio 4 – Meio Ambiente

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

25 – Transporte

As respostas às facetas estão organizadas em 5 itens pontuados de 1 a 5, em escala tipo Likert, que relativamente a cada afirmação, o participante indica a sua concordância ou discordância numa escala ordinal de intensidade. Os domínios estão dispostos num sentido positivo, contudo 3 facetas(questões 3, 4 e 26) por apresentarem sentido negativo, foram recodificadas para que houvesse inversão de sentido. O resultado de cada domínio foi calculado através da média dos resultados das questões que o constituem e multiplicados por 4. (WHO,1998)

A média dos resultados ou escores brutos obtidos resultam em uma escala que se estende de 4 a 20 pontos que foi convertida na escala para valores entre 0 a 100. Os resultados nos domínios representam a percepção individual da qualidade de vida em cada domínio em particular. As pontuações mais elevadas caracterizam uma melhor qualidade de vida. O procedimento para o cálculo das facetas, recodificação, obtenção da escala de 0 a 100, foram realizadas por meio do pacote estatístico SPSS versão 20.(WHO,1998)

3.5 Procedimento de Coleta de Dados

O primeiro passo antes da coleta de dados foi entrar em contato com a SMSA e com lideranças comunitárias das agrovilas, a fim de solicitar autorização para a realização da pesquisa de campo, no mês de Abril de 2012. Após autorização, os dados foram coletados entre os meses de junho a dezembro de 2012 por uma equipe de cinco pessoas, sendo um enfermeiro, três técnicas de enfermagem e um farmacêutico. Os entrevistadores participaram de treinamento de 4 horas sobre como aplicar o Mini-Exame de Estado Mental , o questionário sociodemográfico e o WHOQOL-Bref.

A abordagem aos idosos foi realizada iniciando pela aplicação do Mini-Exame de Estado Mental para avaliar as condições cognitivas dos elegíveis para responder aos questionários da pesquisa. Após esta etapa, em caso de condições cognitivas favoráveis, foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e a solicitação da assinatura do TCLE, seguido da realização da entrevista, as quais foram realizadas na residência dos participantes e uma cópia do TCLE ficou com cada participante.

Segundo Ferreira(2009), o WHOQOL-Bref foi desenvolvido inicialmente para ser um instrumento de auto-relato, porém, admite-se outras duas modalidades de administração, a saber: assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador. Esta última modalidade

foi adotada no presente estudo. O entrevistador leu as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinalou a resposta dada pelo participante. Esta escolha foi a mais apropriada pelo tempo curto de coleta, difícil acesso às agrovilas e por se esperar uma grande quantidade de idosos analfabetos. Tentou-se realizar a entrevista de modo a evitar influência nas respostas dos indivíduos.

A equipe de coleta de dados realizou as entrevistas seguindo pela agrovilas de Ponta Seca, Cajueiro, Espera, Só Assim, Peptal, Marudá e Peru. Os entrevistadores foram distribuídos nas ruas das agrovilas e após o término da coleta, retornavam às casas onde não encontraram ninguém, de modo que em caso de viagem ou saída para o trabalho, roçado ou pescaria por período prolongado não se retornava mais àquele domicílio, uma vez que o acesso às agrovilas era difícil e a operacionalização da coleta não permitia retorno em outra data a uma agrovila para entrevistar um ou dois moradores, ademais, visto que o total de idosos nas agrovilas era de 151 e a amostra a ser perseguida era de 129, ao se alcançar esse número não havia mais necessidade de ampliar a coleta.

Ao fim das entrevistas, o Grupo I apresentou amostra de 36 idosos, o Grupo II, 48 idosos e o Grupo III, 45 idosos. Houve 22 indivíduos não elegíveis, 11 pessoas não localizadas, 6 viajando e 5 sem condições cognitivas de responder.

3.6 Considerações éticas

Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão e aprovado com parecer nº 23115-017526 de 01.03.2012 (APÊNDICE A)

Foram garantidos aos participantes: o anonimato, ausência de despesas ou ganho financeiro, ausência de riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, retirada de seu nome da pesquisa a qualquer momento.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 20 na seguinte ordem:

1. Inicialmente foram aplicadas técnicas da estatística descritiva para os dados gerados a partir dos questionários sociodemográfico (variáveis nominais e discretas) e WHOQOL-BREF (variáveis discretas);

2. Comparação das médias inter-grupos através da análise de variância (ANOVA), seguida do teste Post Hoc de Bonferroni para comparação das médias intra-grupos;

3. Realizou-se o teste de correlação de Pearson entre as facetas gerais qualidade de vida e percepção de saúde com os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente de cada grupo;

4. Por fim, procedeu-se a análise bivariada entre as variáveis nominais (sexo, raça, estado civil, escolaridade, tratamento e abastecimento de água, destino de fezes e lixo, participação em grupos comunitários), e discretas (idade, renda, número de filhos, número de moradores no domicílio) do questionário sociodemográfico com as facetas gerais qualidade de vida e percepção de saúde de cada grupo. Para as variáveis nominais foi utilizada a correlação de postos de Spearman e para as discretas, a correlação de Pearson.

As hipóteses a serem testadas para cada método estatístico aplicado serão:

Análise de Variância:

H_0 : As médias dos grupos I, II e III são iguais, supondo que as variâncias dos grupos são iguais.

H_1 : Alguma média dos grupos é diferente das outras, supondo que as variâncias dos grupos são iguais.

Teste de Bonferroni:

H_0 : As médias dos grupos comparadas duas a duas (I e II, I e III, II e III) são iguais.

H_1 : Alguma média dos grupos é diferente das outras, comparadas duas a duas (I e II, I e III, II e III).

Correlação de Pearson para as facetas do WHOQOL-Bref:

H_0 : É nula a correlação linear entre a faceta e o domínio considerados.

H_1 : Existe correlação linear entre a faceta e o domínio considerados.

Correlação de Pearson entre as variáveis discretas do questionário sociodemográfico com as facetas gerais qualidade de vida e percepção de saúde de cada grupo:

H_0 : É nula a correlação linear entre a variável e a faceta geral considerados.

H_1 : Existe correlação linear entre a variável discreta e a faceta geral considerados.

Correlação de postos de Spearman entra as variáveis nominais do questionário sociodemográfico com as facetas gerais qualidade de vida e percepção de saúde de cada grupo:

H_0 : É nula a correlação linear entre os postos estabelecidos para a variável nominal e para a faceta geral considerados.

H_1 : Existe correlação linear entre os postos estabelecidos para a variável nominal e para a faceta geral considerados.

Em todos os testes o nível de significância aplicado foi de 5%, ou seja, será considerado significativo quando p- calculado for menor que o valor crítico correspondente na tabela de valores críticos para o método estabelecido. No caso do teste de Bonferroni, o α considerado foi de $5\%/3$, ou seja, 1,67%.

A avaliação qualitativa para os testes de correlação serão classificados de acordo com o mostrado no Quadro 2 e classificados em correlação nula, fraca, regular, forte, muito forte e plena ou perfeita.

Quadro 2. Avaliação qualitativa do grau de correlação entre duas variáveis

$ r $	A coorelação é dita
0	Nula
0 0,3	Fraca
0,3 0,6	Regular
0,6 0,9	Forte
0,9 1	Muito Forte
1	Plena ou Perfeita

Fonte: CALLEGARI-JACQUES(2003)

ARTIGO 1: Quilombolas sem Território: Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos

SILVA, CM. Enfermeiro, mestrando em Saúde e Ambiente, UFMA. E-mail: cleidsonms@hotmail.com

SARDINHA, AHL. Enfermeira, professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente(Mestrado)-UFMA. E-mail: anahsardinha@ibest.com.br

Submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva- Fiocruz

Resumo

O presente estudo foi realizado com 31 comunidades quilombolas em Alcântara-MA e objetivou avaliar a Qualidade de Vida e Saúde através dos Domínios do WHOQOL-BREF. Trata-se de pesquisa observacional transversal com abordagem quantitativa em amostra (n=129) dividida em três grupos. A análise de variância revelou o Domínio Psicológico do grupo controle como estatisticamente inferior, confirmada pelo teste de Bonferroni, ao passo que correlações positivas regulares foram observadas entre as facetas Qualidade de Vida e Saúde (grupo controle) e Qualidade de Vida e Saúde com o Domínio Meio Ambiente (grupo III). Os achados sugerem a adoção de ações de saúde voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, criação de oportunidades de atividades de lazer e o combate aos sintomas da depressão.

Palavras-chave: Idosos, Negros, Quilombolas, Qualidade de vida, Saúde, WHOQOL-BREF

Quilombolas without territory: assessment of quality of life of elderly

Abstract

The current study was performed with 31 quilombolas communities at Alcântara-MA and aimed to assess Quality of Live and Health through WHOQOL-BREF Domains. That's an observational, cross-sectional study with quantitative approach in a sample(n=129) divided into three groups. The analysis of variance revealed that Psychological Domain for Group I was statistically lower, this result was confirmed through Bonferrni's test, whereas regular, positive correlations were observed among overall facets Quality of Life and Health(Group I) and among Quality of Life and Health with Environment Domain(group III). The findings suggest the adoption of health actions for healthy aging promotion, creation of opportunities for leisure activities and combating depression symptoms.

Keywords: Elderly, Blacks, Quilombolas, Quality of life, Health, WHOQOL-BREF

Resumen

Quilombolas sin territorio: evaluación de la calidad de vida de personas mayores.

El presente estudio fue realizado con 31 comunidades quilombolas en Alcantara-MA y tuvo como objetivo evaluar la Calidad de Vida y Salud a través de los Dominios del WHOQOL-BREF. Se trata de un estudio observacional transversal de enfoque cuantitativo con muestra (n = 129) dividida en tres grupos. El análisis de variación reveló el Dominio Psicológico del grupo control como estadísticamente inferior, según lo confirmado por el test de Bonferroni, mientras que se observaron correlaciones positivas entre las facetas Calidad de Vida y Salud (grupo control) y Calidad de Vida Y Salud con el Dominio Medio Ambiente (grupo III) Los resultados sugieren la adopción de acciones de salud para promover el envejecimiento saludable, creación de oportunidades para el ocio y la lucha contra los síntomas de la depresión.

Palabras clave: Personas Mayores, Negros, Quilombolas, Calidad de vida, Salud, WHOQOL-BREF

Introdução

O Brasil vive grandes mudanças nas formas de adoecimento e morte, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares¹.

O envelhecimento dos brasileiros tem despertado o interesse das políticas de saúde pública, tendo em vista a demanda social e de saúde implicada nesse fenômeno². Estratégias que busquem a mudança das condições de vida dos idosos são necessárias para o efetivo controle dos processos crônicos degenerativos³.

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida⁴, ou qualidade de vida (QV).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵.

QV tem a conotação de grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e na própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar⁶. A QV pode ser determinada pelas interações entre o sócio-econômico-político-cultural⁷.

As interações baseadas na relação entre os entes social, econômico e político no processo de formação da sociedade brasileira caracteriza-se por incongruências⁸. Esse processo resultou no quadro atual de iniquidades, o qual penalizou principalmente os negros petrificando esse segmento populacional na base da pirâmide social brasileira, tendo como agente motivador o racismo silencioso, não declarado e muitas vezes negado⁹.

A permanência dos negros nos estratos sociais mais baixos determina condições especiais de vulnerabilidade¹⁰. O Governo Federal reconhece a situação de vulnerabilidade vivenciada pela população negra no Brasil, por isso criou a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR) e mais recentemente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A PNSIPN visa a promoção da equidade em saúde da população negra, garantir e ampliar o acesso da população rural, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde⁹.

Os remanescentes das comunidades quilombolas são os grupos étnico-raciais, autoatribuídos, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.¹¹

No Estado do Maranhão, foram mapeadas 476 áreas onde há a presença de comunidades negras rurais (remanescentes de quilombos), distribuídas em 12 microrregiões, cobrindo as mesorregiões norte, leste, oeste e parte da central¹².

Para a Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão (ACONERUQ) o principal desafio dessas comunidades é a garantia da terra, uma vez que a maioria delas sofre com a grilagem de seus territórios e com os conflitos originados dessa situação. Os quilombolas batalham ainda para assegurar direitos básicos, como o acesso à saúde, à educação formal, à capacitação profissional, à melhoria das condições de trabalho e de geração de renda¹³.

O grupo de idosos de interesse nesse estudo pertencem às comunidades quilombolas que passaram pelo processo traumático da perda do território (desterritorialização) onde viviam por várias gerações e foram forçados a se estabelecer nas agrovilas criadas pela Aeronáutica.

Diante do impasse criado, uma dúvida natural é saber qual a percepção desses idosos sobre a sua QV, saúde e quão negativamente o processo de deslocamento impactou em suas vidas.

A relevância deste estudo pode ser atribuída ao fato de que há muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo de investigação, como as possíveis intervenções que, a partir do setor de saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a QV dessas comunidades.

Esta pesquisa objetivou avaliar a QV dos idosos considerando as facetas gerais e os Domínios Físico, Psicológico, das Relações Sociais e do Meio Ambiente do instrumento WHOQOL-BREF, bem como descrever suas características sociodemográficas.

Material e Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, observacional, transversal com abordagem quantitativa.

Local

O local da realização do estudo foram as agrovilas do município de Alcântara, Maranhão.

Alcântara está situada na mesorregião Norte Maranhense. Sua população é predominantemente negra e rural conservando até hoje diversos aspectos culturais africanos e conta com 3.370 famílias remanescentes de comunidades quilombolas^{14,15}.

Neste município foi construído o Centro de Lançamento de Foguetes de Alcântara, na área onde moravam 31 comunidades quilombolas (312 famílias), as quais foram transferidas (desterritorializadas) compulsoriamente e reassentadas nas recém-criadas Agrovilas Espera, Cajueiro, Ponta Seca, Só Assim, Pepital, Marudá e Peru¹⁶.

Critérios de inclusão e amostragem

Neste estudo foram incluídos idosos de ambos os sexos com idade maior ou igual a 60 anos que apresentaram condições cognitivas para comunicar-se com o pesquisador e consentiram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram incluídos os que não satisfizeram os critérios de inclusão e os ausentes do domicílio por longo período de tempo de modo a impossibilitar a coleta de dados no dia selecionado.

A população total das agrovilas é de aproximadamente 1600 habitantes. A amostra foi calculada através da ferramenta StatCalc- Epi Info 7, considerando uma prevalência de idosos da ordem de 9%, α de 5%, Intervalo de Confiança (IC) de 95%, acrescido de 10% como fator de correção para possíveis perdas, totalizando 129 indivíduos.

As agrovilas foram reagrupadas por proximidade geográfica e tamanho em 3 grupos: Grupo I (Ponta Seca, Cajueiro, Espera) - controle, Grupo II (Só Assim, Peptal, Marudá) e Grupo III (Peru).

Instrumentos de coleta de dados

Neste estudo foram utilizados dois questionários um sociodemográfico e o WHOQOL-BREF versão em português. A escolha do instrumento de coleta de dados para a avaliação de QV levou em consideração o caráter transcultural, holístico, a simplicidade das perguntas, possibilidade de fácil e rápida aplicação, as características da amostra estudada e o fato de ser validado.

O WHOQOL-BREF foi criado a partir do WHOQOL-100 com a finalidade de ser breve, conveniente e preciso. É composto por quatro Domínios (Físico ou 1, Psicológico ou 2, das Relações Sociais ou 3 e do Meio Ambiente ou 4) com 24 facetas e duas facetas gerais, que não fazem parte dos domínios, possuem 5 opções de resposta (variando de 1 a 5) em escala tipo Likert¹⁷.

Os dados foram coletados entre os dias 11 a 15 de junho de 2012 após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Alcântara e das lideranças comunitárias. A abordagem aos idosos foi iniciada pela aplicação do Mini-Exame de Estado Mental para avaliar as condições cognitivas dos elegíveis. Após esta etapa, foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e a solicitação da assinatura do TCLE, seguido da realização da entrevista, na residência dos participantes. Uma cópia do TCLE foi entregue a cada participante.

O WHOQOL-BREF possui três modalidades de administração: autorrelato, assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador, a qual foi adotada pelos pesquisadores. O entrevistador leu as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinalou a resposta dada pelo participante. Tentou-se realizar a entrevista de modo a evitar influência nas respostas dos indivíduos¹⁸.

Ao fim das entrevistas, o Grupo I – controle - apresentou amostra de 36 idosos, o Grupo II, 38 idosos e o Grupo III, 45 idosos. Houve 22 indivíduos não elegíveis, 11 pessoas não localizadas, 6 viajando e 5 sem condições de responder.

Análise estatística

Os dados foram analisados pelo programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20. Foram aplicadas técnicas da estatística descritiva para os dados gerados a partir dos questionários sociodemográfico, WHOQOL-BREF e procedeu-se a comparação das médias inter-grupos através da análise de variância (ANOVA), seguida do teste Post Hoc de Bonferroni para comparação das médias intra-grupos. Em seguida, realizou-se o teste de correlação de Pearson entre as facetas gerais QV e percepção de saúde com os Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente de cada grupo. O nível de significância considerado foi de 5%, porém para o teste de Bonferroni, o α considerado foi de $5\%/3$, ou seja, 1,67%.

Considerações éticas

Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e aprovado com parecer nº 23115-017526 de 01.03.2012.

Foram garantidos aos participantes: o anonimato, ausência de despesas ou ganho financeiro, ausência de riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, retirada de seu nome da pesquisa a qualquer momento.

Resultados

As características sócio-demográficas da amostra da população de idosos das agrovilas estão descritas na Tabela 1. Há o predomínio de pretos no Grupo I (80,6%) e de pardos nos Grupos II (56,2%) e III (68,9%). Negros (pretos e pardos) equivalem a 96,1% de

todos os habitantes das agrovilas. O sexo feminino apresenta maioria nos Grupos I (52,8%) e III (66,7%), distribuição não observada no Grupo II (homens- 72,9%). Os homens representam 51,9% do total de moradores das agrovilas.

Tabela 1. Distribuição da amostra dos idosos das agrovilas segundo variáveis sociodemográficas, Alcântara, MA, 2012.

Variáveis	Grupos			Total-Portcentagem(%)
	I(%) N = 36	II(%) N = 48	III(%)N = 45	
Raça/Cor				
Branca	0	1(2,1)	3(6,7)	4(3,1)
Preta	29(80,6)	19(39,6)	11(24,4)	59(45,7)
Parda	7(19,6)	27(56,2)	31(68,9)	65(50,4)
Indígena	0	1(2,1)	0	1(0,8)
Sexo				
Masculino(M)	17(47,3)	35(72,9)	15(33,3)	67(51,9)
Feminino(F)	19(52,8)	13(27,1)	30(66,7)	62(48,1)
Idade Média	*65,7±7,3	*65,4±6,4	*71,4±9,8	*69,7±7,9
Escolaridade				
Analfabeto	22(61,1)	31(64,6)	25(55,6)	78(60,5)
Ens. fundamental incompleto	11(30,6)	17(35,4)	17(37,8)	45(34,9)
Ens. fundamental completo	2(5,6)	0	2(4,4)	4(3,1)
Ens. médio completo	0	0	1(2,2)	1(0,8)
Superior Completo	1(2,7)	0	0	1(0,8)
Renda Familiar Média	*1,92±0,6	*1,58±0,8	*1,53±0,5	*1,66±0,7
Estado Civil				
Solteiro	10(27,7)	10(20,8)	10(22,2)	30(23,3)
Casado	13(36,1)	24(50)	17(37,8)	54(41,9)
Viúvo	11(30,6)	12(25)	16(35,6)	39(30,2)
Separado	2(5,6)	2(4,2)	2(4,4)	6(4,7)

Fonte: Dados da Pesquisa

* Média ± Desvio Padrão

A idade média para os grupos é: 65,7 anos com Desvio Padrão (DP) de mais ou menos 7,3 anos - I; 65,44 anos, DP de 6,4 anos - II e 71,4 anos, DP de 9,8 anos - III. O analfabetismo se destaca em todos os grupos atingindo valores percentuais altos – I (61,1%), II (64,6%) e III (54,7%), ao passo que o ensino fundamental incompleto ocupa a segunda posição em frequência em todos os grupos – I (30,6%), II (35,4%) e III (37,8%).

Quanto à variável renda familiar em salários mínimos, as médias e DP verificados para os grupos foi de 1,92 e mais ou menos 0,6, I; 1,58 e mais ou menos 0,8, II e

1,53 mais ou menos 0,5, III. O estado civil prevalecente entre os grupos de idosos é casado, seguido de viúvo para os três grupos considerados. Quando se pondera todas as agrovilas, 41,9% e 30,2% são casados e viúvos, respectivamente.

A Tabela 2 apresenta os escores médios e DP obtidos para os quatro domínios do WHOQOL-BREF, considerando a escala de 0-100. Os Domínios 1 e 2 mostram escores médios em escala crescente para os grupos I (56,7%; 54,7%), II (58,3%;62%) e III (61,4%;63,3%).

Os escores médios observados para o Domínio 3 foram os que atingiram valores percentuais mais elevados dentre os quatro domínios analisados para todas as agrovilas estudadas. O Grupo Controle (73,8%) superou os outros dois, Grupo III (73,1%) e II (71%). Já o Domínio 4 teve a maior média obtida pelo Grupo III (52,4%), seguido pelo controle e pelo Grupo II.

A busca por eventuais diferenças significativas estatisticamente das médias observadas para os três grupos, através do método de ANOVA one-way, resultou em dados sumarizados na Tabela 2, a qual apontou diferença estatisticamente significativa apenas para o Domínio Psicológico. O p-valor encontrado $p = 0,002$ representa um dados que na representação gráfica da curva de distribuição do teste de hipóteses se situam dentro da área considerada com significância estatística, portanto com rejeição da hipótese nula. Convém salientar que o valor de significância adotado é $p\text{-valor} < 0,05$.

Tabela 2. Média de Escores dos Domínios, valores de ANOVA one-way e comparação múltipla de Bonferroni para os três grupos de agrovilas, Alcânta-MA, 2012.

Grupos	Domínio Físico		Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente			
	*M±DP	†p-valor	‡p-valor	*M±DP	†p-valor	‡p-valor	*M±DP	†p-valor	‡p-valor	*M±DP	†p-valor	‡p-valor
Grupo I (N=36)	56,7±12,9		1,000	54,7±13,1		0,012	73,8±10,8		0,411	49,8±11,9		1,000
Grupo II (N=48)	58,3±14	0,257	0,340	62±9,7	0,002	0,002	71±9,9	0,279	1,000	49,2±7,8	0,220	0,638
Grupo III (N=45)	61,4±12,4		0,741	63,3±10,9		1,000	73,1±3,9		0,697	52,4±7,6		0,290

Fonte: Dados da Pesquisa

*M significa média e DP, desvio Padrão;

†O p-valor significativo é < 0,05, refere-se ao Teste de Anova one way, cujos valores são dados para cada Domínio e para os três grupos;

‡O p-valor significativo é < 0.01667, refere-se ao Teste de Bonferroni, cujo valores finais são dados pela comparação entre Grupo I e II, I e III, II e III, respectivamente.

Os Domínios Físico, Social e de Meio Ambiente apresentaram valores para o p-valor sempre maiores que o p-valor significativo, portanto foram considerados sem significância estatística. O Domínio Físico obteve p-valor igual a 0,257, o Domínio Social 0,270 e o Domínio Meio Ambiente 0,220.

O passo seguinte da análise foi a aplicação do Teste de Post Hoc Bonferroni, a fim de saber por comparações múltiplas entre as médias dos grupos estudados, quais se diferenciam entre si. Para este teste, foi aplicada uma correção para o valor de α , cujo valor

foi dividido pelo número de grupos (3), desse modo, chegou-se ao $\alpha_{\text{Bonferroni}} = 0,05/3$, ou seja, 0,01667. Portanto, foram considerados significativos os p-valores menores que o $\alpha_{\text{Bonferroni}}$. O resultado das comparações múltiplas pode ser visto na Tabela 2.

O teste de Bonferroni evidenciou que as comparações múltiplas das médias (Grupo I-II; Grupo I-III; Grupo II-III) dos Domínios Físico (Grupo I-II : p-valor = 1,000; Grupo I-III : p-valor = 0,340; Grupo II-III : p-valor = 0,741), Relações Sociais (Grupo I-II : p-valor = 0,411; Grupo I-III : p-valor = 1,000; Grupo II-III : p-valor = 0,697) e de Meio Ambiente (Grupo I-II: p-valor = 1,000; Grupo I-III : p-valor = 0,638; Grupo II-III : p-valor = 0,290) não apresentaram valores estatisticamente significativos, uma vez que os p-valores encontrados foram todos maiores que o valor de $\alpha_{\text{Bonferroni}} = 0,01667$.

Contudo, as comparações para o Domínio Psicológico mostraram significância ao se comparar as médias dos Grupos I-II (p-valor = **0,012**) e Grupos I-III (p-valor = **0,002**). A comparação entre os grupos II e III não foi significativa (p-valor = 1,000).

Tabela 3. Média dos escores obtidos pelas facetas do Domínio Psicológico para a amostra de idosos das agrovilas, Alcântara-MA, 2012.

Facetas	Grupo I (N=36)	Grupo II (N=48)	Grupo III (N=45)
O quanto você aproveita a vida?	2,72	3,19	2,87
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3,25	3,63	3,78
O quanto você consegue se concentrar?	3,25	3,21	3,22
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,06	2,92	3,13
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,89	3,75	3,78
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	2,97	4,19	4,42

Fonte: Dados da Pesquisa

Os resultados sumarizados na Tabela 3 mostram as facetas que explicam o porquê do grupo I apresentar média diferente e percepção inferior para o Domínio Psicológico. Nela,

percebe-se que das seis facetas, três delas possuem escores médios inferiores em comparação aos grupos II e III, duas maiores que a dos grupos II e III e uma maior apenas que o grupo II.

Na Tabela 4 podem-se observar os escores médios e DP para as facetas gerais de QV e de saúde para os três grupos analisados. O grupo III obteve os maiores escores 3,3 e 3,1 e o Grupo II os menores 3 e 2,9.

O resultado da aplicação do teste de correlação produto-momento de Pearson para as variáveis quantitativas do WHOQOL-BREF, tomadas duas a duas entre as facetas gerais QV e Percepção da Saúde entre si e entre cada uma destas facetas gerais com os quatro domínios também estão resumidos na Tabela 4.

Na amostra do Grupo I houve correlação positiva estatisticamente significativa entre as facetas QV e Saúde ($r = 0,357$; $p\text{-valor} = 0,032$). No Grupo II não houve nenhuma correlação com valor estatisticamente significativo, seja correlação positiva ou negativa.

O Grupo III apresentou correlações positivas entre as duas facetas gerais QV ($r = 0,358$; $p\text{-valor} = 0,016$) e Saúde ($r = 0,375$; $p\text{-valor} = 0,011$) com o Domínio Meio Ambiente.

Tabela 4. Correlação de Pearson entre as Facetas Gerais Qualidade de Vida e Percepção de Saúde com os Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, Alcântara-MA, 2012.

Grupo	Facetas Gerais Média±D P	Coefficiente de Correlação	Saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Grupo I (N=36)	QV	R	*0,357	0,217	0,182	-0,042	0,226
	3,2±0,6	p-valor	*0,032	0,204	0,288	0,806	0,186
	Saúde	R	-----	0,615	0,447	0,279	0,486
	3,0±0,9	p-valor	-----	0,000	0,006	0,099	0,003
Grupo II (N=48)	QV	R	0,278	0,005	0,123	0,222	0,230
	3,0±0,7	p-valor	0,056	0,972	0,406	0,130	0,116
	Saúde	R	-----	0,462	0,278	0,212	0,224
	2,9±0,8	p-valor	-----	0,001	0,056	0,148	0,125
Grupo III (N=45)	QV	R	0,461	0,417	0,193	0,197	*0,358
	3,3±0,7	p-valor	0,001	0,004	0,203	0,195	*0,016
	Saúde	R	-----	0,591	0,233	0,208	*0,375
	3,1±0,9	p-valor	-----	0,000	0,124	0,170	*0,011

* Valores significativos estatisticamente ao nível de $\alpha = 0,05$ (bicaudal).

Discussão

As agrovilas revelam perfil de população majoritariamente negra. Os negros, em comparação com os brancos, apresentam maior exposição a fatores que alteram tanto a QV quanto a percepção de saúde autoatribuídas como pior situação socioeconômica, piores condições de vida, moradia, maior acometimento de doenças infecto-parasitárias, maior exposição a situações de violência sexual, física e psicológica^{19,20}.

A divisão por sexo entre os grupos chama a atenção pelo fato de haver o predomínio de homens no Grupo II e no total de moradores das agrovilas. Em dois estudos^{21,22} não houve predomínio de homens em relação às mulheres. Já foi demonstrado que a masculinização da velhice é um processo observado no meio rural brasileiro²³.

No tocante à idade média observada entre os grupos houve similaridades, considerando os desvios padrões. É destaque a ocorrência percentual relativa baixa de octagenários e nonagenários comparadas aos sexagenários e septuagenários, nos três grupos analisados. Dois estudos verificaram também a mesma discrepância^{24,25}. Quanto maior a idade, pior a QV associada à saúde²⁶.

Os três grupos apresentaram percentagem de analfabetos em torno dos 60%, muito acima da média nacional²⁷ e superior a dois estudos^{22,24} cujas amostras apresentaram analfabetismo da ordem de aproximadamente 40%. O baixo nível de escolaridade foi descrito como um fator de limitação para QV²⁸.

A variável estado civil apresentou predomínio de casados, seguido de viúvos nos três grupos. Em um estudo²⁹, observou-se frequência semelhante para esta variável.

A renda familiar média entre os três grupos foi similar e girou em torno de 1 a 2 salários mínimos, considerando os desvios padrões. Porém, a renda per capita é menor que 1 salário mínimo por habitante. Renda per capita baixa está relacionada a autoavaliação negativa da saúde²⁰ e é considerada fator importante para pior percepção de QV²².

Facetas Gerais e Domínios do WHOQOL-BREF

Dos grupos analisados, a amostra do grupo III apresentou as melhores médias para as duas facetas gerais, seguida do grupo controle e II, mas são iguais considerando os DP. Trata-se de um resultado de fácil compreensão, uma vez que todos os constituintes dos grupos possuem realidade sócio-econômica-cultural semelhante, o que tenderia a tornar semelhantes as percepções observadas.

Em dois estudos, com amostra urbana (3,15²⁵) e rural (2,97¹⁸), os escores médios para QV foram próximos ao escore 3, inferiores aos escores das agrovilas. No que tange à faceta Geral de Saúde, encontrou-se escore superior ao dos grupos estudados, 3,46³⁰.

O domínio Relações Sociais foi o domínio que alcançou a maior média de escores em cada grupo analisado, ao passo que o domínio Meio Ambiente, foi o pior avaliado em todos os Grupos.

Supomos que a superioridade do domínio Relações Sociais, composto pelas facetas- “**relações sociais**”, “**suporte social**” e “**atividade sexual**”, tenha ocorrido por ser o domínio com o menor número de facetas e também pelo fato de que a própria organização social das comunidades serem fortemente marcadas pelo parentesco, imprimindo maior apoio e suporte social oferecidos aos idosos.

O domínio pior avaliado por todas as agrovilas foi o Meio Ambiente. A explicação para percepção tão ruim para este domínio pode ter sido a consequência lógica do processo de desterritorialização e reassentamento compulsório.

O processo de deslocamento compulsório repercutiu negativamente nas comunidades e mesmo passados trinta anos, os impactos na vida dos reassentados ainda são sentidos e lembrados. A perda de seus antigos locais de moradia pode ser melhor compreendido pela declaração dada pela procuradora Débora Duprat³¹, ao afirmar que a terra possui significado diferente do compartilhado pela cultura ocidental hegemônica, não se tratando apenas da questão da moradia, a terra significa o elo de união do grupo e permite a sua continuidade temporal nas sucessivas gerações, preservando a cultura e o seu modo peculiar de vida.

A desterritorialização impossibilitou as práticas tradicionais de pesca, caça, extrativismo, atividades agrícolas que garantiam autossuficiência às comunidades. Em troca, os camponeses receberam lotes pequenos, pouco férteis, erodidos. Além disso, foram impostas mudanças no processo produtivo original, criando dependência de recursos financeiros e externos e novo modo de produzir não assimilado pelos agricultores³².

Ferreira¹⁸ numa população rural de Portugal observou escores médios superiores para os Domínios Psicológico (72,44%), Relações Sociais (79,49%) e Meio Ambiente (69,71%), tendo somente o Domínio Físico com valores inferiores (54,67%).

Análise de variância e teste Post Hoc Bonferroni

A ANOVA apontou diferença estatisticamente significativa apenas para as médias do Domínio Psicológico ($p = 0,002$) que foi confirmado pela comparação múltipla de médias, através do teste de Bonferroni, o qual evidenciou também que o grupo controle é o responsável pela média (54,7%) diferente em relação ao Domínio Psicológico para com os grupos II (62%) e III (63,3%). Daí, conclui-se que para este domínio a média dos grupo II e III superam estatisticamente o controle.

As facetas responsáveis pela diferença foram “O quanto você aproveita a vida?”- **Sentimentos positivos**, “Em que medida você acha que sua vida tem sentido?”- **Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais** e “Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”- **Sentimentos negativos**.

Braga et al.²⁴ também encontrou o Domínio Psicológico como estatisticamente significativo para sua amostra de idosos, com percentual de 51,3%, avaliação ainda pior que a amostra das agrovilas. Compreende-se que este domínio tem uma relação direta com a percepção e presença de depressão. A depressão está entre as doenças crônicas mais frequentes em idosos³³.

Na transição da vida adulta para a progressiva involução da senilidade, há o aparecimento de difíceis situações como a síndrome do “ninho vazio”, morte de “queridos”, aposentadoria, perda de atratividade física e mudança radical nos papéis sociais, que aumentam seriamente o risco de depressão, a qual eleva a probabilidade de desenvolver

incapacidade funcional, aumenta os gastos com assistência médica e diminui a percepção de QV³⁰.

Não é surpresa que tenha havido mais correlações estatisticamente insignificantes entre as facetas gerais e os domínios. Braga et al.²⁴ não encontrou qualquer significância estatística entre QV e os quatro domínios do WHOQOL-BREF.

No Grupo I houve correlação estatisticamente significativa e positiva apenas entre as facetas gerais QV e Saúde com grau regular. Paskulin; Molzanh³⁴ também observaram em duas amostras de idosos canadenses ($r=0,48$) e brasileiros ($r=0,48$) correlações similares, inclusive no sentido (positivo) e grau (regular). Na prática, a interpretação dos resultados significa dizer que os escores de QV e Saúde são proporcionais, quanto melhor a percepção de Saúde, melhor a percepção de QV e quanto pior a percepção de saúde, pior a percepção de QV.

Uma pesquisa com idosos em Botucatu-SP³⁵ revelou que a falta de saúde foi apontada como o maior motivo para a infelicidade e que a saúde é um elemento importante para uma melhor QV. Dois estudos^{36,37} realizados em países diferentes com culturas diversas e variados contextos sócio-econômicos tiveram conclusões iguais- há associação entre saúde e QV.

Mais duas análises bivariadas foram estatisticamente significativas, com correlações positivas regulares, ambas observadas no Grupo III entre as facetas gerais QV e Saúde com o Domínio Meio Ambiente. Este domínio foi o pior pontuado entre os quatro. Das suas oito facetas, as duas com piores médias foram **“participação em/e oportunidades de recreação/lazer”** (1,71) e **“recursos financeiros”** (2,67). Braga et al. (2011) relatou escores médios baixos para a faceta **“participação em/e oportunidades de recreação/lazer”**.

Ferraz et al.³⁸ relatou a existência de associação entre o acesso a atividades de lazer e dados positivos de QV entre idosos, já Tate et al.³⁹ verificou que atividades sociais

estão relacionadas a um envelhecimento saudável. Concernente à faceta “recursos financeiros”, foi mostrado haver associação entre renda e QV⁴⁰ e baixa renda e piores condições de saúde⁴¹.

Conclusões

Este estudo realizado com idosos residentes nas sete agrovilas de Alcântara-MA permitiu descrever suas características sociodemográficas, avaliar a percepção de Qualidade de Vida, Saúde e dos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, bem como verificar a ocorrência de correlação entre Qualidade de Vida e Saúde com os quatro Domínios.

A alta taxa de analfabetismo entre os idosos urge pela implementação de programas de alfabetização de adultos, que embora previstos no Programa Brasil Quilombola, desde 2008, na prática ainda não conseguiu inserir a maioria de suas ações propostas.

O Grupo III apresentou os melhores escores médios para as Facetas Gerais e os Domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente, portanto é o que possui melhor avaliação de Qualidade de Vida e Saúde e para os Domínios. O Grupo controle foi superior aos outros dois apenas para o Domínio Relações Sociais.

As piores médias para o Domínio Psicológico permitem concluir a necessidade de ações direcionadas à saúde de seus participantes, em particular, os transtornos mentais relativos à depressão.

O Meio Ambiente associado linearmente a Qualidade de Vida e Saúde mostram a importância desse domínio para a obtenção de um envelhecimento saudável. Há a necessidade de estímulos de socialização entre os idosos da comunidade, seus familiares e intergerações com o foco em atividades de lazer.

A melhoria de renda pode ser atingida mediante políticas macroeconômicas que garantam a manutenção do poder de compra e reajustes dos benefícios acima da inflação.

Além disso, se for realizada a implementação do que é previsto no Programa Brasil Quilombola para o fortalecimento da agricultura familiar com a aquisição prioritária pelo governo de alimentos provenientes das comunidades quilombolas, certamente o padrão de renda aumentará.

É necessário valorizar o indicador Qualidade de Vida para avaliar a saúde da população e as intervenções possíveis de serem implementadas, portanto, é de interesse para os profissionais de saúde, uma vez que as ações específicas dependem do seu conhecimento.

Sugere-se a realização de mais estudos com metodologia qualitativa nas agrovilas, a fim de aprofundamento dos achados sobre as facetas pior pontuadas dos domínios Psicológicos e Meio Ambiente.

Torna-se central entender o impacto da desterritorialização para a Qualidade de Vida desses idosos, além de pesquisas em outras comunidades quilombolas no Maranhão, com vistas a traçar melhor panorama da realidade dos idosos quilombolas, de modo a obter resultados com validade externa significativa.

Este estudo possui algumas limitações, como a adoção de amostra por conveniência e não aleatória. Condicionamento de comparação apenas com estudos em idosos de zona urbana e sem as características étnicas de comunidade rural negra (quilombola), haja vista não haver nenhum estudo nas bases de dados Bireme (Lilacs, Ibecs, Cochrane, Scielo) e Pubmed com as palavras-chave: idosos, negros, qualidade de vida, WHOQOL-Bref. Possível enfraquecimento de validade externa e não possibilidade de generalização dos resultados, uma vez que o estudo foi realizado apenas com comunidades quilombolas do município de Alcântara-MA.

Contribuição dos autores

SILVA, CM. Participou na elaboração, desenvolvimento e aplicação da análise estatística.

SARDINHA, AHL. Participou na redação final, correção e pesquisa bibliográfica.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2006.
2. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(1):23-41.
3. Fajardo, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comun.* 2006; 1(4):107-112.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54 .
5. World Health Organization Quality of Life Assesment Group. Development of the world health organization whoqol-bref quality of life assesment. *Social Science and Medicine* 1995; 41:1403.
6. Machado RM, Fonseca BF, Machado DTM. Avaliação da qualidade de vida da comunidade assistida pelo programa de saúde da família e a inserção do profissional fisioterapeuta nos serviços de atenção básica de saúde. *Rev. FisioBrasil* 2007; 84:20-25.
7. Moreira ECH. Proposta de elaboração e validação de um questionário de qualidade de vida, específico para paciente submetida ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Reabilitar* 2002; 14(6):43-47.
8. Pinheiro L, Fontoura NO, Querino AC, Bonetti A, Rosa W. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 3ed. Brasília: IPEA; 2008.

9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
10. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa; 2005.
11. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* 2011; 13(5):937-43.
12. Costa IR. *Vida de negro no maranhão: uma experiência de lutas, organização e resistência nos territórios quilombolas*. In: Costa IR, organizador. Coleção Negro Cosme, v. 6. São Luís: Estação Produções; 2005.
13. Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão (ACONERUQ). *Lutas, vitórias e desafios*. Disponível em:
http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/brasil/ma/ma_lutas.html
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sinopse do censo demográfico 2010: Maranhão*. Disponível em:
http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=21&dados=26#topo_piramide.
15. Braga YMR. *Território étnico- conflitos territoriais em Alcântara, Maranhão* [dissertação]. São José dos Campos: Universidade Vale do Paraíba; 2011.
16. Almeida AWB, Pereira DDB. *Os quilombos e a base de lançamento de Alcântara: laudo antropológico*. Brasília: MMA; 2006.
17. World Health Organization. *Whoqol user manual. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. Geneve: WHO; 1998.

18. Ferreira ALCBM. *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador* [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2009.
19. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1595-1601.
20. Maia FOM. *Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo Estudo SABE 2011* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
21. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Comportamentos relacionados a saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):485-93.
22. Pereira RJ, Cotta RMT, Franceschini SCC; Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(6):2907-17.
23. Camarano AM, Kanso S, Mello SL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AM, organizadora. *Os novos idosos brasileiros, muito ale dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
24. 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* 2011; 14(1): 93-100.
25. Guedes DP, Hatmann MS, Martini FAN, Borges MB, Bernardelli Jr R. Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. *J Aging Health* 2012; 24(2): 212-216.

26. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005; 14:511-20.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
28. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20:1575-1585.
29. Cauduro MHF, Cauduro A, Souza ACA, Bós AJG, Terra NL. *Condições de vida e de saúde dos idosos de Manaus e Porto Alegre*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011.
30. Zielinka-Wieczowska H, Kedziora-Kornatowska K, Ciemnoczolowski W. Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 53: 198-202.
31. Duprat D, organizador. *Pareceres jurídicos- direitos dos povos e das comunidades tradicionais*. Manaus: Documentos de Bolso; 2007.
32. Linhares LFR. *Terra de preto, terra de santíssima [dissertação]*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 1999.
33. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(4):273-279.
34. Paskulin LMG, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res* 2007; 29(1):10-26.

35. Joia CL, Ruiz T, Donalisio, MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41:131-8.
36. Low G, Molzahn A. predictors of quality of lif in old age: a cross-validation study. *Research in Nursing & Health* 2007; 43:293-300.
37. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review* 2009; 56:109–115.
38. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP* 1997; 31:316-38.
39. Tate RB, Lah L, Cuddy TE. Definition of successful aging by elderly canadian males: the Manitoba follow-up study. *The Gerontologist* 2003; 43:735-744.
40. Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000; 53(9):895-907.
41. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (3):735-43.

ARTIGO 2: Fatores Associados a Qualidade de Vida e Saúde de Idosos Quilombolas Desterritorializados

SILVA, CM. Enfermeiro, mestrando em Saúde e Ambiente, UFMA. E-mail: cleidsonms@hotmail.com

SARDINHA, AHL. Enfermeira, professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente(Mestrado)-UFMA. E-mail: anahsardinha@ibest.com.br

A ser submetido à Revista Saúde e Sociedade, edição temática.

RESUMO

A presente investigação foi voltada para um grupo populacional reconhecido pelas suas vulnerabilidades, os idosos quilombolas remanejados de seu território pela Aeronáutica para a implantação da Base de Lançamentos de Foguetes de Alcântara. Trata-se de um estudo de campo, observacional, transversal, quantitativo com comparação entre grupos, amostragem por conveniência, dados coletados entre junho e dezembro de 2012. Objetivou-se identificar os fatores sociodemográficos associados à percepção de QV e Saúde. Os instrumentos de coleta de dados foram um questionário sociodemográfico e o WHOQOL-BREF versão em português. A melhor percepção de QV e Saúde foi observada no Grupo III, foram encontradas correlações significativas entre estado civil e QV no grupo III, destinação do lixo e QV, número de filhos e percepção de Saúde, ambos no Grupo II. Os achados revelam a necessidade de planejamento de ações de saúde voltadas para os idosos e adoção de medidas de saneamento do meio ambiente.

Palavras-chave: idosos, quilombolas, negros, qualidade de vida, WHOQOL-BREF

Factors related to elderly Quilombolas' Quality of Life and Health deterritorized

ABSTRACT

The current research was performed with a population group recognized by their vulnerabilities, the elderly quilombolas transferred from their territory by Brazilian Airforce to build Alcântara's Rockets Launching Center. That's a field, observational, cross-sectional and quantitative study of comparison among groups, convenience sampling was adopted, data was collected among June and December, 2012. This study aimed to identify socio-demographic factors related to quality of life and health perception. The data collection tools were a socio-demographic questionnaire and WHOQOL-BREF Portuguese version. The best perception of quality of life and health was observed in the Group III, significant correlations were found between marital status and quality of life in the Group III, trash destination and quality of life, number of children and health perception, both in the Group II. The findings reveal the need for health actions planning for elderly and adoption of measures of environment sanitation.

Keywords: elderly, blacks, quilombolas, quality of life, WHOQOL-BREF

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população vem se acelerando mundialmente. Os dados do Censo 2010 revelam haver 21 milhões de idosos(11% da população) no Brasil. Estima-se que em 2020 hajam 30 milhões e a esperança de vida atinja 70,3 anos. Atribui-se o envelhecimento da população brasileira ao aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade (IBGE, 2002; 2010a).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, salienta Veras(2009), só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida, ou qualidade de vida(QV), a qual é um objetivo importante dos profissionais da saúde e pode, inclusive, ser considerada um determinante da própria ocorrência de doenças (Moreira, 2002).

O processo de formação da sociedade brasileira caracteriza-se por incongruências, tamanhas e tão profundas que alçaram o país ao posto de um dos países com maior desigualdade social no mundo, penalizando os negros aos estratos sociais mais baixos e determinando para esse segmento populacional condições especiais de vulnerabilidade (Pinheiro et al., 2008; Brasil, 2010; Lopes, 2005a).

O presente estudo objetivou identificar os fatores sociodemográficos associados à percepção de QV e Saúde de idosos quilombolas desterritorializados pela Aeronáutica para a implantação do Centro de Lançamento Foguetes de Alcântara(CLA).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, analítico, transversal com abordagem quantitativa realizado em amostra de idosos pertencentes à população das Agrovilas do município de Alcântara: Espera, Cajueiro, Ponta Seca, Só Assim, Pepital, Marudá e Peru, zona rural, a noroeste da sede municipal. As agrovilas foram criadas na década de 80, pela Aeronáutica, para receber 31 comunidades quilombolas remanejadas compulsoriamente de seu território de posse centenária para a implantação do Centro de Lançamentos de Foguetes de Alcântara(CLA).

Nas agrovilas, geralmente encontra-se a seguinte estrutura física: casa de farinha ou casa de forno, lavanderia, poço artesiano (localizado no centro da agrovila), Tribuna ou

Salão de Festa. No Pepital há ainda a construção de uma Unidade Básica de Saúde, referência para as 7 agrovilas e povoados adjacentes.

Neste estudo foram incluídos idosos de ambos os sexos com idade maior ou igual a 60 anos que apresentaram condições cognitivas para comunicar-se com o pesquisador e consentiram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Não foram incluídos menores de 60 anos, sem condições cognitivas para comunicar-se com o entrevistador, ausentes do domicílio por longo período de tempo de modo a impossibilitar a coleta de dados no dia selecionado.

A amostra foi calculada através da ferramenta StatCalc do programa estatístico Epi Info 7, considerando uma prevalência de idosos da ordem de 9%, α de 5%, Intervalo de Confiança(IC) de 95%, atingindo um valor de 117, no entanto acrescentou-se 10% a esse valor, como fator de correção para possíveis perdas. O cálculo final da amostra foi de 129 indivíduos. Para efeitos de organização dos dados e melhor aplicação de tratamento estatístico, as agrovilas foram reagrupadas por proximidade geográfica e tamanho em 3 grupos, nomeados Grupo I(Ponta Seca, Cajueiro, Espera), Grupo II(Só Assim, Peptal, Marudá) e Grupo III(Peru).

Neste estudo foram utilizados dois questionários nas entrevistas: um sociodemográfico e o WHOQOL-Bref versão em português.

Os dados foram coletados entre os dias 11 a 15 de junho de 2012 após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara(SMSA) e das lideranças comunitárias. A abordagem aos idosos foi realizada iniciando pela aplicação do Mini-Exame de Estado Mental para avaliar as condições cognitivas dos elegíveis para responder aos questionários.

Após esta etapa, foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e a solicitação da assinatura do TCLE, seguido da realização da entrevista, na residência dos participantes. Uma cópia do TCLE foi entregue a cada participante.

Segundo Ferreira(2009), o WHOQOL-BREF foi desenvolvido inicialmente para ser um instrumento de auto-relato, porém, admite-se outras duas modalidades de administração, a saber: assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador, a qual foi adotada pelos pesquisadores. O entrevistador leu as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinalou a resposta dada pelo participante. Tentou-se realizar a entrevista de modo a evitar influência nas respostas dos indivíduos.

Ao fim das entrevistas, o Grupo I-controle- apresentou amostra de 36 idosos, o Grupo II, 38 idosos e o Grupo III, 45 idosos. Houve 22 indivíduos não elegíveis, 11 pessoas não localizadas, 6 viajando e 5 sem condições de responder.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico Statistical Package for Social Science(SPSS) versão 20. Foram aplicadas técnicas da estatística descritiva para os dados gerados a partir dos questionários sociodemográfico, WHOQOL-BREF e procedeu-se a análise bivariada entre as variáveis nominais(sexo, raça, estado civil, escolaridade, tratamento e abastecimento de água, destino de fezes e lixo, participação em grupos comunitários), e discretas(idade, renda, número de filhos, número de moradores no domicílio) do questionário sociodemográfico com as Facetas Gerais QV e percepção de Saúde de cada grupo. Para as variáveis nominais foi utilizada a correlação de postos de Spearman e para as discretas, a correlação de Pearson.

Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão e aprovado com parecer nº 23115-017526 de 01.03.2012.

Encaminhou-se à SMS de Alcântara cópia do projeto com Ofício solicitando liberação da pesquisa de campo nas agrovilas.

Foram garantidos aos participantes: o anonimato, ausência de despesas ou ganho financeiro, ausência de riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, retirada de seu nome da pesquisa a qualquer momento.

RESULTADOS

Características Sócio-demográficas

As características sócio-demográficas da população das agrovilas e os testes de correlação estão descritas nas Tabelas 1, 2 e 3. Os dados mostram predomínio de pretos no Grupo I(80,6%), e pardos nos Grupos II(56,2%) e III(68,9%). Negros(pretos e pardos) equivalem a 96,1% de todos os habitantes das agrovilas. O sexo feminino apresenta maioria nos Grupos I(52,8%) e III(66,7%), distribuição não observada no Grupo II(homens- 72,9%), ademais, globalmente, os homens(51,9%) estão em quantidade maior.

Tabela 1- Distribuição da amostra por variáveis sociodemográficas, Alcântara, MA, 2012.

Variáveis	Grupos				Total- Porcentagem (%)	
Raça/Cor						
	I (%)		II (%)		III (%)	
Branca	0		1(2,1)		3(6,7)	
Preta	29(80,6)		19(39,6)		11(24,4)	
Parda	7(19,6)		27(56,2)		31(68,9)	
Amarela	0		0		0	
Indígena	0		1(2,1)		0	
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	
Sexo						
	I (%)	†M/F	II (%)	†M/F	III (%)	†M/F
Masculino(M)	17(47,3)		35(72,9)		15(33,3)	
Feminino(F)	19(52,8)	0,89	13(27,1)	2,69	30(66,7)	0,5
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	
Faixa Etária						
	I (%)		II (%)		III (%)	
	*65,7±7,3		*65,4±6,4		*71,4±9,8	
60-69	20(55,6)		32(66,7)		19(42,2)	
70-79	13(36,1)		12(25)		18(40)	
80-89	2(5,6)		4(8,3)		5(11,1)	
90-99	1(2,7)		0		3(6,7)	
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	
Escolaridade						
	I (%)		II (%)		III (%)	
Analfabeto	22(61,1)		31(64,6)		25(55,6)	
Ens. fundamental incompleto	11(30,6)		17(35,4)		17(37,8)	
Ens. fundamental completo	2(5,6)		0		2(4,4)	
Ens. médio incompleto	0		0		0	
Ens. médio completo	0		0		1(2,2)	
Superior Completo	1(2,7)		0		0	
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	
Renda Familiar						
	I (%)		II (%)		III (%)	
	*1,92±0,6		*1,58±0,8		*1,53±0,5	
< 1 Salário mínimo	0		1(2,1)		0	
1 2 Salários mínimos	6(16,8)		22(45,8)		21(46,7)	
2 3 Salários mínimos	28(77,8)		22(45,8)		24(53,3)	
3 Salários mínimos	1(2,7)		1(2,1)		0	
Não possui	1(2,7)		2(4,2)		0	
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	
Estado Civil						
	I (%)		II (%)		III (%)	
Solteiro	10(27,7)		10(20,8)		10(22,2)	
Casado	13(36,1)		24(50)		17(37,8)	
Viúvo	11(30,6)		12(25)		16(35,6)	
Separado	2(5,6)		2(4,2)		2(4,4)	
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	
Número de Filhos						
			*8,69±2,9		*8,14±4,4	
1 – 5	5(13,9)		12(25)		11(24,4)	
6-10	22(61,1)		22(45,8)		17(37,9)	
11-15	9(25)		10(20,8)		11(24,4)	
16-20	0		2(4,2)		2(4,4)	
Total	36(100)		48(100)		45(100)	
					129(100,0)	

Fonte: Dados da Pesquisa

* Média ± Desvio Padrão.

† O p-valor significativo é < 0,05

Os grupos I(66,7%) e II(72,9%) mostraram que parcela significativa de seus idosos participam de atividades em grupos comunitários com mais da metade percentual de distribuição nesse quesito, apenas o grupo III(38,8%) apresentou percentuais abaixo dos 50% para esse item de observação.

Tabela 3. Teste de Correlação entre as facetas gerais de QV e Saúde do WHOQOL-Bref e variáveis sócio-demográficas. Alcântara-MA, 2012.

Variáveis Nominais	Coeficiente de Correlação	Grupo II(N=48)	Grupo III(N=45)
		SAÚDE	QV
Estado Civil	R	0,098(F)	-0,379(R)
	p-valor	0,505	*0,010
Número de Filhos	R	*-0,303(R)†	-0,022(F)†
	p-valor	*0,036	0,884

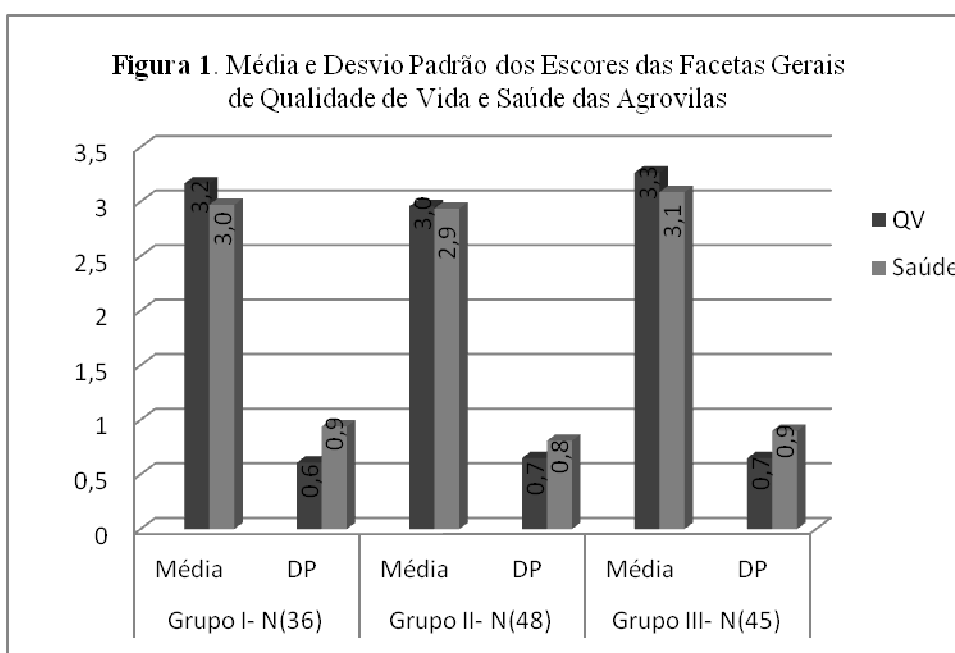
Fonte: Dados da Pesquisa

* Valores significativos estatisticamente ao nível de $\alpha = 0,05$ (bicaudal).

† Grau de Correlação: F- Fraco, R- Regular

Concernente à quantidade de moradores por domicílio, observaram-se médias e DP de 3 indivíduos mais ou menos 1,5; 3,2 indivíduos mais ou menos 1,6 e 2,5 indivíduos mais ou menos 1,1 para os grupos I, II e III, respectivamente.

Facetas Gerais do WHOQOL-BREF



Fonte: Dados da Pesquisa

Na Figura 1, podem-se observar os escores médios e DP para as facetas gerais de QV e Saúde para os grupos analisados. Nele, as médias atingiram patamares diferenciados, muito próximos e orbitando o algarismo 3. Destaca-se que o grupo III obteve os maiores escores médios(QV-3,3 e Saúde- 3,1) entre os três grupos, ao passo que os menores escores foram pontuados pelo Grupo II(QV-3 e Saúde- 2,9).

DISCUSSÃO

Características Sócio-demográficas

O recorte racial das agrovilas revela resultados esperados para os três grupos considerados, uma vez que todos apresentam o perfil de população majoritariamente negra. Nesse estudo, a variável raça não apresentou correlação estatisticamente significativa com QV e Saúde, muito embora se reconheça que os negros ocupem a base da pirâmide social no Brasil com pior situação socioeconômica, piores condições de vida, moradia e habitações insalubres potencializadoras de disseminação de doenças infecto-parasitárias, além de alta exposição a situações de violência sexual, física e psicológica, portanto fatores que alteram tanto a QV quanto a percepção de saúde auto-atribuídas (Lopes, 2005b; Maia, 2011).

A divisão por sexo entre os grupos chama a atenção pelo fato de o grupo II possuir mais idosos do sexo masculino que feminino, frequência não observada nos grupos I e III, muito embora no consolidado de todas as agrovilas, o número total de homens seja maior que o de mulheres. Nos estudos com idosos de Lima et al(2011) e Pereira et al(2011) não houve predomínio de homens em relação às mulheres.

Dados divulgados pela Organização das Nações Unidas(2009) revelam o caráter mundial do fenômeno da feminilização da velhice, tanto países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos vivenciam esta realidade de ter mais idosas que idosos. No Brasil, as idosas representam cerca de 54,13% do total de pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2010b). O Maranhão segue a mesma tendência nacional, possui cerca de 51,16% de idosas, entretanto o município de Alcântara possui mais homens idosos que mulheres(53,46% contra 46,53%) (IBGE, 2010c).

Alcântara é um município eminentemente rural. Dos seus cerca de 22 mil habitantes, apenas 6 mil vivem na sede municipal. Portanto, o que podemos entender da “masculinização” dos idosos do grupo II, é que este é um fenômeno do município de Alcântara, e não apenas da amostra estudada. Já foi demonstrado por Kamarano; Kanso(2004) que a masculinização da velhice é um processo observado no meio rural desde a década de 50

do século passado, em contra-posição à feminilização da velhice no meio urbano e apontam como principal causa o êxodo-rural feminino.

A variável sexo não mostrou qualquer correlação significativa com QV ou Saúde. A esse respeito, há controvérsia na literatura, uma vez que Pereira et al(2011) e Braga et al(2011) mostraram haver associação entre sexo feminino e níveis inferiores de QV, ao passo que Hirayama et al(2008) e Zieliríska-Wieczkowska et al(2010) não encontraram correlação entre sexo e QV em seus estudos.

A idade média observada entre os grupos foi similar, considerando os desvios padrões. Chama atenção a ocorrência percentual baixa para os três grupos de octagenários e nonagenários comparadas aos sexagenários e septuagenários, nos Grupos I e II(8,3%). O Grupo III(17,8%) apresenta percentual duas vezes maior. Em seus estudos, Guedes et al(2012) e Braga et al(2011) verificaram também a mesma discrepância, uma amostra possuía valores similares aos dos Grupos I e II, ao passo que o outro foi similar ao observado no Grupo III.

De acordo com Garcia et al(2005), quanto maior a idade, pior a QV associada à saúde. Não obstante, Paskulin et al(2009) encontraram associação entre idade avançada e melhor QV, ao passo que Zieliríska-Wieczkowska et al(2010) não encontraram qualquer correlação significativa entre QV e Saúde, cujo resultado é idêntico ao achado para esta pesquisa nas agrovilas.

Os grupos apresentaram percentagem de analfabetos maior que nos estudos de Pereira et al(2011) e Braga et al(2011). Nestes, a porcentagem de analfabetos nas amostras era sempre próxima dos 40% da população de idosos, valores semelhantes ao da distribuição nacional no ano de 2009, segundo a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2010d). É destaque, porém, que nos três grupos considerados, os valores eram sempre acima da média nacional.

O baixo nível de escolaridade foi descrito por Spranges et al(2000) e Feliciano et al(2004) como um fator de limitação para QV, entretanto nos grupos aqui analisados não foi encontrada correlação significativa entre nível de escolaridade, QV e Saúde. Supomos que a explicação resida no fato de que embora nos grupos haja a presença de pessoas alfabetizadas, a grande maioria absoluta seja de lavradores aposentados, igualando assim o rendimento da amostra, não permitindo diferenças socioeconômicas marcantes nas comunidades.

O baixo nível de escolaridade revela a dura realidade enfrentada pelos idosos do meio rural quanto ao acesso à educação. Queiroz(2000) aponta esse panorama como reflexo

da organização social do começo do século passado que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres, além disso, Menezes(2007) acrescenta que a própria trajetória dos estudantes brasileiros pelo sistema público de ensino está marcado por uma trágica repetição de histórias de insucesso, atingindo sobretudo os negros. É sobre eles que recai o peso dos grandes números da exclusão.

A distribuição da amostra estudada para estado civil apresentou valores esperados. Nos três grupos houve predomínio de idosos casados, seguido de viúvos, que sendo somados representaram em todos os grupos separadamente cerca de três quartos dos sujeitos. Em um estudo sobre idosos, Cauduro et al(2011) observaram frequência semelhante para a variável estado civil.

A descoberta de correlação negativa regular significativa para a amostra estudada do Grupo III entre as variáveis estado civil e QV foi um achado inesperado, visto que nos estudos de Marcinek(2007), Hirayama et al(2008) e Zielirńska-Wieczkowska et al(2010) não houve influência de status marital sobre a percepção de QV.

A média elevada do número de filhos nos três grupos são condizentes com a taxa de natalidade para a época da idade fértil da amostra, as décadas de 1940 em diante. Vale lembrar que dados do IBGE(2006) mostram as áreas rurais da região Nordeste líderes nacionais do ranking de natalidade, com número superior a de 7 filhos por família, algo que se manteve até o final da década de 1970.

A variável número de filhos apresentou correlação negativa regular significativa com a faceta Saúde na amostra correspondente ao Grupo II. Pode-se inferir a partir desse achado que quanto maior o número de filhos, pior a percepção de saúde dos entrevistados.

Na literatura pesquisada, não foram encontrados nos estudos sobre QV e saúde cruzamento destas variáveis, sendo uma inovação do ponto de vista analítico, no entanto é compreensível o impacto da multiparidade na saúde feminina no longo prazo, haja vista estar relacionada a câncer de útero e distúrbios do assoalho pélvico (Oliveira et al, 2005; Gameiro et al, 2011). Ademais, maior número de filhos significa mais horas de trabalho na roça, na pescaria, na coleta de frutas na floresta, mais despesas com alimentação e vestuário e por fim mais propensão a adoecimento.

A renda familiar entre os três grupos foi similar e girou em média em torno de 1 a 2 salários mínimos, considerando os desvios padrões. A predominância para estes valores jazem no fato de que como porcentagem elevada dos entrevistados são casados ou viúvos e geralmente idosos, também são aposentados como trabalhadores rurais e por isso percebem

cada um salário mensal. No caso de ser viúvo(a), há o acúmulo de dois salários per capita pelo fato do recebimento de pensão por morte.

Nota-se que a renda per capita é menor que 1 salário por pessoa, haja vista que a média de moradores nos 3 grupos é geralmente de 3 pessoas, considerando os desvios padrões. Brito(2008) mostra que a grande maioria dos idosos no Brasil possuem renda per capita baixa, de até 2 salários mínimos. Foi mostrado por Maia(2011) que uma autoavaliação negativa da saúde está relacionada com renda baixa.

A baixa renda foi descrita por Pereira et al(2011) e Aleksandre et al(2009) como fator importante para pior percepção de QV. Contudo, nesta investigação, não houve correlação estatisticamente significativa entre renda, QV e Saúde.

O consumo de água filtrada nos três grupos estudados predominou, mas em porcentagens bastante diferentes. As frequências observadas comportaram-se de modo crescente nos grupo I, II e III, e de modo inverso para o consumo de água sem tratamento. Em todas as agrovilas há um poço artesiano que distribui água para as residências mais antigas e nas mais recentes, a água é captada em torneiras na lavanderia contígua à caixa d'água de uso coletivo. Sabe-se que o consumo de água sem tratamento está ligado à ocorrência de diversas doenças de veiculação hídrica, as quais interferem diretamente na saúde das populações (Neves, 2005).

O grupo III apresentou valores maiores para a porcentagem de uso de fossa séptica e no quesito destruição do lixo pelo fogo, foi ultrapassado pelo grupo I. Todos os grupos utilizam pela maioria da amostra fossa séptica e queimam o lixo doméstico. No entanto, a porcentagem de pessoas que depositam o lixo a céu aberto é significativamente maior no grupo II. Numa pesquisa, Andrade(2008) encontrou que 99,81% incineram e 0,19% despejam os detritos a céu aberto. Sobre a destinação de fezes e urina, 91,94% dos entrevistados utilizavam fossa séptica, porcentagem bem maior que as dos grupos.

As fontes de água doce superficiais e subterrâneas podem ser contaminadas em função do despejo de esgotos in natura e de fezes humanas (Dowbor; Tagnin, 2005).

A variável destino do lixo apresentou correlação negativa regular estatisticamente significativa com QV para o Grupo II. Não encontramos na literatura estudos que tecessem esse tipo de cruzamento de variáveis em amostra de idosos, no entanto, é de notório conhecimento que destinação adequada de resíduos sólidos, dejetos humanos em fossa séptica, rede de esgoto e consumo de água tratada estão relacionados com melhor qualidade de vida, segundo Philippi Jr(2005).

A gestão e a destinação final do lixo doméstico constituem grandes problemas para a humanidade. Matos et al(2008) destacam a realidade brasileira de produção de grande volume de lixo, cujo manejo na maioria das vezes é inadequado podendo fomentar a proliferação de vetores disseminadores de várias doenças entre a população.

Ceretta et al(2012) alertam que queimar ou soterrar o lixo para a eliminação desses resíduos é uma prática inadequada, devido aos seus impactos negativos ao ambiente. Ao se enterrar o lixo sem critérios de seleção, muitos moradores podem danificar bens fundamentais para a produção na agricultura, como o solo de onde muitos agricultores retiram seu sustento.

É necessária a implementação de medidas de promoção de saúde a fim de preservar o saneamento do meio ambiente e permitindo melhores condições de saúde aos moradores das agrovilas.

A participação em grupos comunitários foi maior no grupo I, seguido por grupo II e III, não apresentando correlação significativa estatisticamente com QV e Saúde. Pereira et al(2006) e Joia;Donalisio(2007) relatam os benefícios da inserção social como agente minimizador dos efeitos do envelhecimento na QV, visto que um bom relacionamento social com outros idosos e mais jovens são determinantes de alta satisfação.

Dos grupos analisados, para os escores médios absolutos, a amostra do grupo III(3,3 e 3,1) apresentou as melhores médias para as duas facetas gerais, QV e Saúde, seguida do grupo II(3,2 e 3) e III(3 e 2,9), no entanto, todos os valores se equivalem quando considerados os desvios padrões. Trata-se de um resultado de fácil compreensão, uma vez que todos os constituintes dos grupos possuem realidade sócio-econômica-cultural semelhante, o que tenderia a tornar semelhantes as percepções observadas para o constructo QV e percepção de saúde.

Em outros quatro estudos com idosos, três deles em regiões urbanas e apenas um em região rural, os escores para QV variaram bastante, muito embora em três haja valores médios semelhantes ao das agrovilas, próximos a escore 3. Foram observados 3,96(Paskulin;Molzanh, 2007), 2,95(Braga et al, 2011), 3,15(Guedes et al, 2012) e 2,97(Ferreira, 2009). No que tange à faceta geral de Saúde, encontrou-se escore superior ao dos grupos estudados, 3,46 (Zieliríska-Wieczkowska et al,2010).

Neste estudo foram reconhecidas algumas limitações, como a adoção de amostra por conveniência e não aleatória. Condicionamento de comparação apenas com estudos em idosos de zona urbana e sem as características étnicas de comunidade rural

negra(quilombola), haja vista não haver nenhum estudo nas bases de dados Bireme(Lilacs, Ibecs, Cochrane, Scielo) e Pubmed com as palavras-chave: idosos, negros, qualidade de vida, WHOQOL-BREF. Possível enfraquecimento de validade externa e não possibilidade de generalização dos resultados, uma vez que o estudo foi realizado apenas com comunidades quilombolas do município de Alcântara-MA.

O achado de alta taxa de analfabetismo entre os idosos urge pela implementação de programas de alfabetização de adultos, que na verdade já estão previstos no Programa Brasil Quilombola, lançado desde 2008, mas na prática ainda não conseguiu inserir a maioria de suas ações propostas. A masculinização da velhice verificada, bem como a presença de avaliação negativa de saúde quanto maior o número de filhos deve servir de norteador para o planejamento de ações de saúde voltadas para os idosos.

A melhoria de renda pode ser atingida mediante políticas macroeconômicas que garantam a manutenção do poder de compra e reajustes dos benefícios acima da inflação, ações estas a serem tomadas pelo Governo Federal. Além disso, se a implementação do que é previsto no Programa Brasil Quilombola para o fortalecimento da agricultura familiar com a aquisição prioritária pelo governo de alimentos provenientes das comunidades quilombolas, certamente o padrão de renda aumentará.

É imprescindível entender que QV é um indicador usado para avaliar a saúde da população e as intervenções possíveis de serem implementadas, portanto, é de interesse para os profissionais de saúde, uma vez que as ações específicas dependem do seu conhecimento.

REFERÊNCIAS

Aleksandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated with the quality of life of active elderly individuals. *Rev. Saúde Pública* 2009; 4: 613–621.

Andrade JCM. O letramento literário em uma comunidade rural do pontal do Paranapanema.[Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Letras. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2008.

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* 2011; 14(1): 93-100.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev. Bras. Est. Pop.* 2008; 25(1): 5-26.

Camarano AM, Kanso S, Mello SL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AM, organizadora. *Os novos idosos brasileiros, muito ale dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Cauduro MHF, Cauduro A, Souza ACA, Bós, AJG, Terra NL. Condições de vida e de saúde dos idosos de Manaus e Porto Alegre. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011.

Ceretta GF, Silva FK, Rocha AC. Gestão Ambiental e a problemática dos resíduos sólidos domésticos na área rural do município de São João - PR. In: Adm 2012 - Congresso Internacional de Administração, 2012, Ponta Grossa-PR.

Dowbor L, Tagnin RA(organizadores). Administrando água como se fosse importante: gestão ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Editora SENAC; 2005.

Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20:1575-1585.

Ferreira ALCBM. A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador[Dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2009.

Gameiro MO, Sousa VO, Gameiro LF, Muchailh RC, Padovani CR, Amaro JL. Comparison of pelvic floor muscle strength evaluations in nulliparous and primiparous women: a prospective study. *Clinics* 2011; 66(8): 1389-1393.

Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005; 14:511-20.

Guedes DP, Hatmann MS, Martini FAN, Borges MB, Bernardelli Jr R. quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. *J Aging Health* 2012; 24(2): 212-216.

Hirayama MS, Gobbi S, Gobbi LTB, Stella F. quality of life in relation to disease severity in Brazilian parkinson's patients as measured using the whoqol-bref. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2008; 46: 147-160.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil - 2000. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2002.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010a: características gerais da população. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170.

IBGE. Indicadores sociodemográficos: prospectivos para o Brasil, 1991-1930. Rio de Janeiro: Arbeit; 2006.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010b. Brasil. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010c. Maranhão. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=21&dados=26#topo_piramide

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010d.

Joia CL, Ruiz T, Donalisio, MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41:131-8.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Comportamentos relacionados a saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):485-93.

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

Lopes, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa; 2005.

Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo Estudo SABE 2011[Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.

Marcinek, P. Intellectual functioning and subjective quality of life of retired individuals. *Pol. Gerontol*. 2007; 3: 77–81.

Matos AT, Carvalho AL, d'Azevedo ICD. Viabilidade do aproveitamento agrícola de percolados de resíduos sólidos urbanos. *Rev. bras. eng. agríc. ambient*. 2008; 12(4): 435-440.

Menezes TN, Lopes FJM, Marucci, MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sociodemográficas. *Rev. Bras Epidemiol*. 2007; 10 (2): 168-71.

Moreira, ECH. Proposta de elaboração e validação de um questionário de qualidade de vida, específico para paciente submetida ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Reabilitar*. 2002; 14(6): 43-47.

Neves DP. Parasitologia humana. 11ed. São Paulo: Ateneu; 2005.

Oliveira MS, Fernandes, AFC, Galvão MTGM. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):150-5.

Organização das Nações Unidas. Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. World population ageing 2009. Nova York: ONU, 2009.

Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review* 2009; 56: 109–115.

Paskulin LMG, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res* 2007; 29(1): 10-26.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. *Rev. Psiquiatr. RS.* 2006; 28:27-38.

Pereira RJ, Cotta RMT, Franceschini SCC; Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Influência de fatores sociossanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(6): 2907-17 .

Philippi Jr A(editor). *Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável.* Barueri: Manole; 2005.

Pinheiro L, Fontoura NO, Querino AC, Bonetti A, Rosa W. *Retrato das desigualdades de gênero e raça.* 3ed. Brasília: IPEA; 2008.

Queiroz DM. *Desigualdades raciais no ensino superior: a cor da UFBA. Educação, racismo e anti-racismo,* 2000. Disponível em: <<http://www.lpp-uerj.net/olped/documentos/ppcor/0191.pdf>>.

Spranges MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000; 53(9):895-907.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-54 .

Zielinka-Wieczowska H, Kedziora-Kornatowska K, Ciernoczołowski W. Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 53: 198-202.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com idosos residentes nas sete agrovilas de Alcântara-MA e permitiu descrever suas características sociodemográficas, avaliar a percepção de QV, Saúde e dos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, bem como verificar a ocorrência de correlação entre QV e Saúde com as variáveis sociodemográficas e os Domínios.

Aspectos Sociodemográficos e análise bivariada:

Grupo I: negros(pretos-80,6%), mulheres(52,8%), idade média de 65,7 anos, analfabetos(61,1%), renda mensal média 1,92 salário mínimo, casados(36,1%), média de 8,69 filhos, consomem água filtrada(52,8%), utilizam fossa séptica(69,4%), queimam o lixo produzido(94,4%), participam de grupos comunitários(66,7%) e moram em média 3 pessoas por domicílio.

Grupo II: negros(pardos-56,2%), homens(72,9%), idade média de 65,4 anos, analfabetos(64,6%), renda mensal média 1,58 salário mínimo, casados(50%), média de 8,14 filhos, consomem água filtrada(62,5%), utilizam fossa séptica(68,8%), queimam o lixo produzido(83,3%), participam de grupos comunitários(72,9%) e moram em média 3,2 pessoas por domicílio. Correlação negativa regular para os postos estabelecidos entre QV e Destino do Lixo, Saúde e Número de Filhos;

Grupo III: negros(pardos-68,9%), mulheres(66,7%), idade média de 71,4 anos, analfabetos(55,6%), renda mensal média 1,53 salário mínimo, casados(50%), média de 8,22 filhos, consomem água filtrada(82,2%), utilizam fossa séptica(77,8%), queimam o lixo produzido(91,1%), não participam de grupos comunitários(55,6%) e moram em média 3 pessoas por domicílio. Correlação negativa regular para os postos estabelecidos entre estado civil e QV.

Facetas Gerais de QV, Domínios, ANOVA one way, Teste de Bonferroni e análise bivariada:

1. O Grupo III apresentou os melhores escores médios para as Facetas Gerais e os Domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente. O Grupo I pontuou melhor para o Domínio Relações Sociais;

2. A ANOVA one way identificou média estatisticamente diferente para o Domínio Psicológico, confirmada pelo teste de Bonferroni que mostrou por comparação múltipla a média do Grupo I como a menor, além disso o Domínio

Psicológico teve como piores escores o das facetas - Sentimentos positivos, Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais e Sentimentos negativos;

3. Houve correlação linear positiva regular: entre QV e Saúde para o Grupo I; QV e Meio Ambiente, Saúde e Meio Ambiente para o Grupo III.

A alta taxa de analfabetismo entre os idosos urge pela implementação de programas de alfabetização de adultos. Tais programas já estão previstos no Programa Brasil Quilombola, lançado desde 2008, mas na prática ainda não conseguiu inserir a maioria de suas ações propostas.

As piores médias para o Domínio Psicológico permitem concluir a necessidade de ações direcionadas à saúde de seus participantes, em particular, os transtornos mentais relativos à depressão.

O Meio Ambiente associado linearmente a QV e Saúde mostram a importância desse domínio para a obtenção de um envelhecimento saudável. Atividades de Lazer e Renda foram as facetas pior pontuadas para esse domínio, portanto, percebe-se a necessidade de estímulos de socialização entre os idosos da comunidade, seus familiares e intergerações com o foco em atividades de lazer.

A melhoria de renda pode ser atingida mediante políticas macroeconômicas que garantam a manutenção do poder de compra e reajustes dos benefícios acima da inflação, ações estas a serem tomadas pelo Governo Federal. Além disso, se a implementação do que é previsto no Programa Brasil Quilombola para o fortalecimento da agricultura familiar com a aquisição prioritária pelo governo de alimentos provenientes das comunidades quilombolas, certamente o padrão de renda aumentará.

É imprescindível entender que QV é um indicador usado para avaliar a saúde da população e as intervenções possíveis de serem implementadas, portanto, é de interesse para os profissionais de saúde, uma vez que as ações específicas dependem do seu conhecimento.

Sugere-se a realização de mais estudos com metodologia qualitativa nas agrovilas, a fim de aprofundamento dos achados sobre as facetas pior pontuadas dos domínios Psicológicos e Meio Ambiente, ademais, torna-se central entender o impacto da desterritorialização para a QV desses idosos, além de pesquisas em outras comunidades quilombolas no Maranhão, com vistas a traçar melhor panorama da realidade dos idosos quilombolas, de modo a obter resultados com validade externa significativa.

As limitações da pesquisa jazem na adoção de amostra por conveniência e não aleatória. Condicionamento de comparação apenas com estudos em idosos de zona urbana e sem as características étnicas de comunidade rural negra(quilombola), haja vista não haver nenhum estudo nas bases de dados Bireme(Lilacs, Ibecs, Cochrane, Scielo) e Pubmed com as palavras-chave: idosos, negros, qualidade de vida, WHOQOL-Bref. Possível enfraquecimento de validade externa e não possibilidade de generalização dos resultados, uma vez que o estudo foi realizado apenas com comunidades quilombolas do município de Alcântara-MA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. W. B.; PEREIRA, D. D. B. **Os quilombos e a base de lançamento de Alcântara: laudo antropológico**. V.1, MMA, Brasília, 2006.

ARRUTI, J. M. **Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola**. Bauru/São Paulo: Edusc. 2006.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANCA, I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; NEGRA, M. D. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health** 2006 June; 96(6): 1001-6.

AYRES, J. R. C. M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol** 1997; 15(3):2-4.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev. Saúde Pública**. 2004;38(5):630-6

BRAGA, Y.M.R. **Território Étnico-Conflitos Territoriais em Alcântara, Maranhão**. 2011. 197f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional)-Universidade Vale do Paraíba, São José dos Campos. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra : uma política para o SUS**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Artmed, Porto Alegre, 2003.

CDSS - COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2012.

COSTA, I. R. e cols. Vida de negro no Maranhão: uma experiência de lutas, organização e resistência nos territórios quilombolas. In: **Coleção Negro Cosme**, v. 6. Estação Produções, São Luís, 2005.

FERREIRA, A. L. C. B. M. **A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais**: a perspectiva do próprio e do seu cuidador [Dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2009.

HAESBAERT, Rogério. O mito da desterritorialização e as “regiões-rede”. **Anais do V Congresso Brasileiro de Geografia**. Curitiba: AGB, p.206-14, 1994.

_____. **Des-territorialização e identidade**: a rede “gaúcha” no nordeste. Niterói: EdUFF, 1997.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica n. 25. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Brasil. Disponível em: Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em 28 de Jan. 2013.

_____. **Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000**. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica n. 20. Rio de Janeiro, 2007.

IPEA- Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3ed. SEMP, Brasília, 2008.

LESTHAEGHE, R. Europe’s demographic issues: fertility, household formation and replacement migration. **Population Bulletin of the United Nations**. Special Issue n. 44/45, 2004.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília, Funasa, 2005.

MACHADO, R. M.; FONSECA, B. F.; MACHADO, D. T. M. Avaliação da qualidade de vida da comunidade assistida pelo programa de saúde da família e a inserção do profissional fisioterapeuta nos serviços de atenção básica de saúde. **Rev. FisioBrasil**. 2007; 84:20-25.

ONU-ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento populacional mundial 1950-2050**. Nova York, ONU, 2009.

RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, J. A. Impactos sociais da desterritorialização na Amazônia brasileira: o caso da hidrelétrica de Balbina. **Emancipação**, Ponta Grossa, 12(1): 35-53, 2012. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). **Território: globalização e fragmentação**. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 1996.

TORRES,G.V;REIS L.A;REIS,L.A;FERNANDES,M.H.Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste.**J Bras Psiquiatr**,Salvador,v.58,n.1,p.39-44,2009.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102009000300020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 set. 2012. Epub 17-Abr-2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Whoqol user manual**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneve: WHO; 1998.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor. (a)

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Caso isso aconteça, peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Convidamos o Senhor para participar da Pesquisa intitulada “**IDOSOS REMANESCENTES DE QUILOMBO NO MUNICÍPIO DE ALCÂNTARA-MA**”, sob a responsabilidade do pesquisadores Cleidson Moraes de Silva e da Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

O Sr(a) foi selecionado porque é maior de 60 anos e pertence a comunidade quilombola das Agrovilas de Alcântara– MA, porém a sua participação não é obrigatória. O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade de vida em idosos pertencentes às comunidades quilombolas das Agrovilas de Alcântara– MA, você responderá um questionário com perguntas sobre sua qualidade de vida, e levantamento de dados sócios econômicos e demográficos

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder um questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. O (a) Sr (a) não terá nenhum risco a sua saúde, porém existe possibilidade de ocorrência de situação de risco mínimo de ordem emocional aos participantes desta pesquisa, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionados às perguntas formuladas. Sua participação neste estudo é muito importante e será voluntária. O Sr (a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso de o Sr (a) retirar-se do estudo, favor avisar o pesquisador que está acompanhando-o. Caso você desista de participar, será retirado da pesquisa. A sua participação neste estudo contribuirá para a compreensão da qualidade de vida em idosos remanescentes de quilombo, possibilitando maior relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais sobre o cuidado ao idoso e que o Sr (a) tenha uma maior reflexão quanto a importância de cuidar de si mesmo, do cuidado da família.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, o (a) Sr (a) não será identificado (a) quando o material de sua fala for utilizado, seja para propósitos de publicação científica (apresentação de trabalhos e artigos) ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e o (a) Sr (a) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

O Sr (a) pode fazer perguntas a respeito da pesquisa, sempre que achar necessário. Caso queira mais esclarecimentos a respeito da pesquisa ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com a Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga - CEP 65080-805 São Luís-MA, pelo telefones (98) 3301-9701, (98)8159961 ou e-mail anahsardinha@ibest.com.br. ou ainda pelo **Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão – UFMA no endereço: Av. dos Portugueses s/n Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, Bloco C, sala 7 - São Luis-MA - CEP: 65020-070 - Tel:(98) 3301-9708.** Este termo será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, ficando uma delas com o Sr. (Sra.).

Desde já agradecemos.

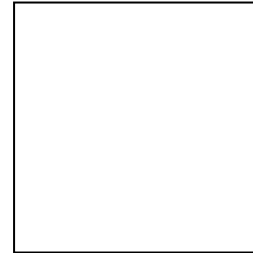
Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a fala utilizada nestas informações do estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

São Luís, de de 2012.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) pesquisado



APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

DATA _____/_____/2012

ENTREVISTA Nº _____

1- NOME: _____.

2- ENDEREÇO: _____.

3- DATA DE NASCIMENTO: _____.

4- SEXO? () masculino () feminino

5- QUAL SUA IDADE? _____

6- QUAL SUA RAÇA/COR? () preta () branca () indígena () parda

7- NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

() analfabeto () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto
() ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior completo
() ensino superior incompleto

8- ESTADO CIVIL:

() solteiro () casado () viúvo () separado

9- NÚMERO DE FILHOS: _____

10- QUAL SUA FORMAÇÃO: _____

11- QUAL SUA ATIVIDADE PRINCIPAL: _____

12- QUAL SUA RENDA FAMILIAR: _____

() 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 4 salários mínimos
() de 4 a 6 salários () 7 e mais salários mínimos

13- A SUA CASA É:

() própria () alugada () cedida

14- NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO: _____

15- QUANTOS CÔMODOS: _____

15- QUAL O DESTINO DO LIXO:

() coletado () queimado () céu aberto

16- DESTINO DE FEZES E URINA:

() fossa séptica rudimentar () privada () céu aberto

17- TRATAMENTO DA ÁGUA:

filtrada fervida sem tratamento outros

18- ABASTECIMENTO DE ÁGUA:

poço rede pública outros

19- PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS:

sim não QUAIS: _____

ANEXO A
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

		multo insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	multo 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	multo frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B

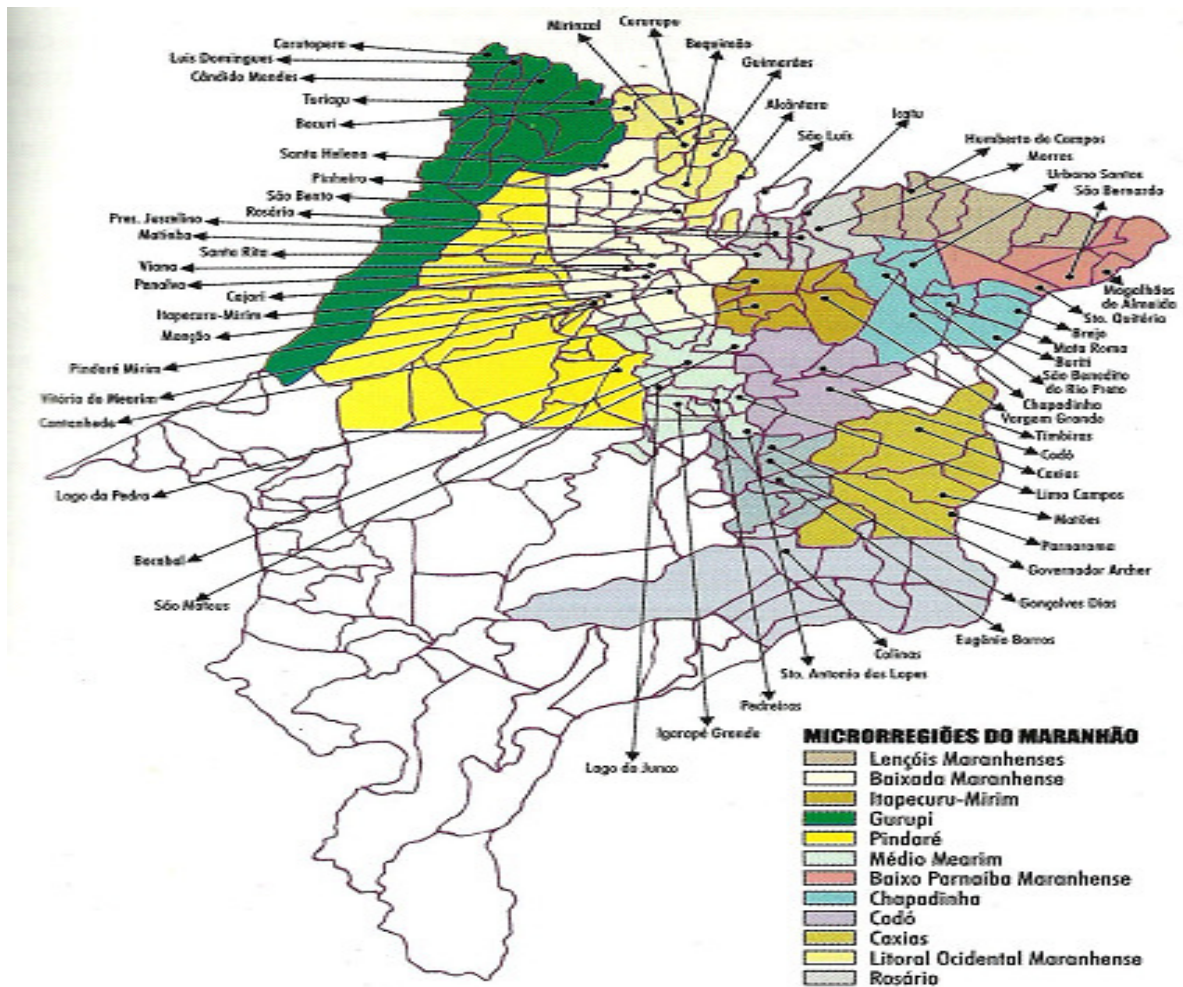


Imagem 1: Presença de comunidades quilombolas mapeadas no estado do Maranhão
 Fonte: COSTA e Cols.(2005)

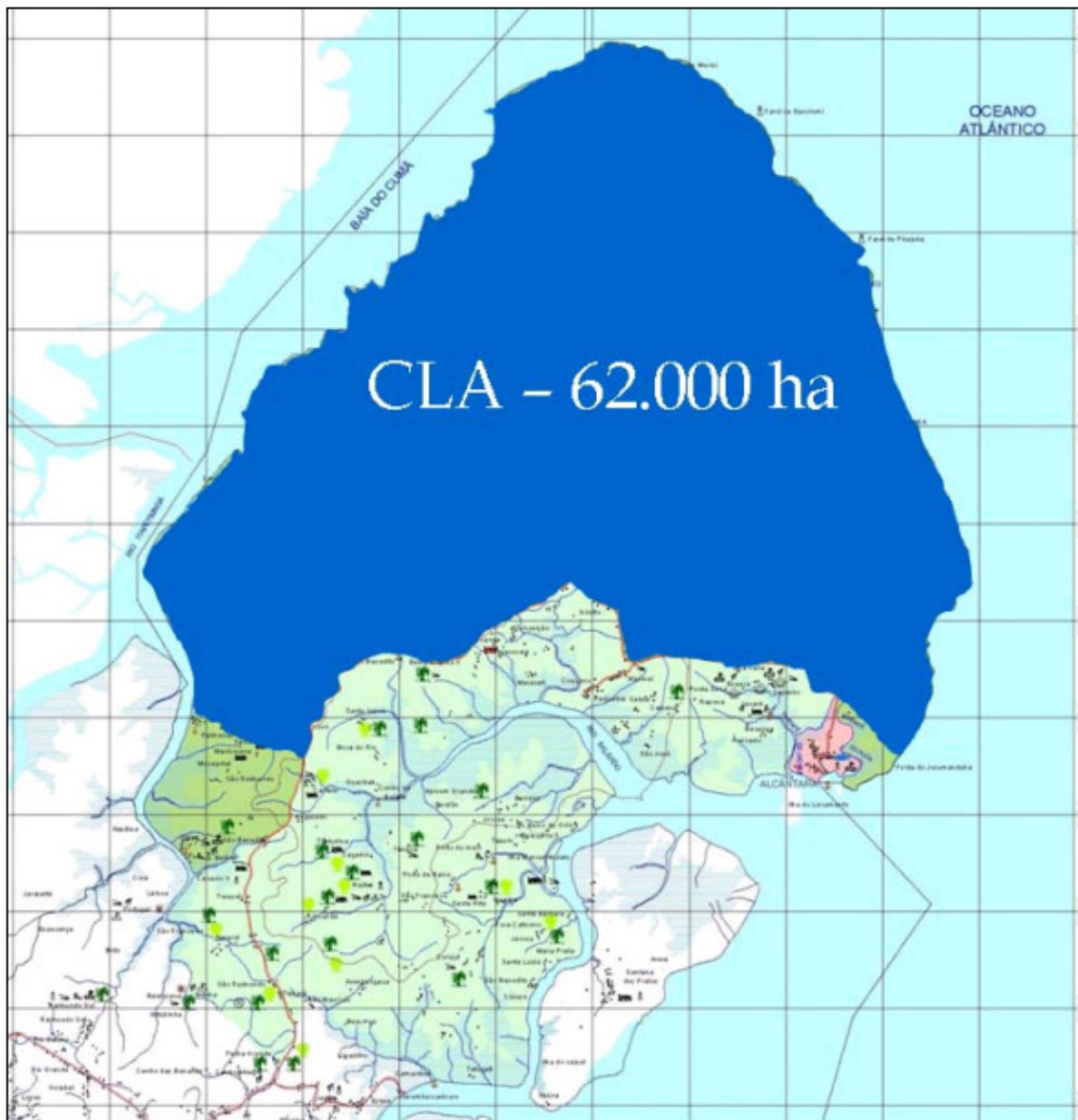


Imagem 2. Município de Alcântara e delimitação de área total prevista para o CLA
Fonte: Almeida(2002) apud Braga(2011)

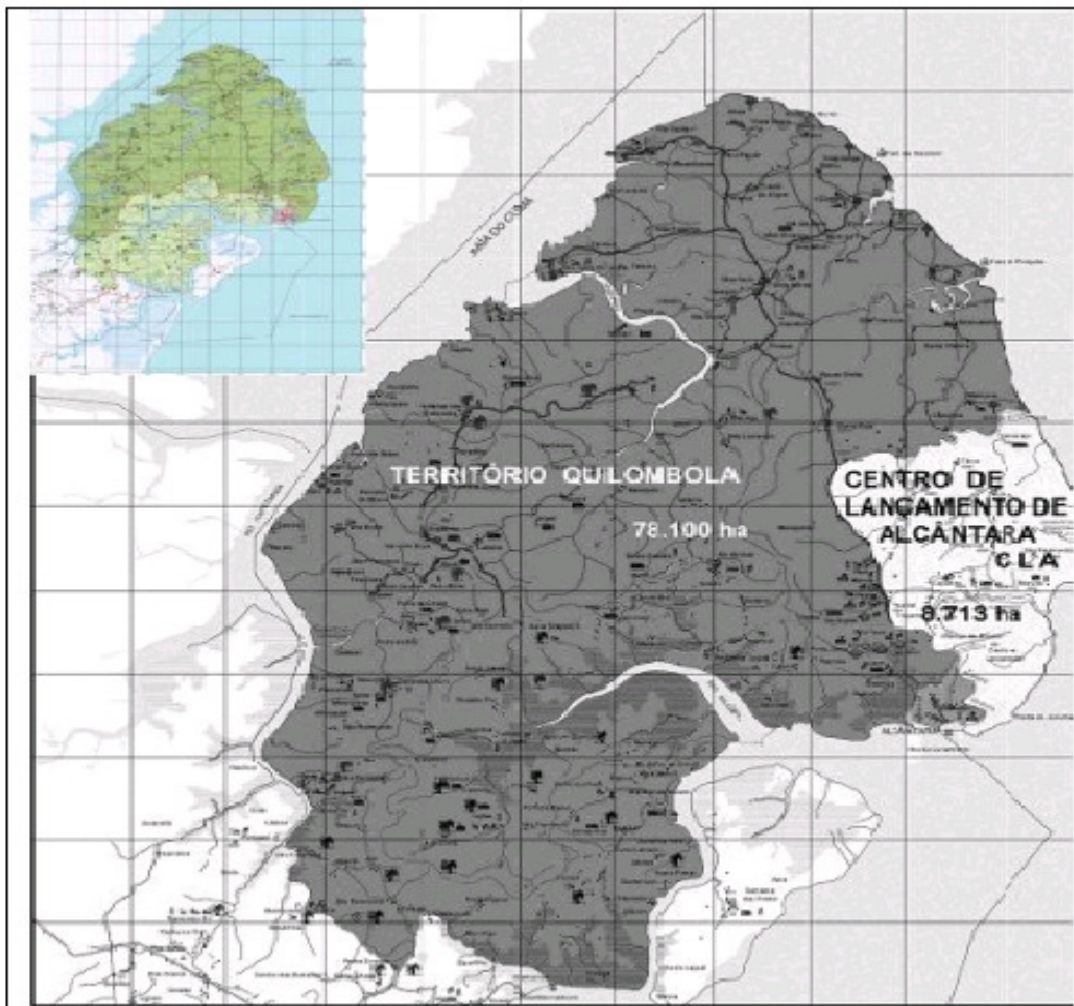


Imagem 3. Delimitação do Território Quilombola em Alcântara-MA
Fonte: Almeida(2002) apud Braga(2011)

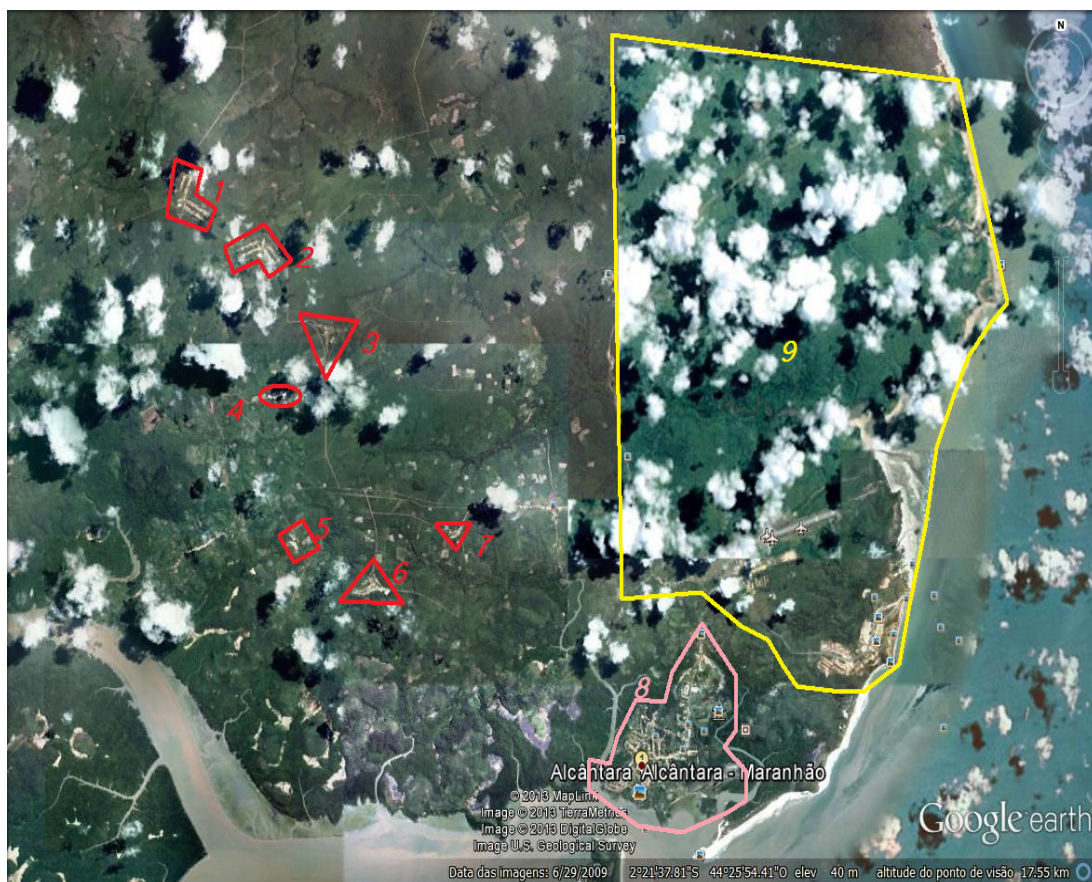


Imagem 4: Alcântara, Centro de Lançamentos de Foguetes e Agrovilas

Fonte: Google Earth

1-Agrovila Peru; 2-Agrovila Marudá; 3-Agrovila Pepital; 4-Agrovila Só Assim; 5-Agrovila Ponta Seca; 6-Agrovila Cajueiro; 7-Agrovila Espera; 8- sede municipal de Alcântara-MA e 9- Centro de Lançamento de Foguetes.



Imagem 5: Agrovila Espera
 Fonte: Google Earth

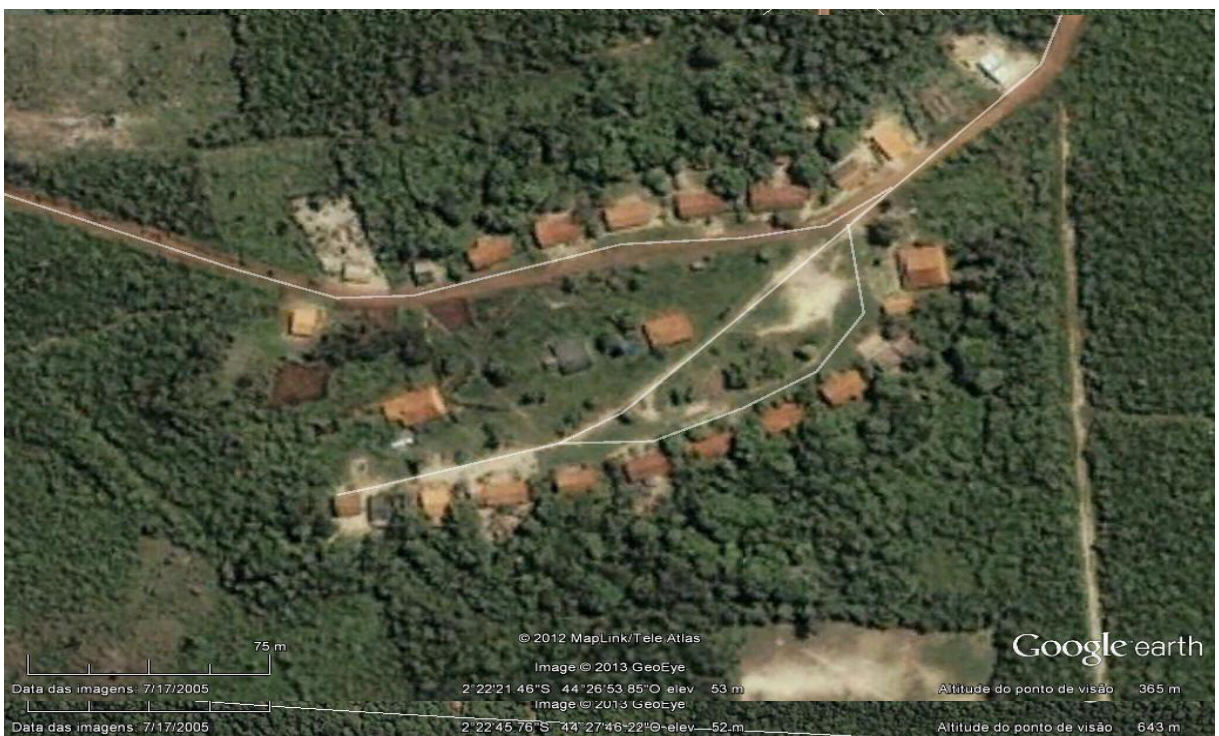


Imagem 6: Agrovila Cajueiro
 Fonte: Google Earth

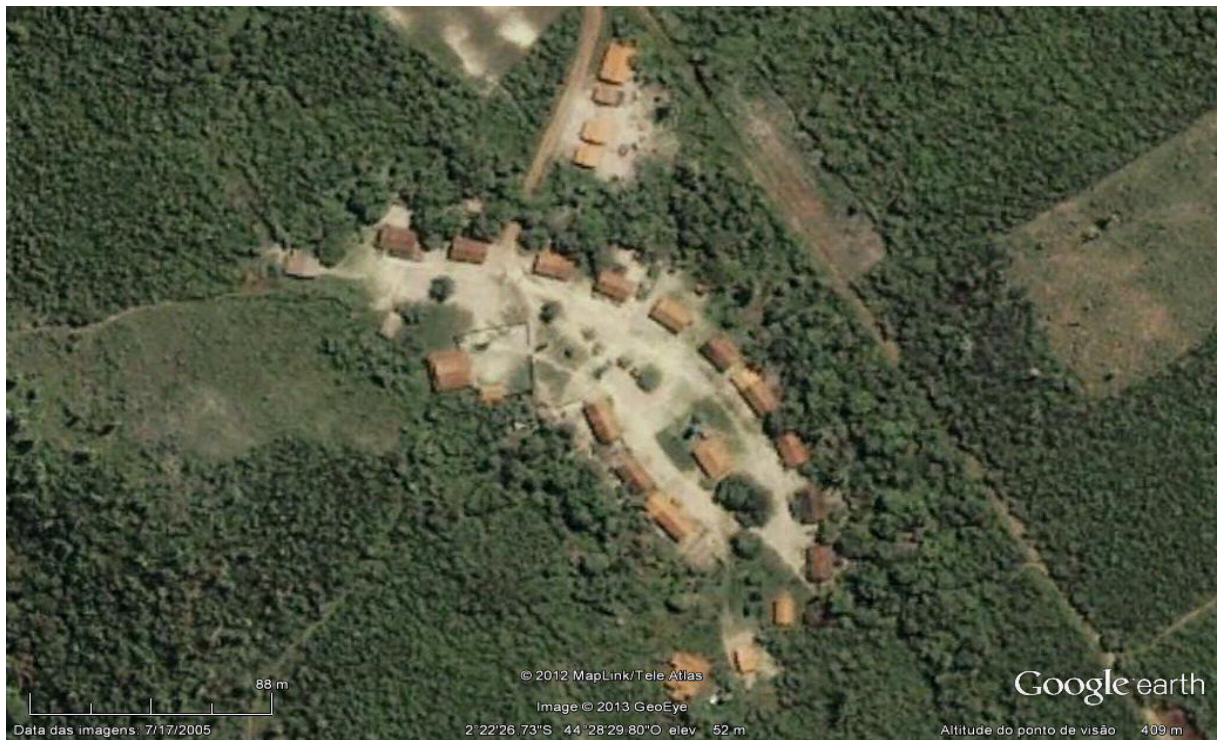


Imagem 7: Agrovila Ponta Seca
Fonte: Google Earth

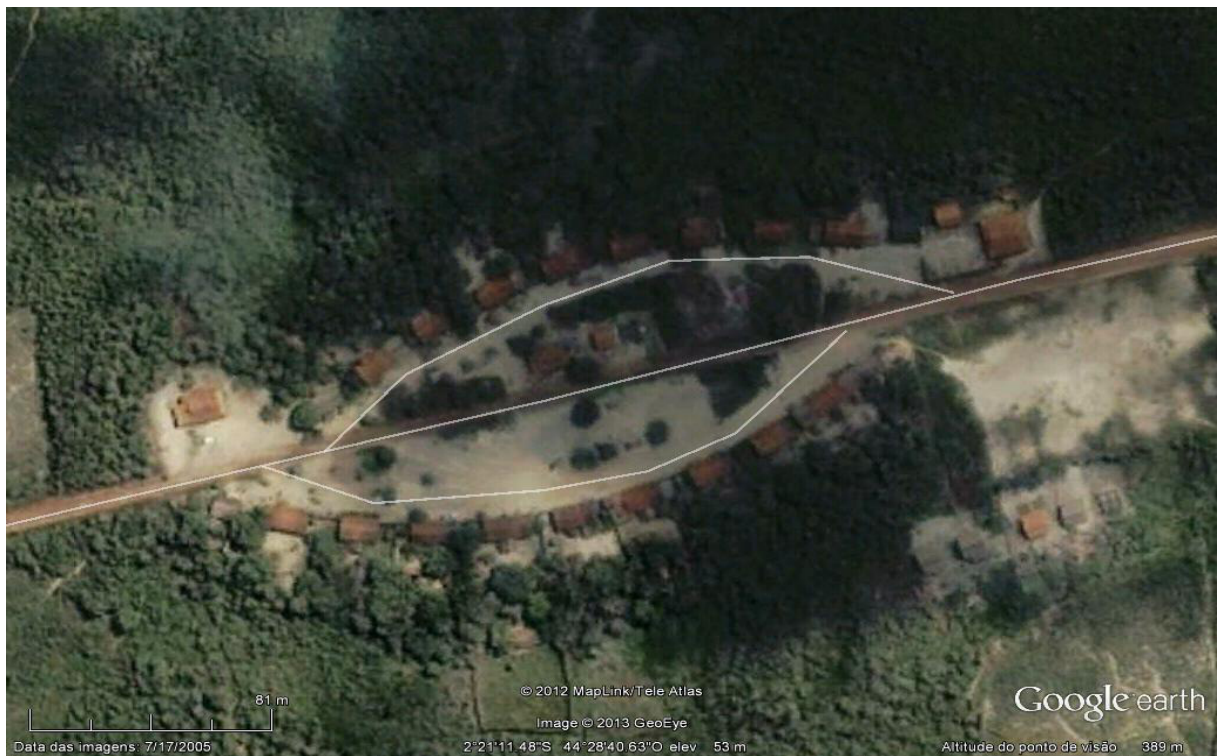


Imagem 8: Agrovila Só Assim
Fonte: Google Earth



Imagem 9: Agrovila Pepital
Fonte: Google Earth



Imagem 10: Agrovila Marudá
Fonte: Google Earth



Imagem 11: Agrovila Peru

Fonte: Google Earth

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1996 – São Luís - Maranhão.

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Foram apresentados os documentos enumerados em **Penúncias**; desse modo, o **33115-017428/2011-71**, referente ao trabalho de conclusão de curso sob o título **Qualidade de vida em áreas remanescentes de quilombo do município de Alcântara-MA**. É considerado por este CEP **COMO APROVADO**.

VIII - Data da reunião do CEP: 01/03/2012

Profª. Drª. Maria de Nazaré Pereira da Costa
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA

NOTA:

1. Anexa folha do Relatório Parcial;
2. Pesquisas com duração acima de 6 meses deverão apresentar relatórios parciais semestrais;
3. Pesquisas com duração acima de 12 meses deverão apresentar relatórios anuais;
4. Após a conclusão da pesquisa deverá ser apresentado relatório final ao CEP/UFMA.

DATA DE RECEBIMENTO:	09/05/12
RELATÓRIO PARCIAL:	01/11/12
RELATÓRIO FINAL:	09/03/13