



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

IASMIM BATISTA CORREIA

**FATORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADODA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2021**

IASMIM BATISTA CORREIA

**FATORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dr^a. Tarciana Nobre de Menezes.

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C824f Correia, Iasmim Batista.
Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba [manuscrito] / Iasmim Batista Correia. - 2021.
122 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Departamento de Fisioterapia - CCBS."

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. I. Título

21. ed. CDD 613.043 8

IASMIM BATISTA CORREIA

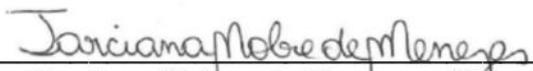
FATORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA

Dissertação apresentada à Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 23/08/2021

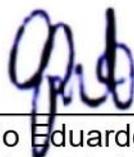
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Alexandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

A minha mãe, Betânia, e a minha tia, Maria do Carmo, por todo apoio, dedicação, esforço e bons conselhos, permitindo que meus sonhos estivessem sempre um pouco mais perto, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que, pela sua misericórdia e imenso amor, teve o zelo de fazer-se perceptível em cada capítulo da minha vida, incluindo esse mestrado e, confio, o que virá após ele. Por muitas vezes me debati, chorei, caí. Entretanto, sempre me levantou, o Senhor. Algumas vezes Ele me arrastava com problemas e dúvidas. E quando se esgotaram minhas forças, Ele me levou nos braços. Tudo foi feito para Ele e sem Ele nada teria sido feito.

À Virgem Maria, que, assim como Jesus, se mostrou presente desde o começo e sob a sua intercessão foi possível concluir esta pós-graduação. Ela segurou-me pela mão, permitiu que eu ficasse sob a proteção do seu manto e me fez voltar a olhar para Jesus quando eu mesma não me sentia digna disso. Tudo foi feito com Ela e sem Ela eu não teria conseguido.

À minha mãe, Betânia, a quem dediquei toda essa dissertação e a qual eu dedico toda a minha vida. Sempre preocupada, atenta e cuidadosa para comigo, conseguiu me transformar no melhor que eu poderia ser. Eu lhe amo e prometo que todo o investimento que a senhora fez por mim farei valer a pena. Tudo eu devo a senhora e sem a senhora nada teria valido a pena.

À minha irmã, Isadora, que soube me irritar e me animar do jeito que só uma irmã mais nova sabe fazer, e ao meu pai, Luís, por todo auxílio quando necessário. Agradeço também às minhas tias Jane e Maria do Carmo, meu tio Beto e minhas avós Juraci e Maria José (*in memoriam*), por me aceitarem como sua filha adotiva e iluminarem meus caminhos com suas palavras de sabedoria.

Ao meu noivo, Moisés Pacelli, que sempre recarregou todas as minhas baterias com sua presença, orações, companheirismo e amor. Foi ele que acreditou em mim quando eu mesma achava que não conseguia mais. Acolheu-me em seu abraço e conseguiu trazer paz e leveza ao meu coração. Agradeço a Deus por tê-lo, agradeço por ele ser ele. Ele é a perfeita resposta da minha oração ao Senhor.

Aos meus colegas de turma e de pesquisa, por todo apoio, amizade e carinho, sou grata a Deus por ter tido a honra de conviver esse tempo com vocês. Vivemos momentos memoráveis que relembrarei com saudade. Agradeço em especial a Diego e Brenda, juntos contornamos problemas, ultrapassamos obstáculos, nos empurramos para frente, sempre com o dom de transformarmos os momentos mais

estressantes em risadas. Espero que eu tenha conseguido marcar a vida de vocês assim como vocês marcaram a minha.

Aos irmãos que escolhi chamar de amigos, Nilmara, Iana, Ionara, Alanne e Gian, por simplesmente existirem e me apoiarem em toda e qualquer situação da minha vida. Vocês foram anjos sem asas, luz nas trevas, o meu porto seguro. Sem vocês nada desse jogo da vida teria graça. Amo vocês!

Por último, mas não menos importante, agradeço à comunidade de Caiana dos Crioulos e de Pedra D'água, pelo acolhimento e pelas informações prestadas e à minha professora e orientadora querida, Tarciana Nobre de Menezes, por toda dedicação, paciência e tempo gasto comigo. Não tenho palavras para traduzir o quanto eu sou grata por todas as oportunidades que me foram ofertadas através das suas mãos ao longo desses anos de convivência. Exemplo de profissional e de orientadora, sou invejada pelos meus colegas por sua grande competência, responsabilidade e organização. Ainda estou muito longe, mas espero que Deus me dê a graça de me tornar cada dia mais uma "Tarcianinha". Terei muito orgulho!

Com vocês eu adquiri asas para voar mais alto do que eu jamais sonharia. Obrigada pelo tudo!

*“Aquele que é feito escravo por uma
força maior do que a sua, ama a
liberdade e é capaz de morrer por ela,
nunca chegou a ser escravo”.*

(Zumbi dos Palmares)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento humano acarreta perdas biológicas, psicológicas, funcionais e sociais que tornam o idoso vulnerável a doenças e agravos à saúde e influenciam diretamente na sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba. **Material e métodos:** Este estudo é transversal, analítico, com coleta de dados primários, realizado de setembro a dezembro de 2019 com 55 idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na comunidade Quilombola de Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, Brasil e que estavam cadastrados no E-SUS como residentes dessa comunidade. A variável dependente deste estudo é a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e as variáveis independentes são o perfil socioeconômico-demográfico (idade, nível socioeconômico, anos de estudo, renda per capita e número de residentes no domicílio), a situação de saúde (número de quedas, sintomas indicativos de depressão, número de doenças crônicas não transmissíveis e risco metabólico), o estado nutricional (índice de massa corporal, perímetro da panturrilha e área de gordura do braço) e a força muscular (força de preensão manual e teste de sentar e levantar). Foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, a correlação de *Spearman* e regressão linear simples e múltipla (IC95%; $p < 0,05$) para verificar a existência de relação entre a variável dependente e as variáveis independentes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e os idosos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foram avaliados 55 idosos (66,6% mulheres), com média etária de 71,3 anos, dentre os quais 42,2% apresentaram QVRS ruim no componente físico e 44,4% no componente mental. O modelo múltiplo para QVRS no componente físico mostrou que os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o teste de sentar e levantar explicaram, conjuntamente, 37% ($R^2=0,379$; $p < 0,05$) da QVRS ruim. Para a QVRS no componente mental não houve relação significativa com nenhuma das variáveis do modelo final. **Conclusão:** Com este estudo foi possível observar que os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o teste de sentar e levantar estão relacionadas à QVRS ruim dessa população no componente físico. Assim,

sugere-se o incentivo a hábitos que possibilitem a redução e o controle de doenças físicas e psicológicas, bem como a manutenção da força muscular.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Grupos de Risco. Nível de Saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Human aging entails biological, psychological, functional and social losses that make the elderly vulnerable to diseases and health problems and directly influence their quality of life. **Objective:** To evaluate factors related to the quality of life of elderly people in a quilombola community of Paraíba. **Material and methods:** This is a cross-sectional, analytical study, with primary data collection, carried out from September to December 2019 with 55 elderly people aged 60 years or more, of both sexes, residing in the Quilombola community of Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, Brazil and who were registered in E-SUS as residents of that community. The dependent variable of this study is the health-related quality of life (HRQOL) and the independent variables are the socioeconomic-demographic profile (age, socioeconomic level, years of education, per capita income and number of residents in the household), the situation of health (number of falls, symptoms indicative of depression, number of chronic non-communicable diseases and metabolic risk), nutritional status (body mass index, calf circumference and arm fat area) and muscle strength (sitting-rising test). Pearson's chi square test or Fisher's exact test, Spearman's correlation and simple and multiple linear regression (CI95%; $p < 0.05$) were performed to verify the existence of a relationship between the dependent variable and the independent variables. This research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba and the elderly participants signed the Free and Informed Consent Term. **Results:** 55 elderly were evaluated (66.6% women), with a mean age of 71.3 years, among which 42.2% had poor HRQOL in the physical component and 44.4% in the mental component. The multiple model for HRQOL in the physical component showed that symptoms indicative of depression, the number of CNCs and the sitting-rising test together explained 37% ($R^2=0.379$; $p < 0.05$) of poor HRQOL. For HRQOL in the mental component there was no significant relationship with any of the variables in the final model. **Conclusion:** With this study it was possible to observe that the symptoms indicative of depression, the number of CNCs and the sitting-rising test are related to poor HRQOL in this population in the physical component. Thus, it is suggested to encourage habits that enable the reduction and control of physical and psychological diseases, as well as the maintenance of muscle strength.

Keywords: Health of the Elderly. Risk Groups. Health Status. Quality of Life.

LISTA DE SIGLAS

AAS	Auto Avaliação da Saúde
AGB	Área de Gordura do Braço
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRQs	Comunidades Remanescentes Quilombolas
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCT	Dobra Cutânea Tricipital
FCP	Fundação Cultural Palmares
FPM	Força de Preensão Manual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MCS	Mental Component Summary
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NSE	Nível Socioeconômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCS	Physical Component Summary
PP	Perímetro da Panturrilha
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionado à Saúde
SD	Sintomas Depressivos
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos específicos.....	23
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1	Delineamento do estudo.....	24
3.2	População do estudo.....	24
3.3	Local e Período da Pesquisa.....	24
3.4	Critérios de Inclusão.....	24
3.5	Critérios de Exclusão.....	25
3.6.	Variáveis de Estudo.....	25
3.7	Coleta de Dados.....	31
3.8	Processamento e Análise dos Dados.....	31
3.9.	Aspectos Éticos.....	32
4	RESULTADOS.....	33
4.1	Artigo: Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba.....	33
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO.....	89
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
	ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	114
	ANEXO B – MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36).....	117
	ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG).....	121
	ANEXO D – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..	122

1 INTRODUÇÃO

Diversas mudanças vêm ocorrendo no panorama populacional mundial desde o início do século XX, dentre elas destaca-se o envelhecimento populacional. Esse fenômeno ocorre primeiramente pela queda da fecundidade, onde um menor número de crianças diminui a proporção de jovens na população, e, simultaneamente ou posteriormente, pela redução das taxas de mortalidade, aumentando a expectativa de vida da população (KALACHE, 1987).

De acordo com informações do Banco Mundial (2011), a taxa de fecundidade mundial total em 1960 era de 4,91 nascidos vivos por mulher em idade fértil e passou para 2,45 em 2010. A maior participação feminina no mercado de trabalho e o fácil acesso aos meios contraceptivos são alguns fatores que facilitaram a queda da taxa de fecundidade (BLOOM, 2011). Além disso, o aumento da esperança de vida ao nascer e as mudanças nas condições econômicas e sociais estão intimamente relacionados com essa mudança, pois, aumentando o número de filhos vivos, as famílias passaram a limitar o número de filhos (ALVES, 2012), uma vez que houve um aumento dos custos para criação desses filhos, ocasionando um problema econômico aos progenitores (ALVES, 2012).

Esse aumento da esperança de vida está relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhorias nas condições de alimentação, ao aumento da renda e ao controle de vetores causadores de doenças infecciosas (BLOOM, 2011; LEE, 2003). Esse processo de transição também obteve resultados no número de idosos que, em 1950, totalizava 8% da população mundial, subiu para 11% em 2010 e há estimativa que será de 17% em 2030 e de 22% em 2050 (ONU, 2011).

O processo de envelhecimento é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada (VERAS, 2009). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), entre 1960 e 2010, a taxa de natalidade reduziu em cerca de 70% (de 6,07 para 1,80). Nesse mesmo período houve um aumento de 25 anos na expectativa de vida ao nascer, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2010). A proporção de crianças de até quatro anos no país que em 1991 era de 11,2%, diminuiu para 9,6% em 2000, chegando a 7,3% da população total em 2010 (IBGE, 2010).

Além disso, os idosos (60 anos ou mais) somavam em 2010, 23,5 milhões dos brasileiros (9,7% da população total), constituindo mais que o dobro do registrado pelo Censo realizado em 1991, quando o total era de 10,7 milhões de pessoas (7,3% da população total) (IBGE, 2010). Estimativas apontam que, nos próximos anos, a população idosa brasileira crescerá a uma taxa de 3,2% (cerca de 650 mil idosos) ao ano e atingirá 64 milhões de habitantes em 2050, representando cerca de 30% da população (ALVES, 2012). Com isso, no ano de 2020 o Brasil seria o sexto país do mundo com maior número de idosos, sendo o grupo etário de 75 anos ou mais aquele que apresentaria maior crescimento (IBGE, 2010). Entretanto, segundo informações do Ministério da Saúde, o Brasil superou essa projeção e, em 2016, já apresentava a quinta maior população idosa do mundo, tendo o grupo dos idosos longevos (80 anos ou mais) crescido mais expressivamente (BRASIL, 2016).

Dentre as regiões do Brasil, o Nordeste apresentou o maior decréscimo na taxa de fecundidade (23,4%) e na taxa de mortalidade infantil (58,6%) (IBGE, 2010) entre os anos de 2000 e 2010, favorecendo o crescimento da população idosa. No ano 2000, a população total era de 47.741.711 pessoas, dos quais 8,5% eram pessoas idosas. Em 2010, a região passou a ter um percentual de 10,2% de idosos (IBGE, 2010). Em relação à Paraíba, os percentuais referentes à população idosa eram de 10,17% em 2000, 11,98% em 2010 e chegando a 13,53% em 2018, quando é considerado o estado de maior proporção de idosos da região Nordeste (IBGE, 2010).

Diante desse número crescente de idosos, torna-se importante compreender que o envelhecimento é um processo progressivo e dinâmico, cujas modificações morfológicas, fisiológicas, funcionais e bioquímicas tornam o idoso mais vulnerável a doenças e agravos à saúde (SOUZA; SKUBS; BRETÃS, 2007). Além disso, a instabilidade de um sistema produz o desequilíbrio de outros, visto que tais mecanismos, de fato, estão interligados e, uma vez que ocorrem alterações fisiológicas, possivelmente ocorrerão mudanças funcionais, o que propiciará um desequilíbrio da homeostase com aumento da ocorrência de distúrbios e da suscetibilidade a doenças (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Dentre as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento estão a sarcopenia (redução da massa muscular), a osteopenia (redução da massa óssea), a redução do conteúdo de água corporal e a redução da capacidade aeróbica (MORAES, 2012). Essas alterações comprometem o indivíduo e geram

incapacidades que, por conseguinte, favorecem o aparecimento de determinadas limitações como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária e incapacidade comunicativa (MORAES, 2012).

Além disso, ocorre a elevação de hormônios como cortisol, que aumenta o nível de estresse nos idosos, propiciando uma sobrecarga emocional associada ao aparecimento de fragilidade e limitações, podendo ocasionar quadros de instabilidade psicológica e isolamento, favorecendo o aparecimento de quadros depressivos e distúrbios psicossomáticos (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018). Diante desse quadro, a família se torna elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial, cuja ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (MORAES, 2012).

Diante disso, o envelhecimento pode se tornar um processo delicado e doloroso, ocasionando problemas que afetam aspectos sociais, econômicos, familiares e de saúde pública (ROCHA, 2018). Dessa forma, pode representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde (CHAIMOWICZ, 1997). Diante disso, o objetivo não seria apenas uma vida longa, mas uma vida associada à autonomia, à existência de suporte social, ao bem-estar, ao amor e à felicidade (BRASIL, 2010; SUÍÇA, 1991).

Nesse cenário, surge o termo “qualidade de vida (QV)”, referindo-se à manutenção da saúde nos aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais (SUÍÇA, 1991), que abrange a percepção sobre posição na vida, nível de dependência, contexto cultural e sistema de valores (WHOQOL, 1995). Entretanto, apesar de sua importância para o estudo da saúde, ainda são escassos os estudos que avaliem a qualidade de vida e os fatores associados, principalmente quando direcionados exclusivamente à população idosa (PIMENTA et al., 2008; STIVAL et al., 2014; MIRANDA, 2014; ESTEVE-CLAVERO et al., 2018; PAIVA et al., 2016; NORONHA et al., 2016).

A ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferenças no estado de saúde e no bem-estar, físico e emocional (KALACHE, 1987). Devido a essas múltiplas dimensões referentes à QV, surgiu o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (GUYATT et al., 1993), bem como o surgimento de diferentes instrumentos

para medi-la (CICONELLI et al., 1997; FLECK et al., 1999; CAMPOLINA et al., 2011; TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004).

Esses instrumentos enfatizam questões sobre diversos domínios como: físico (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológico (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade) (GORDIA et al., 2011).

De acordo com a revisão sistemática realizada por Rôla, Silva e Nicola (2018), dentre os instrumentos validados no Brasil para avaliar a qualidade de vida, os mais utilizados na literatura são o *World Health Organization Quality of Life 100* (WHOQOL100), *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-Bref), *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), *12-Item Short-Form Health Survey* (SF12), *Short-Form 6 Dimensions* (SF-6D) e *Nottingham Health Profile* (NHP). Dentre estes, o SF-36 é um instrumento que se destaca dentre os demais pelos seguintes fatores: ter sido construído com o objetivo de avaliar a condição de saúde da população em geral, por meio de um número reduzido de dimensões estatisticamente eficientes; abrangência do seu uso em inquéritos populacionais e em estudos avaliativos de políticas públicas; e sua fácil administração e compreensão (LAGUARDIA et al., 2013).

Estudos realizados com idosos têm mostrado elevada prevalência de qualidade de vida ruim nesta população (ESTEVE-CLAVERO et al., 2018; PAIVA, 1993; SOUSA et al., 2018; INOCENTE et al. 2012). Em estudo realizado com o SF-36 em 271 idosos de Gurupi/TO, cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50: capacidade funcional (46,72), limitação por aspectos físicos (22,38), dor (47,42), estado geral de saúde (49,11) e limitação por aspectos emocionais (44,49), mostrando assim o baixo nível de qualidade de vida nessa população (INOCENTE et al. 2012). Estudo realizado por Esteve-Clavero et al. (2018), com 400 indivíduos com mais de 75 anos de idade residentes na Espanha observou que 24,1% dos idosos apresentaram qualidade de vida ruim, sendo 8,8% no componente mental e 15,3% no componente físico.

Diante desses resultados, observa-se a importância de avaliar os fatores associados à QV, em especial à QVRS, visto que constituem importantes

ferramentas auxiliares no planejamento das políticas públicas, contribuindo para mudanças e melhorias dos serviços (RÔLA; SILVA; NICOLA, 2018).

Estudos têm mostrado que diferentes fatores influenciam a qualidade de vida de idosos, dentre eles, a situação socioeconômico-demográfica (PIMENTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; DAWALIBI et al., 2014; CAMELO et al., 2016; FERREIRA, 2019; NERI et al., 2018), a força muscular (MARTINS et al., 2019; ROCHA; COSTA, 2018), a capacidade funcional (CAMELO et al., 2016; NERI et al., 2018; FEITOR et al., 2017; ALMEIDA et al., 2017), o estado nutricional (FERREIRA, 2019; RODRIGUES et al., 2010; GARCIA et al., 2016), o número de doenças crônicas (PIMENTA et al., 2008; DAWALIBI et al., 2014; CAMELO et al., 2016; FEITOR et al., 2017), a ocorrência de quedas (STIVAL et al., 2014; VIEIRA; MONTEIRO, 2014; PEIXOTO et al., 2008), a autopercepção de saúde (MIRANDA, 2014; ALMEIDA et al., 2017) e a depressão (PIMENTA et al., 2008; RODRIGUES et al., 2018; GODOY; ADAMI, 2019).

Estudo internacional realizado por Onunkwor et al. (2016), com 203 idosos selecionados aleatoriamente em Kuala Lumpur, Malásia, mostrou que a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a situação econômica, o tempo de residência e o tipo de acomodação estavam significativamente associados à qualidade de vida. Estudo realizado com 60 idosas residentes em Brejo Santo/CE (SOUSA et al., 2013) observou que a qualidade de vida daquelas que tinham renda familiar inferior a dois salários-mínimos e que eram viúvas ou divorciadas mostrou-se inferior, com menor pontuação em todos os domínios do SF-36.

Em estudo realizado por Pimenta et al. (2008) com 87 idosos residentes em Belo Horizonte / MG, observou-se que o sexo masculino, a idade avançada, a situação ocupacional com alguma condição de trabalho e a situação conjugal com companheiro influenciaram positivamente a qualidade de vida dos idosos estudados. Em outro estudo realizado por Camello, Giatti e Barreto (2016) com idosos de uma comunidade de Belo Horizonte / MG, a pior QVRS foi associada ao sexo feminino, ter 70 anos ou mais de idade, ter declarado cor da pele preta, escolaridade inferior a 4 anos de estudo, ausência de atividade de trabalho na semana que antecedeu a pesquisa e não estar satisfeito com os relacionamentos pessoais.

Os aspectos que envolvem a situação de saúde podem interferir negativamente na qualidade de vida dos idosos (PIMENTA et al., 2008). Resultados do estudo realizado por Dawalibi, Goullart e Prearo (2014), mostraram que a

presença de doenças estava inversamente associada à qualidade de vida, ou seja, os idosos sem quaisquer doenças apresentaram qualidade de vida significativamente melhor, em relação aos que tinham pelo menos uma doença. Em estudo realizado por Paiva (2016) com 986 idosos do município de Campinas/SP observou-se que aqueles que sofreram três ou mais quedas apresentaram declínios em seis dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Campolina, Dini e Ciconelli (2011), em pesquisa realizada com 333 idosos no município de São Paulo/SP observaram piora progressiva da qualidade de vida em vários domínios conforme o aumento do número de morbidades, principalmente nos aspectos físicos e estado geral de saúde, ou seja, a presença de doenças estava inversamente associada à qualidade de vida.

Outro aspecto que envolve a situação de saúde são as condições nutricionais, que apresentam forte relação com morbidades e outros desfechos negativos em saúde, fatores que podem afetar diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2016). A literatura tem evidenciado a existência de associação entre desnutrição, obesidade e pior qualidade de vida em amostras de idosos de diversas localidades (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2016).

Dentre os fatores relevantes ao estudo da qualidade de vida se destaca, ainda, a perda da força, que está associada com a síndrome da fragilidade em idosos (OMS, 2015). Em estudo realizado por Mariano et al. (2013), no qual 36 idosos residentes em São Luís – MA foram submetidas a um treinamento resistido, observou-se aumento significativo da força muscular, que repercutiu na melhoria da qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. Em estudo realizado por Rocha e Costa (2018) com 67 idosos em Vitória/ES, observou-se uma maior pontuação da qualidade de vida no grupo de treinamento de força em quatro domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade e aspectos sociais, com diferenças significativas no domínio capacidade funcional e aspectos físicos. Em outro estudo realizado com idosos em Porto Alegre / RS, a força de preensão manual e o teste de sentar e levantar mostraram significância estatística positiva com a qualidade de vida (MARTINS et al., 2019).

A saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva e determinam o acesso a bens e serviços de saúde (BRASIL, 2016). Neste contexto, observa-se que as desigualdades em saúde estão diretamente relacionadas à questão étnico-racial, agravando-se em indivíduos de cor de pele preta e parda, e indígenas (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010). De acordo com o Censo de 2010, 46% do total da população de pessoas negras do Brasil viviam em condições desfavoráveis de saúde devido, principalmente, às diferenças de condições de vida e acesso a serviços e cuidados de saúde, bem como à participação desigual na distribuição de renda (BRASIL, 2016).

A população negra, historicamente, vem sendo penalizada em diversos contextos sociais devido ao preconceito, tendo menores oportunidades de acesso à educação e a uma boa colocação no mercado de trabalho, ocasionando, conseqüentemente, que uma situação socioeconômica mais desfavorável (FIGUEIRÓ; RIBEIRO, 2017). Tal situação de vulnerabilidade social interfere diretamente na qualidade do serviço de saúde prestado, onde indivíduos com poder aquisitivo mais elevado possuem acesso a serviços de saúde em qualidade superior quando comparados aos indivíduos em situação de vulnerabilidade (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Neste contexto, inserem-se as comunidades quilombolas, símbolo da resistência à escravidão no Brasil, as quais são compostas por negros descendentes de escravos que apresentam cultura própria e forte vínculo com a terra (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; BRASIL, 2007). O Quilombo foi uma manifestação de sobrevivência e luta contra a escravidão diante das repressões evidenciadas, onde inúmeros negros foragidos organizaram-se em localidades distantes o suficiente para resistirem ao sistema escravista imposto, constituindo-se, assim, os quilombos, lugar de refúgio desses negros (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014). São considerados remanescentes dessas comunidades os grupos étnicos, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003).

A Lei Áurea de 13 de maio de 1888 instituiu formalmente a proibição da escravidão, porém não significou o acesso de negros a direitos ou o fim da

segregação desses sujeitos pela sociedade (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014). Diante disso, as comunidades remanescentes de quilombos são grupos que passaram a contar com um reconhecimento oficial de sua cultura e identidade, porém continuam em conflitos fundiários e nos remetem a um passado associado às lutas por suas terras (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014).

Por meio do Decreto n. 4.887, de 2003, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) se tornou o órgão responsável, na esfera Federal, pela titulação dos territórios quilombolas (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018). No Brasil, de acordo com dados do INCRA, até dezembro de 2019 estavam regularizados 2.599.462,6553 hectares em benefício de 290 comunidades e 36.246 famílias quilombolas, das quais 132 comunidades estavam na região Nordeste, sendo a Paraíba constituída por 11 (ROCHA, 2018). Em dezembro de 2019 havia ainda, junto ao INCRA, 1.749 processos de titulação em aberto no Brasil, com destaque para o Nordeste, a quem pertenciam 1.007 desses processos (BRASIL, 2009).

Dentre as comunidades reconhecidas na Paraíba está a comunidade de Caiana dos Crioulos, localizada no Agreste Paraibano, a cerca de 120 km da capital do estado João Pessoa, e 12 km do município sede, Alagoa Grande. A comunidade possui uma área de aproximadamente 646 hectares de difícil acesso, onde residem 98 famílias que vivem principalmente de culturas de subsistência, como feijão, fava, milho, mandioca, inhame, batata-doce, bem como da criação de animais e da fruticultura (BRASIL, 2015).

Segundo o Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (BRASIL, 2003) elaborado pelo INCRA, a origem da comunidade não é clara. Segundo a tradição oral, alguns afirmam que descenderia de escravos africanos que por lá se instalaram entre os séculos XVIII e XIX, rebelados quando do desembarque de um navio negreiro aportado em Baía da Traição, no litoral norte da Paraíba. Outros entendem que teria surgido a partir da chegada, a Alagoa Grande, de sobreviventes do massacre do Quilombo dos Palmares, o que justificaria a existência da localidade denominada Zumbi, nas proximidades do município (INCRA, 2020).

Mesmo com a verdadeira origem desconhecida, a comunidade ainda mantém bem vivas as tradições herdadas de seus antepassados africanos e preserva vários traços de sua cultura e história. Entre as manifestações culturais da comunidade estão os grupos de Coco de Roda e de Ciranda, formados principalmente por

mulheres, que se apresentam em eventos culturais e educacionais na Paraíba e em outros estados brasileiros (BRASIL, 2020).

Estudos têm mostrado que idosos residentes nas Comunidades Remanescentes Quilombolas (CRQs) apresentam prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão (BEZERRA et al., 2015; FREITAS et al., 2011; VELTEN et al., 2013) e diabetes (SOUZA; BARROSO; GUIMARAES, 2014), além de altas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil ((FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2014) e desvios nutricionais (ALVES, 2012). Estes aspectos se devem, principalmente, ao baixo nível socioeconômico (ALVES, 2012; BEZERRA et al., 2015; SOUZA; BARROSO; GUIMARAES, 2014; FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; BEZERRA et al., 2014; SILVA, 2007), ao isolamento geográfico (BEZERRA et al., 2015; GUERRERO et al., 2007; SILVA, 2007), e às baixas condições de vida e de moradia (ALVES, 2012; BEZERRA et al., 2015; FREITAS et al., 2011; FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2014; BEZERRA et al., 2014; SILVA, 2007) que o acesso a serviços de saúde para essa população SOUZA; BARROSO; GUIMARAES, 2014; FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2014) e as tornam vulneráveis, refletindo nos seus indicadores de saúde (FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2014; BEZERRA et al., 2014; SILVA, 2007).

Diante disso, estudar populações quilombolas envolve compreender que a etnia influencia diretamente a condição de vida e de saúde dessa população (BEZERRA et al., 2014; BARATA et al., 2007). Assim, fica evidente a vulnerabilidade e invisibilidade das CRQs no Brasil, com conseqüente necessidade da realização de pesquisas epidemiológicas que avaliem as condições de vida e saúde dessas comunidades (VELTEN, 2013).

Embora existam iniciativas dispostas a modificar esse contexto, as ações governamentais de cuidados em saúde ainda são insuficientes para responder às necessidades básicas de prevenção e cuidado à saúde das comunidades quilombolas (MELO, 2017). Diante disso, com o intuito de alinhar as prioridades de saúde com as atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e direcionar os recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisas estratégicos para o SUS, o Ministério da Saúde elaborou em 2018 uma Agenda de Prioridades de Pesquisa, na qual estabeleceu o estudo da Saúde da População Negra e das

Comunidades Tradicionais como um dos 14 eixos temáticos (eixo 11) (BRASIL, 2018). Além disso, a necessidade de construir ações que promovam a educação para a saúde, a diversidade tanto racial (enquanto fenômeno social e não biológico) como cultural destas comunidades devem ser elementos considerados para o planejamento das ações de prevenção e de cuidado (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Ao longo dos anos o Ministério da Saúde e a Presidência da República têm implantado Programas e Políticas Públicas destinadas à promoção da equidade e à melhoria das condições e dos modos de viver dos indivíduos (BRASIL, 2018), assim como ao reconhecimento das necessidades específicas de populações vulneráveis, como é o caso da população idosa, visando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência destes indivíduos (BRASIL, 2006), e da população negra (BRASIL, 2017) e quilombola (BRASIL, 2007), no enfrentamento do racismo institucional no SUS, o qual incide negativamente nos indicadores de saúde dessas populações (BRASIL, 2017).

Assim, justifica-se o desenvolvimento de estudos que abordem o estudo da qualidade de vida em idosos quilombolas, de forma a contribuir para uma melhor assistência a essa população em vulnerabilidade, visto que o princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde tem encontrado barreiras para o total acompanhamento do processo saúde-doença nessa população desde a implantação da Política Nacional da Pessoa idosa (BRASIL, 2006). Além disso, os resultados podem ser capazes de subsidiar ações de políticas públicas, podendo complementar as políticas já existentes. Dessa forma, diante do contexto da qualidade de vida relacionada à saúde no público idoso, questiona-se: Quais são os fatores relacionados à qualidade de vida ruim em idosos quilombolas?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Classificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos quilombolas.
- Traçar o perfil socioeconômico-demográfico dos idosos quilombolas.
- Analisar a situação de saúde dos idosos quilombolas.
- Avaliar a força muscular dos idosos quilombolas.
- Identificar o estado nutricional dos idosos quilombolas.
- Examinar os fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico dos idosos quilombolas.
- Examinar os fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental dos idosos quilombolas.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Abordagem multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba”.

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico e de abordagem quantitativa.

3.2 População do estudo

A população deste estudo foi constituída por todos os idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, residentes na Comunidade Quilombola de Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande – PB, e que estavam cadastrados no E-SUS como residentes dessa comunidade. O número obtido por meio do sistema foi de 64 idosos, no entanto, após consulta à Agente Comunitária de Saúde (ACS), verificou-se que dos idosos cadastrados nove não residiam mais na comunidade ou se tratavam de pessoas com menos de 60 anos, resultando, assim, em 55 idosos residentes na comunidade quilombola.

3.3 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de setembro a dezembro de 2019 na comunidade de Caiana dos Crioulos, reconhecida pela Fundação Cultural Palmares (FCP) como área remanescente de quilombo, localizada no município de Alagoa Grande, Paraíba, à 118 km da capital João Pessoa.

3.4 Critérios de Inclusão

- Ter 60 anos ou mais de idade, ambos os sexos.
- Ser cadastrado no E-SUS como residente da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles idosos:

- Ausentes do quilombo durante o período da coleta de dados.
- Que apresentavam deficiência auditiva grave não corrigida, que impossibilitasse a aplicação do questionário.
- Acamados ou que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, de forma a impossibilitar a sua participação nos testes físicos.
- Com declínio cognitivo.

Os idosos com declínio cognitivo foram identificados por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), o qual apresenta uma pontuação que pode variar de zero a 30 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994). Os pontos de corte foram definidos de acordo com a escolaridade, os quais foram propostos por Bertolucci et al (1994): analfabetos (pontuação <13 indica declínio cognitivo, ≥ 13 sem declínio cognitivo); 1 a 8 anos de escolaridade (pontuação <18 indica declínio cognitivo, ≥ 18 sem declínio cognitivo); 9 ou mais anos de escolaridade (< 26 indica declínio cognitivo, ≥ 26 sem declínio cognitivo).

3.6 Variáveis de estudo

Foram coletadas as seguintes informações: socioeconômico-demográficas, qualidade de vida relacionada à saúde, situação de saúde, força muscular e estado nutricional.

- Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

A qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada por meio do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* (ANEXO B) adaptado para versão brasileira (CICONELLI et al., 1997). Esse instrumento é constituído de 11 questões e 36 itens que englobam oito domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais

(três itens), saúde mental (cinco itens). Além desses domínios há uma questão comparativa sobre a percepção da saúde atual e dos últimos 12 meses. Esses domínios foram agregados em dois grupos: *Physical Component Summary* (PCS), que inclui os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde; e o *Mental Component Summary* (MCS) que avalia os itens vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (STÅHL et al., 2005).

O cálculo dos escores ocorreu em duas etapas conforme as recomendações de Ciconelli et al. (1997): inicialmente foi realizada a ponderação dos dados de cada domínio a partir de valores fixos e estipulados e, em seguida, os valores obtidos foram aplicados na seguinte fórmula:

$$\text{Raw Scale} = \frac{\text{Valor obtido nas questões respondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (score range)}}$$

Os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estipulados nas orientações de Ciconello et al. (1997). Em seguida, os resultados foram adequados aos grupos do PCS e do MCS de acordo com as normas e constantes definidas por Ware, MA, Keller (1993).

Ao término do cálculo o idoso recebeu um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100, o melhor. Assim, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida relacionada à saúde (CICONELLI et al., 1997). A partir do escore obtido os idosos foram classificados da seguinte forma: QVRS ruim (< 50 pontos) e QVRS boa (\geq 50 pontos) (WARE; MA; KELLER, 1993).

- Perfil socioeconômico-demográfico

O perfil socioeconômico-demográfico incluiu informações sobre idade, anos de estudo, renda per capita, nível socioeconômico e número de residentes no domicílio.

A renda foi verificada por meio da resposta à pergunta “qual a soma da renda mensal de todos os moradores do domicílio?”, tendo como opção de resposta: < 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, 3 a 4 salários mínimos, 5 ou mais salários mínimos ou não respondeu. A renda per capita foi calculada somando-se a renda bruta da família e dividindo-se pelo número de pessoas que formavam este

grupo familiar. Para fins estatísticos, os grupos foram dicotomizados em: até um salário-mínimo; e acima de um salário-mínimo.

O nível socioeconômico (NSE) foi obtido por meio do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2018), que verifica os itens de posse da família, os serviços públicos oferecidos, assim como a escolaridade.

Cada informação se refere a um número de pontos que são somados gerando uma pontuação que na escala de estratificação econômica corresponde à classe econômica que o idoso pertence. De acordo com a pontuação os idosos foram classificados como pertencentes às classes A/B (29 a 100 pontos), C (17 a 28 pontos) e D/E (0 a 16 pontos) (ABEP, 2018). Assim, quanto maior a pontuação melhor o NSE.

- Situação de saúde

As informações sobre a situação de saúde consistiram em: número de quedas, sintomas indicativos de depressão, número de doenças crônicas não transmissíveis e risco metabólico.

Número de quedas

Para verificar o número de quedas, o idoso foi questionado se nos 12 meses anteriores à coleta dos dados o mesmo caiu alguma vez. Se a resposta foi positiva, o idoso foi orientado a informar o número de vezes que caiu.

Sintomas indicativos de depressão

Para avaliar os sintomas indicativos de depressão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (ANEXO C) validada por Almeida e Almeida (1999), a qual é composta por 15 perguntas, cada uma com duas alternativas de resposta (sim e não), com valores atribuídos de 0 a 1 ponto, cujo escore (0 a 15 pontos) é obtido mediante o somatório desses pontos. A partir do escore obtido os idosos foram classificados da seguinte forma: não depressivo (0 a 5 pontos), depressão leve (6 a 10 pontos) ou depressão severa (11 a 15 pontos). Assim, quanto maior a

pontuação obtida maior o indício de sintomas indicativos de depressão.

Número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Para verificar o número de doenças crônicas não transmissíveis, foi questionado ao idoso se algum médico ou profissional da saúde informou que ele apresentava alguma das seguintes doenças: hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar de caráter crônico, problemas cardíacos, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, câncer, doença de Parkinson, glaucoma. O número de doenças foi categorizado em nenhuma; uma; duas; e três ou mais.

Risco metabólico

O risco metabólico foi verificado por meio da circunferência da cintura (CC), a qual foi mensurada utilizando as técnicas descritas por Lohman et al. (1988). Para medição da CC, o idoso foi orientado a permanecer ereto, com o abdome relaxado (ao final da expiração), os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas juntas. A medida foi feita no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, sem fazer compressão na pele. Para verificar a presença de risco metabólico foram adotados os seguintes pontos de corte: $CC \geq 102$ cm para homens e $CC \geq 88$ cm para mulheres (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Assim, quanto maior o valor da CC maior o risco metabólico.

- Estado nutricional

O estado nutricional foi verificado por meio do índice de massa corporal (IMC), perímetro da panturrilha (PP) e área de gordura do braço (AGB).

Para o cálculo do IMC ($\text{peso}/\text{estatura}^2$) foram aferidos o peso e a estatura, de acordo com as técnicas descritas em Lohman et al. (1988). Para a mensuração do peso, foi utilizada uma balança portátil digital (TANITA UM080®). A mensuração da estatura foi realizada utilizando o estadiômetro portátil (ALTUREXAT®). Para a análise do IMC os idosos foram classificados da seguinte forma: baixo peso ($IMC < 23 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($23 \geq IMC < 28 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($28 \geq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) e

obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 2000). Assim, quanto menor o IMC maior o indicativo de desnutrição e quanto maior o IMC, maior o indicativo de obesidade.

O perímetro da panturrilha (PP) foi mensurado utilizando as técnicas descritas em Lohman et al. (1988). Foram adotados os seguintes pontos de corte para a classificação do PP, sendo considerado não adequado (massa muscular diminuída): $PP \leq 34 \text{ cm}$ para homens e $PP \leq 33 \text{ cm}$ para mulheres (PAGOTTO et al., 2018). Valores menores do PP são indicativos de massa muscular diminuída e valores maiores de massa muscular adequada.

Para o cálculo da área de gordura do braço (AGB), foram aferidas a circunferência do braço (CB) e a dobra cutânea tricipital (DCT) utilizando as técnicas descritas por Lohman et al.(1988). Para a mensuração da DCT foi utilizado o compasso *Lange*®.

O cálculo da AGB foi realizado a partir da equação citada por Frisancho (1990):

$$[AGB (cm^2)] = \frac{[CB (cm)]^2}{4\pi} - \frac{[CB (cm) - (\pi \times DCT (cm))]^2}{4\pi}$$

A classificação da AGB foi feita com base em valores distribuídos em percentis (P), de acordo com o sexo, descritos por Menezes e Marucci (2007). Dessa forma, foram classificados da seguinte forma: insuficiência ($\leq P25$), eutrofia ($> P25$ e $< P75$) e excesso ($\geq P75$). Assim, valores baixos da AGB são indicativos de insuficiência muscular e valores altos da AGB de excesso de muscular.

- Força muscular

A força muscular foi verificada por meio da força de preensão manual (FPM) e do teste de sentar e levantar.

Força de preensão manual (FPM)

A força de preensão manual foi aferida com a utilização de um dinamômetro ajustado para o tamanho das mãos de cada idoso, com base nas técnicas propostas por Rantanen et al. (1998). Inicialmente, o idoso foi questionado sobre o braço considerado por ele como o de maior força, sendo esta informação anotada (APÊNDICE A).

Para a execução do teste o idoso permaneceu sentado, com o cotovelo apoiado em uma mesa, antebraço estendido à frente e palma da mão para cima. Foi então solicitado que ele exercesse a maior força de preensão possível. Este procedimento foi realizado três vezes, com um intervalo entre as execuções (1 minuto), sendo considerada a média como valor final. Aqueles indivíduos submetidos a alguma cirurgia no braço ou na mão de maior força nos três meses anteriores à coleta dos dados foram excluídos do teste. Para avaliar o desempenho neste teste foi utilizada a classificação proposta por Barbosa et al. (2005), que considera os valores (kg) distribuídos em percentis, de acordo com o sexo: ruim (\leq P25), regular ($>$ P25 e \leq P75) e boa ($>$ P75). Valores baixos da FPM são indicativos de força muscular ruim e valores altos são indicativos de força muscular boa.

Teste de sentar e levantar

O teste de sentar e levantar foi realizado para avaliação da força dos membros inferiores de acordo com o protocolo proposto por Rikli e Jones (1999). Para realização do teste foi utilizada uma cadeira sem apoio para os braços. O idoso foi posicionado sentado na metade do assento da cadeira, com a coluna ereta, os pés apoiados no chão e os braços cruzados contra o tórax. Ao sinal de “já”, o idoso se levantava, ficando totalmente em pé e depois retornava à posição completamente sentada. O idoso foi encorajado a sentar e levantar completamente durante 30 segundos. O resultado foi determinado pelo número total de execuções corretas num intervalo de 30 segundos. Caso o idoso estivesse no meio da elevação no final dos 30 segundos, contou-se esta como uma execução (RIKLI; JONES, 1999). O ponto de corte para determinar a força dos membros inferiores inadequada foi de acordo com a faixa etária e o sexo: 60 a 70 anos: $<$ 11 repetições para mulheres e $<$ 12 repetições para homens; mais de 70 anos: $<$ 6 repetições para mulheres e $<$ 10 repetições para homens (RIKLI; JONES, 1999). Assim, quanto menor o número de repetições menor é a força muscular em MMII e quanto maior o número de repetições maior é a força muscular em MMII.

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi precedida por um estudo piloto realizado em setembro de 2019 com idosos moradores da comunidade quilombola Pedra D'água em Ingá/PB, para adequação logística e metodológica, caso fosse necessário. A amostra do estudo piloto foi composta por 18 idosos, o equivalente a 28% dos idosos residentes na comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos.

Para a coleta de dados em Caiana dos Crioulos, foi solicitada ao representante da comunidade quilombola e à Agente Comunitária de Saúde responsável uma lista dos idosos cadastrados na associação e que residiam na comunidade. Em seguida, foi organizado um cronograma para que os idosos fossem convidados a se dirigirem à sede da associação de moradores em dias e horários predeterminados. A Agente Comunitária de Saúde realizou um chamamento dos idosos quilombolas presentes na lista, convidando-os a participar da pesquisa.

Os idosos que atenderam ao chamamento foram apresentados aos métodos e objetivos e importância da pesquisa e, após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e seguiram para a coleta de dados. Para os idosos que não compareceram, foi realizada mais uma tentativa de chamamento pela Agente Comunitária de Saúde. Para os idosos que não atenderam aos chamamentos foram realizadas visitas domiciliares com a possibilidade de duas visitas de retorno, caso o idoso não estivesse presente. Aqueles idosos que não foram encontrados em nenhuma das visitas foram considerados perda.

3.8 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*. Os dados foram submetidos à dupla entrada, cuja validação foi verificada com a ferramenta "validate", do programa estatístico *Epi Info 7.2*. Para verificar associação entre as variáveis foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. Ajustou-se um modelo de regressão linear bivariada e múltipla. Para elaboração do modelo final da regressão múltipla foram consideradas as variáveis cujo p-valor foi menor que 0,20 ($p < 0,20$) na regressão bivariada. Ao final, foram consideradas relevantes aquelas variáveis com o nível de significância

de 5% ($p < 0,05$).

Para verificar a existência de correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, teste não paramétrico e de distribuição assimétrica, adotando o intervalo de confiança de 95%. As análises, os modelos de regressão e o teste de correlação foram realizados com o auxílio do software estatístico *R* versão 3.3 (R CORE TEAM, 2019).

3.9 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) (Parecer número 3.459.657) (ANEXO D). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), segundo Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

4.1. Artigo*: Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola do estado da Paraíba.

* Elaborado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Estudos de População

FATORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DA PARAÍBA

Resumo

Objetivo. Avaliar fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba. **Metodologia.** Estudo transversal, realizado com idosos de ambos os sexos, residentes na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, cadastrados no E-SUS como residentes dessa comunidade. A variável dependente é a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e as independentes são: perfil socioeconômico-demográfico, situação de saúde, estado nutricional, força muscular. Foi realizada correlação de *Spearman*, regressão linear simples e múltipla (IC95%; $p < 0,05$) para verificar a relação entre as variáveis. Esta pesquisa segue os preceitos éticos da Resolução 466/2012. **Resultados.** Foram avaliados 45 idosos (66,6% mulheres), com média etária de 71,3 anos, dos quais 42,2% apresentaram QVRS ruim no componente físico e 44,4% no componente mental. Os sintomas indicativos de depressão, o número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o teste sentar e levantar explicaram, conjuntamente, 37% ($R^2=0,379$, $p < 0,05$) da QVRS ruim. **Conclusão.** Os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o teste sentar e levantar estão relacionadas à QVRS ruim dessa população no componente físico. Sugere-se o incentivo a hábitos que possibilitem redução da ocorrência e controle de doenças físicas e psicológicas, bem como a manutenção da força muscular.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Grupos de Risco. Nível de Saúde. Qualidade de Vida.

FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF LIFE ELDERLY PEOPLE FROM A QUILOMBOLA COMMUNITY OF PARAÍBA

Abstract

Objectives. Evaluate factors related to the quality of life of the elderly in a quilombola community in Paraíba. **Methodology.** Cross-sectional study, conducted with elderly people of both sexes, residents of the Quilombola community Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, Brazil, registered in the E-SUS as residents of that community. The dependent variable is health-related quality of life (HRQOL) and the independent ones are:

socioeconomic-demographic profile, health status, nutritional status, muscle strength. Spearman correlation, simple and multiple linear regression (CI 95%; $p < 0.05$) were performed to verify the relationship between the variables. This research follows the ethical precepts of Resolution 466/2012. **Results.** Forty-five elderly (66.6% women) were evaluated, with a mean age of 71.3 years, of which 42.2% had poor HRQOL in the physical component and 44.4% in the mental component. Symptoms indicative of depression, the number of chronic non-communicable diseases (NCDs) and the sitting-rising test together explained 37% ($R^2 = 0.379$, $p < 0.05$) of poor HRQOL. **Conclusion.** Symptoms indicative of depression, the number of CNCDs and the sitting and rising test are related to poor HRQL in this population in the physical component. It is suggested to encourage habits that make it possible to reduce the occurrence and control of physical and psychological diseases, as well as maintain muscle strength.

Keywords: Health of the Elderly. Risk Groups. Health Status. Quality of Life.

FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS EN UNA COMUNIDAD QUILOMBOLA DE PARAÍBA

Resumen

Objetivo. Evaluar factores relacionados con la calidad de vida de los ancianos en una comunidad quilombola de Paraíba. **Metodología.** Estudio transversal, realizado con ancianos de ambos sexos, residentes de la comunidad quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, Brasil, registrados en el E-SUS como residentes de dicha comunidad. La variable dependiente es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y las independientes son: perfil socioeconómico-demográfico, estado de salud, estado nutricional, fuerza muscular. Se realizó correlación de Spearman, regresión lineal simple y múltiple (IC 95%; $p < 0,05$) para verificar la relación entre las variables. Esta investigación sigue los preceptos éticos de la Resolución 466/2012. **Resultados.** Se evaluaron 45 ancianos (66,6% mujeres), con una edad media de 71,3 años, de los cuales el 42,2% presentaba mala CVRS en el componente físico y el 44,4% en el componente mental. Los síntomas indicativos de depresión, el número de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la prueba de sentarse y levantarse explicaron juntos el 37% ($R^2 = 0,379$, $p < 0,05$) de la mala CVRS. **Conclusión.** Los síntomas indicativos de depresión, el número de ECNT y la prueba de sentarse y levantarse están relacionados con una mala CVRS en esta población en el

componente físico. Se sugiere fomentar hábitos que permitan reducir la ocurrencia y el control de enfermedades físicas y psicológicas, así como mantener la fuerza muscular.

Palabras clave: Salud del Anciano. Grupos de Riesgo. Estado de Salud. Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo progressivo e dinâmico, cujas modificações morfológicas, fisiológicas, funcionais e bioquímicas tornam o idoso mais vulnerável a doenças e agravos à saúde (SOUZA et al., 2007), podendo tornar o processo delicado e doloroso, uma vez que afetam aspectos sociais, econômicos, familiares e de saúde pública (ROCHA, 2018), por conseguinte a qualidade de vida (ESTEVE-CLAVERO et al., 2018; CAMELO et al., 2016). A qualidade de vida (QV) se refere à manutenção da saúde nos aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais (SUÍÇA, 1991), abrangendo a percepção sobre posição na vida, nível de dependência, contexto cultural e sistema de valores (WHOQOL, 1995).

Devido à existência de múltiplas dimensões referentes à QV, desenvolve-se o termo de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (GUYATT et al., 1993), que consiste na valorização subjetiva que o indivíduo faz de diferentes aspectos da sua vida em relação ao estado de saúde (GUITERAS; BAYÉS, 1993). Estudos têm mostrado elevada prevalência de qualidade de vida ruim na população idosa (ESTEVE-CLAVERO et al., 2018; PAIVA, 1993; SOUSA et al., 2018; INOCENTE et al. 2012).

Esta prevalência elevada é preocupante, tendo em vista que uma QV ruim está intimamente ligada à perda da saúde que, portanto, indica uma considerável desvantagem nessa fase da vida¹⁰⁰. Neste contexto, observa-se a importância de avaliar os fatores relacionados à qualidade de vida em idosos. Estudos têm

mostrado que diferentes fatores influenciam a qualidade de vida de idosos, dentre eles, a situação socioeconômico-demográfica (PIMENTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; DAWALIBI et al., 2014; CAMELO et al., 2016; FERREIRA, 2019; NERI et al., 2018), a força muscular (MARTINS et al., 2019; ROCHA; COSTA, 2018), a capacidade funcional (CAMELO et al., 2016; NERI et al., 2018; FEITOR et al., 2017; ALMEIDA et al., 2017), o estado nutricional (FERREIRA, 2019; RODRIGUES et al., 2010; GARCIA et al., 2016), o número de doenças crônicas (PIMENTA et al., 2008; DAWALIBI et al., 2014; CAMELO et al., 2016; FEITOR et al., 2017), a ocorrência de quedas (STIVAL et al., 2014; VIEIRA et al., 2014; PEIXOTO et al., 2008), a autopercepção de saúde (MIRANDA, 2014; ALMEIDA et al., 2017) e a depressão (PIMENTA et al., 2008; RODRIGUES et al., 2018; GODOY; ADAMI, 2019).

Diante disso, observa-se que a saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva e que determinam o acesso a bens e serviços de saúde (BRASIL, 2016). Além disso, as desigualdades em saúde estão diretamente relacionadas à questão étnico-racial, agravando-se em indivíduos de cor de pele preta e parda, e indígenas (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; RISCADO et al., 2010).

Neste contexto étnico-racial, inserem-se as comunidades quilombolas, símbolo da resistência à escravidão no Brasil, as quais são compostas por negros descendentes de escravos que apresentam cultura própria e forte vínculo com a terra (BRASIL, 2007; VIEIRA; MONTEIRO, 2013). Ao longo dos anos o Ministério da Saúde e a Presidência da República têm implantado Programas e Políticas Públicas destinadas à promoção da equidade e à melhoria das condições e dos modos de viver dos indivíduos⁷⁶, assim como ao reconhecimento das necessidades específicas de populações vulneráveis, como é o caso da população idosa, visando recuperar,

manter e promover a autonomia e a independência destes indivíduos⁷⁷, e da população negra⁷⁸ e quilombola⁷⁹, no enfrentamento do racismo institucional no SUS, o qual incide negativamente nos indicadores de saúde dessas populações⁷⁸.

Assim, justifica-se o desenvolvimento de estudos que abordem o estudo da qualidade de vida em idosos quilombolas, de forma a contribuir para uma melhor assistência a essa população em vulnerabilidade, visto que o princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde tem encontrado barreiras para o total acompanhamento do processo saúde-doença nessa população desde a implantação da Política Nacional da Pessoa idosa⁷⁷. As Comunidades Remanescentes Quilombolas (CRQs) constituem uma dessas populações em vulnerabilidade, que apresentam a necessidade da realização de pesquisas epidemiológicas que avaliem as condições de vida e saúde dessas comunidades (VELTEN et al., 2013), como é o caso da qualidade de vida (SARDINHA et al., 2019; SANTOS et al., 2016). Poucos estudos foram encontrados na literatura científica consultada que avaliaram a QVRS de idosos quilombolas, os quais ainda não são capazes de fornecer todas as respostas quanto às condições de saúde da população idosa dessas comunidades (KALACHE, 1987; PIMENTA et al. 2008; STIVAL et al., 2014; MIRANDA, 2014; ESTEVE-CLAVERO et al., 2018; PAIVA et al., 2016).

Estudar populações quilombolas envolve compreender que a etnia influencia diretamente a condição de vida e de saúde dessa população (BEZERRA et al., 2015; BARATA et al., 2007) que, conseqüentemente, influenciam a qualidade de vida do idoso (PIMENTA et al. 2008; STIVAL et al., 2014; MIRANDA, 2014; DAWALIBI et al., 2014; CAMELO et al., 2016; FERREIRA, 2019; NERI et al., 2018; FEITOR et al., 2017; ALMEIDA et al., 2017; RODRIGUES et al., 2010; GARCIA et al., 2016; VIEIRA et al., 2014; PEIXOTO et al., 2008; RODRIGUES et al., 2018;

GODOY; ADAMI, 2019). Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Abordagem multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba”. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico e de abordagem quantitativa.

A população deste estudo é constituída por todos os idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, residentes na Comunidade Quilombola de Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande – PB, e que estavam cadastrados no E-SUS como residentes dessa comunidade. O número obtido por meio do sistema foi de 64 idosos, no entanto, após consulta à Agente Comunitária de Saúde (ACS), verificou-se que dos idosos cadastrados, nove não residiam mais na comunidade ou se tratavam de pessoas com menos de 60 anos, resultando, assim, em 55 idosos residentes na comunidade quilombola.

Foram incluídos aqueles idosos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, cadastrados no E-SUS como residentes da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos e que residiam na comunidade à época do estudo. Foram excluídos aqueles idosos ausentes do quilombo durante o período da coleta de dados; que apresentavam deficiência auditiva grave não corrigida, que impossibilitasse a aplicação do questionário; acamados ou que apresentavam

debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, de forma a impossibilitar a sua participação nos testes físicos; e com declínio cognitivo.

Os idosos com declínio cognitivo foram identificados por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), o qual apresenta uma pontuação que pode variar de zero a 30 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994). Os pontos de corte foram definidos de acordo com a escolaridade, os quais foram propostos por Bertolucci et al. (1994): analfabetos (pontuação <13 indica declínio cognitivo, ≥ 13 sem declínio cognitivo); 1 a 8 anos de escolaridade (pontuação <18 indica declínio cognitivo, ≥ 18 sem declínio cognitivo); 9 ou mais anos de escolaridade (< 26 indica declínio cognitivo, ≥ 26 sem declínio cognitivo).

Coleta de dados

A coleta de dados foi precedida por um estudo piloto realizado em setembro de 2019 com idosos moradores da comunidade quilombola Pedra D'água em Ingá/PB, para adequação logística e metodológica, caso fosse necessário. A amostra do estudo piloto foi composta por 18 idosos, o equivalente a 28% dos idosos residentes na comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos.

Para a coleta de dados em Caiana dos Crioulos, foi solicitada ao representante da comunidade quilombola e à Agente Comunitária de Saúde responsável uma lista dos idosos cadastrados na associação e que residiam na comunidade. Em seguida, foi organizado um cronograma para que os idosos fossem convidados a se dirigirem à sede da associação de moradores em dias e horários predeterminados. A Agente Comunitária de Saúde realizou um chamamento dos idosos quilombolas presentes na lista, convidando-os a participar da pesquisa.

Os idosos que atenderam ao chamamento foram apresentados aos métodos e objetivos e importância da pesquisa e, após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seguiram para a coleta de dados. Para os idosos que não compareceram, foi realizado mais uma tentativa de chamamento pela Agente Comunitária de Saúde. Para os idosos que não atenderam aos chamamentos foram realizadas visitas domiciliares com a possibilidade de duas visitas de retorno, caso o idoso não estivesse presente. Aqueles idosos que não foram encontrados em nenhuma das visitas foram considerados perda.

Foram coletadas as seguintes informações: socioeconômico-demográficas, qualidade de vida relacionada à saúde, situação de saúde, força muscular e estado nutricional.

A qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada por meio do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* adaptado para versão brasileira (CICONELLI et al., 1997). Esse instrumento é constituído de 11 questões e 36 itens que englobam oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. Além destes domínios há uma questão comparativa sobre a percepção da saúde atual e dos últimos 12 meses. Esses domínios são agregados em dois grupos: *Physical Component Summary (PCS)*, que inclui os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde; e o *Mental Component Summary (MCS)* que avalia os itens vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (STÅHL et al., 2005).

O cálculo dos escores ocorreu em duas etapas conforme as recomendações de Ciconelli et al. (1997): inicialmente foi realizada a ponderação dos dados de cada domínio a partir de valores fixos e estipulados e, em seguida, os valores obtidos

foram aplicados na seguinte fórmula:

$$\text{Raw Scale} = \frac{\text{Valor obtido nas questões respondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação (score range)}} \times 100$$

Os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estipulados nas orientações de Ciconello et al. (1997). Em seguida, os resultados foram adequados aos grupos do PCS e do MCS de acordo com as normas e constantes definidas por Ware, MA, Keller (1993).

Ao término do cálculo o idoso recebeu um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100, o melhor. Assim, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida relacionada à saúde (CICONELLI et al., 1997). A partir do escore obtido os idosos foram classificados da seguinte forma: QVRS ruim (< 50 pontos) e QVRS boa (≥ 50 pontos) (WARE et al., 2018) em ambos os domínios.

O perfil socioeconômico-demográfico incluiu informações sobre idade, anos de estudo, renda per capita, nível socioeconômico e número de residentes no domicílio.

A renda foi verificada por meio da resposta à pergunta “qual a soma da renda mensal de todos os moradores do domicílio?”, tendo como opção de resposta: < 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, 3 a 4 salários mínimos, 5 ou mais salários mínimos ou não respondeu. A renda per capita foi calculada somando-se a renda bruta da família e dividindo-se pelo número de pessoas que formavam este grupo familiar. Para fins estatísticos, os grupos foram dicotomizados em: até um salário-mínimo; e acima de um salário-mínimo.

O nível socioeconômico (NSE) foi obtido por meio do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2018), que verifica os itens de posse da família, os serviços públicos oferecidos, assim como a escolaridade. Cada informação se refere a um número de pontos que são somados gerando uma pontuação que na escala de estratificação econômica corresponde à classe econômica que o idoso pertence. De acordo com a pontuação os idosos foram classificados como pertencentes às classes A/B (29 a 100 pontos), C (17 a 28 pontos) e D/E (0 a 16 pontos) (ABEP, 2018). Assim, quanto maior a pontuação melhor o NSE.

As informações sobre a situação de saúde consistiram em: número de quedas, sintomas indicativos de depressão, número de doenças crônicas não transmissíveis e risco metabólico.

Para verificar ao número de quedas, o idoso foi questionado se nos 12 meses anteriores à coleta dos dados o mesmo caiu alguma vez. Se a resposta foi positiva, o idoso foi orientado a informar o número de vezes que caiu.

Para avaliar os sintomas indicativos de depressão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) validada por Almeida e Almeida (1999), a qual é composta por 15 perguntas, cada uma com duas alternativas de resposta (sim e não), com valores atribuídos de 0 a 1 ponto, cujo escore (0 a 15 pontos) é obtido mediante o somatório desses pontos. A partir do escore obtido os idosos foram classificados da seguinte forma: não depressivo (0 a 5 pontos), depressão leve (6 a 10 pontos) ou depressão severa (11 a 15 pontos). Assim, quanto maior a pontuação obtida maior o índice de sintomas indicativos de depressão.

Para verificar o número de doenças crônicas não transmissíveis, foi questionado ao idoso se algum médico ou profissional da saúde informou que ele

apresentava alguma das seguintes doenças: hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar de caráter crônico, problemas cardíacos, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, câncer, doença de Parkinson, glaucoma. O número de doenças foi categorizado em nenhuma; uma; duas; e três ou mais.

O risco metabólico foi verificado por meio da circunferência da cintura (CC), a qual foi mensurada utilizando as técnicas descritas por Lohman et al. (1988). Para verificar a presença de risco metabólico foram adotados os seguintes pontos de corte: $CC \geq 102$ cm para homens e $CC \geq 88$ cm para mulheres (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Assim, quanto maior o valor da CC maior o risco metabólico.

O estado nutricional foi verificado por meio do índice de massa corporal (IMC), perímetro da panturrilha (PP) e área de gordura do braço (AGB).

Para o cálculo do IMC ($\text{peso}/\text{estatura}^2$) foram aferidos o peso e a estatura, de acordo com as técnicas descritas em Lohman et al. (1988). Para a mensuração do peso, foi utilizada uma balança portátil digital (TANITA UM080®). A mensuração da estatura foi realizada utilizando o estadiômetro portátil (ALTUREXAT®). Para a análise do IMC os idosos foram classificados da seguinte forma: baixo peso ($IMC < 23 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($23 \geq IMC < 28 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($28 \geq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 2000). Assim, quanto menor o IMC maior o indicativo de desnutrição e quanto maior o IMC, maior o indicativo de obesidade.

O perímetro da panturrilha (PP) foi mensurado utilizando as técnicas descritas em Lohman et al. (1988). Foram adotados os seguintes pontos de corte para a classificação do PP, sendo considerado não adequado (massa muscular diminuída): $PP \leq 34$ cm para homens e $PP \leq 33$ cm para mulheres (PAGOTTO et al., 2018). Valores menores do PP são indicativos de massa muscular diminuída e valores maiores de massa muscular adequada.

Para o cálculo da área de gordura do braço (AGB), foram aferidas a circunferência do braço (CB) e a dobra cutânea tricipital (DCT) utilizando as técnicas descritas por Lohman et al. (1988). Para a mensuração da DCT foi utilizado o compasso *Lange*®.

O cálculo da AGB foi realizado a partir da equação citada por Frisancho (1990):

$$[AGB (cm^2)] = \frac{[CB (cm)]^2}{4\pi} - \frac{[CB (cm) - (\pi \times DCT (cm))]^2}{4\pi}$$

A classificação da AGB foi feita com base em valores distribuídos em percentis (P), de acordo com o sexo, descritos por Menezes e Marucci (2007). Dessa forma, foram classificados da seguinte forma: insuficiência (\leq P25), eutrofia ($>$ P25 e $<$ P75) e excesso (\geq P75). Assim, valores baixos da AGB são indicativos de insuficiência muscular e valores altos da AGB de excesso de muscular.

A força muscular foi verificada por meio da força de preensão manual (FPM) e do teste de sentar e levantar.

A força de preensão manual foi aferida com a utilização de um dinamômetro ajustado para o tamanho das mãos de cada idoso, com base nas técnicas propostas por Rantanen et al. (1998). Inicialmente, o idoso foi questionado sobre o braço considerado por ele como o de maior força, sendo esta informação anotada. Aqueles indivíduos submetidos a alguma cirurgia no braço ou na mão de maior força nos três meses anteriores à coleta dos dados foram excluídos do teste. Para avaliar o desempenho neste teste foi utilizada a classificação proposta por Barbosa et al. (2005), que considera os valores (kg) distribuídos em percentis, de acordo com o sexo: ruim (\leq P25), regular ($>$ P25 e \leq P75) e boa ($>$ P75). Valores baixos da FPM

são indicativos de força muscular ruim e valores altos são indicativos de força muscular boa.

O teste de sentar e levantar foi realizado para avaliação da força dos membros inferiores de acordo com o protocolo proposto por Rikli e Jones (1999). O ponto de corte para determinar a força dos membros inferiores inadequada foi de acordo com a faixa etária e o sexo: 60 a 70 anos: < 11 repetições para mulheres e < 12 repetições para homens; mais de 70 anos: < 6 repetições para mulheres e < 10 repetições para homens (RIKLI; JONES, 1999). Assim, quanto menor o número de repetições menor é a força muscular em MMII e quanto maior o número de repetições maior é a força muscular em MMII.

Procedimentos estatísticos

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*. Os dados foram submetidos à dupla entrada, cuja validação foi verificada com a ferramenta “validate”, do programa estatístico *Epi Info 7.2*. Para verificar associação entre as variáveis foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. Ajustou-se um modelo de regressão linear bivariada e múltipla. Para elaboração do modelo final da regressão múltipla foram consideradas as variáveis cujo p-valor foi menor que 0,20 ($p < 0,20$) na regressão bivariada. Ao final, foram consideradas relevantes aquelas variáveis com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para verificar a existência de correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, teste não paramétrico e de distribuição assimétrica, adotando o intervalo de confiança de

95%. As análises, os modelos de regressão e o teste de correlação foram realizados com o auxílio do software estatístico *R* versão 3.3 (R CORE TEAM, 2019).

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) (Parecer número 3.459.657). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Dos 55 idosos residentes na comunidade quilombola, 4 recusaram a participação da pesquisa, 2 não foram encontrados em seus domicílios nas duas visitas realizadas, 3 foram excluídos segundo o critério do MEEM e 1 idoso foi excluído por não conseguir executar os testes físicos. Assim, foram avaliados 45 idosos, com média etária de 71,3 anos, cuja idade variou de 60 a 92 anos.

Dentre os idosos avaliados, 42,2% apresentaram QVRS ruim no componente físico e 44,4% no componente mental. Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos idosos quilombolas de acordo com a qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico e mental, segundo as variáveis avaliadas. A maior proporção dos idosos que apresentavam qualidade de vida relacionada à saúde ruim no componente físico era do sexo feminino (43,3%), apresentava idade entre 60 e 70

anos (45,8%), tinha acima de dois anos de estudo (66,7%), morava em domicílios com dois ou mais residentes no domicílio (52,6%), ganhava mais de um salário mínimo (45,7%), era da classe D/E (42,9%), referiu uma ou mais quedas (53,8%), apresentava sintomas indicativos de depressão (80%), referiu três ou mais DCNT (71,4%), apresentava risco metabólico (48%), baixo peso (50%), PP não adequada (47,8%), AGB eutrófica (45,8%), FPM regular (46,7%) e força inadequada em MMII (53,8%).

A maior proporção dos idosos que apresentavam qualidade de vida relacionada à saúde ruim no componente mental era do sexo masculino (53,3%), apresentava idade entre 60 e 70 anos (50%), tinha de um a dois anos de estudo (52,9%), morava em domicílios com dois ou mais residentes (52,6%), ganhava mais de um salário mínimo (45,7%), era da classe D/E (45,2%), referiu nenhuma queda (46,9%), não apresentava sintomas indicativos de depressão (45%), referiu duas DCNT (63,6%), apresentava risco metabólico (48%), eutrofia (60%), PP não adequada (47,8%), AGB eutrófica (54,2%), FPM regular (46,7%) e força inadequada em MMII (57,7%) (Tabela 1).

TABELA 1
Distribuição dos idosos quilombolas de acordo com a qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico e mental, segundo a QVRS no componente físico e no componente mental.

Alagoa Grande, Brasil, 2019.

Variáveis	QVRS Componente Físico			QVRS Componente Mental		
	Boa	Ruim	<i>p</i>	Boa	Ruim	<i>p</i>
	Sexo			0,831		
	Feminino	56,7%	43,3%	60%	40%	
	Masculino	60%	40%	46,7%	53,3%	
Idade			0,824			0,616

	60 a 70 anos	54,2%	45,8%	50%	50%
	Mais de 70 anos	61,9%	38,1%	61,9%	38,1%
Anos de estudo				0,570	0,719
	Nunca estudou	64%	36%	60%	40%
	Um a dois anos	52,9%	47,1%	47,1%	52,9%
	Acima de dois anos	33,3%	66,7%	66,7%	33,3%
Número de residentes no domicílio				0,366	0,521
	Um	65,4%	34,6%	61,5%	38,5%
	Dois ou mais	47,4%	52,6%	47,4%	52,6%
Renda				0,480	0,749
	Até um salário mínimo	70%	30%	60%	40%
	Acima de um salário mínimo	54,3%	45,7%	54,3%	45,7%
NSE				0,816	0,584
	A/B	0%	0%	0%	0%
	C	66,7%	33,3%	66,7%	33,3%
	D/E	57,1%	42,9%	54,8%	45,2%
Número de quedas				0,500	0,854
	Nenhuma	62,5%	37,5%	53,1%	46,9%
	Uma ou mais	46,2%	53,8%	61,5%	38,5%
Sintomas indicativos de depressão				0,192	1
	Sem sintomas	62,5%	37,5%	55%	45%
	Com sintomas	20%	80%	60%	40%
Número de DCNT				0,359	0,491
	Nenhuma	70%	30%	70%	30%

	Uma	64,7%	35,3%	58,8%	41,2%
	Duas	54,5%	45,5%	36,4%	63,6%
	Três ou mais	28,6%	71,4%	57,1%	42,9%
Risco metabólico				0,566	0,814
	Sem risco metabólico	65%	35%	60%	40%
	Com risco metabólico	52%	48%	52%	48%
IMC				0,965	0,201
	Baixo peso	50%	50%	80%	20%
	Eutrofia	60%	40%	40%	60%
	Sobrepeso	66,7%	33,3%	66,7%	33,3%
	Obesidade	58,3%	41,7%	58,3%	41,7%
PP				0,633	0,867
	Adequada	63,6%	36,4%	59,1%	40,9%
	Não adequada	52,2%	47,8%	52,2%	47,8%
AGB				0,824	0,270
	Insuficiência	61,9%	38,1%	66,7%	33,3%
	Eutrofia	54,2%	45,8%	45,8%	54,2%
	Excesso	0%	0%	0%	0%
FPM				0,915	1
	Boa	0%	0%	0%	0%
	Regular	53,3%	46,7%	53,3%	46,7%
	Ruim	60%	40%	56,7%	43,3%
Teste de sentar e levantar				0,123	0,073
	Força adequada	73,7%	26,3%	73,7%	26,3%

em MMII

Força
inadequada em MMII 46,2% 53,8% 42,3% 57,7%

QVRS: Qualidade de vida relacionada à saúde; NSE: nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; IMC: índice de massa corporal; PP: perímetro da panturrilha; AGB: área de gordura do braço; FPM: força de prensão manual.

Na tabela 2 são apresentados os valores referentes à média, desvio-padrão, mediana, valor máximo, valor mínimo, 1º quartil e 3º quartil das variáveis estudadas. A qualidade de vida relacionada à saúde obteve média dos valores de 856,7 no PCS e de 51,1 no MCS.

TABELA 2
Média, mediana, valor mínimo, valor máximo, desvio-padrão, das variáveis avaliadas.
Alagoa Grande, Brasil, 2019.

Variáveis	Média	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	1º quartil	3º quartil	Desvio-padrão
QVRS PCS (pontos)	856,7	950	100	1050	750	1050	248,3
QVRS MCS (pontos)	51,1	50	50	60	50	50	3,2
Idade (anos)	71,3	70	60	92	66	75	7,3
Anos de estudo	0,8	0	0	7	0	1	1,5
Número de residentes no domicílio	2,8	2	1	7	2	4	1,5
Renda (R\$)	829,1	665,33	166,33	1996	499	998	491,9
NSE (pontos)	12,6	12	7	22	11	14	3,0
Número de quedas	0,4	0	0	2	0	1	0,7
Sintomas indicativos de depressão (pontos)	3,4	3	1	11	2	4	2,3
Número de	1,4	1	0	5	1	2	1,2

DCNT							
Risco metabólico (cm)	92,7	93	62,46	121,8	85	101,8	12,4
IMC (kg/m²)	26,8	26,79	17,17	37,38	23,22	30,2	4,8
PP (cm)	33,4	33,8	21,6	40,9	30,7	36,5	4,1
AGB (cm)	26,2	25,6	5,0	74,8	17,9	34,7	14,4
FPM (kgf)	21,7	21,05	6,9	44,15	15,35	26,15	8,73
Teste de sentar e levantar (repetições)	8,2	8	0	14	7	10	2,7

QVRS: Qualidade de vida relacionada à saúde; PCS: Physical Component Summary; MCS: Mental Component Summary; NSE: nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; CC: circunferência da cintura; IMC: índice de massa corporal; PP: perímetro da panturrilha; AGB: área de gordura do braço; FPM: força de preensão manual.

Na tabela 3 são apresentados os resultados do coeficiente de correlação da qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico e mental conforme as variáveis avaliadas. O componente físico apresentou correlação direta com a FPM ($r = 0,307$; $p < 0,039$) e com o teste de sentar e levantar ($r = 0,409$; $p < 0,004$). O componente mental apresentou correlação inversa com a FPM ($r = - 0,397$; $p < 0,006$) e o teste de sentar e levantar ($r = - 0,313$; $p < 0,033$).

TABELA 3
Coeficiente de correlação dos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde, de acordo com as variáveis avaliadas.
Alagoa Grande, Brasil, 2019.

Variáveis	Qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico (PCS)		Qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental (MCS)	
	r (IC 95%)	p-valor	r (IC 95%)	p-valor
Idade (anos)	-0,114 (0,373 – 0,154)	0,443	-0,033 (-0,206 – 0,137)	0,806
Anos de estudo	-0,210 (-0,473 – 0,072)	0,165	0,196 (-0,055 - 0,424)	0,195
Número de residentes no domicílio	-0,097 (-0,393 – 0,223)	0,516	-0,021 (-0,299 – 0,236)	0,825

Renda (R\$)	0,0858 (-0,204 – 0,364)	0,566	0,118 (-0,163 – 0,355)	0,429
NSE (pontos)	0,133 (-0,173 – 0,412)	0,380	-0,011 (-0,252 – 0,260)	0,942
Número de quedas	-0,055 (-0,359 – 0,267)	0,717	0,088 (-0,211 – 0,434)	0,561
Sintomas indicativos de depressão (pontos)	-0,258 (-0,527 – 0,026)	0,086	0,197 (-0,093 - 0,460)	0,194
Número de DCNT	-0,186 (-0,470 – 0,098)	0,21	0,206 (-0,176 – 0,472)	0,164
Risco metabólico (cm)	-0,015 (-0,321 – 0,286)	0,916	0,218 (-0,056 – 0,434)	0,139
IMC (kg/m²)	-0,005 (-0,321 – 0,317)	0,969	0,092 (-0,244 – 0,376)	0,542
PP (cm)	0,174 (-0,110 – 0,477)	0,174	0,106 (-0,174 – 0,350)	0,474
AGB (cm)	-0,071 (-0,356 – 0,223)	0,636	0,144 (-0,215 – 0,438)	0,337
FPM (kgf)	0,307 (-0,032 – 0,553)	0,039	-0,397 (-0,578 – -0,182)	0,006
Teste de sentar e levantar (repetições)	0,409 (0,165 – 0,591)	0,004	-0,313 (-0,499 – -0,093)	0,033

PCS: Physical Component Summary; MCS: Mental Component Summary; NSE: nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; IMC: índice de massa corporal; PP: perímetro da panturrilha; AGB: área de gordura do braço; FPM: força de preensão manual; r: coeficiente de correlação.

Na tabela 4 são apresentados os resultados da análise de regressão linear simples via modelo bivariado, entre a pontuação da qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental e as variáveis independentes avaliadas. É possível observar que houve relação inversa estatisticamente significativa entre o componente físico da QVRS e os sintomas indicativos de depressão ($R^2 = 0,165$, $p = 0,004$) e o número de DCNT ($R^2 = 0,042$, $p = 0,026$). Além disso, houve relação positiva estatisticamente significativa entre o componente físico da QVRS e o teste de sentar e levantar ($R^2 = 0,163$, $p = 0,014$). Também é possível observar que não houve relação estatisticamente significativa entre o componente mental da QVRS e as variáveis estudadas.

TABELA 4

Ajuste do modelo de regressão linear simples via modelo bivariado entre qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental e variáveis independentes em idosos quilombolas.

Alagoa Grande, Brasil, 2019.

Variáveis	Qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico (PCS)				Qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental (MCS)			
	Estimativa β_0 (p-valor)	Estimativa β_1	R ²	p-valor	Estimativa β_0 (p-valor)	Estimativa β_1	R ²	p-valor
Idade (anos)	1042,703 (0,007)	-2,610	0,005	0,882	52,480 (<0,0001)	-0,019	0,001	0,423
Anos de estudo	855,070 (<0,0001)	1,996	0,0001	0,543	0,511 (<0,0001)	6,062 ⁻¹⁶	9,542 ⁻³⁰	0,914
Número de residentes no domicílio	832,45 (<0,0001)	8,65	0,002	0,362	51,377 (<0,0001)	-0,095	0,002	0,414
Renda (R\$)	909,031 (<0,0001)	-0,063	0,015	0,588	0,504 (<0,0001)	0,0007	0,015	0,572
NSE (pontos)	793,151 (<0,0001)	5,041	0,003	0,936	51,433 (<0,0001)	-0,025	0,0005	0,596
Número de quedas	881,96 (<0,0001)	-59,91	0,030	0,380	50,947 (<0,0001)	0,386	0,007	0,743
Sintomas indicativos de depressão (pontos)	1005,00 (<0,0001)	-43,91	0,165	0,005*	50,078 (<0,0001)	0,305	0,048	0,106
Número de DCNT	916,57 (<0,0001)	-41,47	0,042	0,030*	50,298 (<0,0001)	0,562	0,047	0,160
Risco metabólico (cm)	1014,514 (0,0008)	-1,704	0,007	0,639	46,391 (<0,0001)	0,050	0,039	0,690
IMC (kg/m ²)	850,438 (0,0002)	0,232	0,00002	0,257	49,806 (<0,0001)	0,048	0,005	0,200
PP (cm)	675,889 (0,033)	5,415	0,008	0,831	48,085 (<0,0001)	0,090	0,013	0,214
AGB (cm)	914,653 (<0,0001)	-2,215	0,016	0,500	49,814 (<0,0001)	0,049	0,050	0,715
FPM (kgf)	653,435 (<0,0001)	9,626	0,123	0,475	53,630 (<0,0001)	-0,119	0,116	0,111
Teste de sentar e levantar (repetições)	551,85 (<0,0001)	37,17	0,163	0,015*	53,664 (<0,0001)	-0,311	0,070	0,221

PCS: Physical Component Summary; MCS: Mental Component Summary; NSE: nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; IMC: índice de massa corporal; PP: perímetro da panturrilha; AGB: área de gordura do braço; FPM: força de prensão manual; r: coeficiente de correlação; * Nível de significância <0,05; β_0 : intercepto; β_1 : coeficiente angular; R²: coeficiente de determinação.

Na tabela 5 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o componente físico e mental da qualidade de vida. Os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o teste de sentar e levantar explicaram, conjuntamente, 37% ($R^2=0,379$) da QVRS ruim no componente físico. Os sintomas indicativos de depressão ($\beta_1 = - 47,20$) e o número de DCNT ($\beta_1 = - 69,83$) apresentaram efeito significativo inversamente proporcional com a QVRS no componente físico. O teste de sentar e levantar apresentou efeito significativo diretamente proporcional ($\beta_1 = 29,60$) com a QVRS no componente físico. Não foi verificada relação significativa de nenhuma das variáveis estudadas com a QVRS no componente mental.

TABELA 5
Ajuste de regressão linear múltipla via modelo multivariado para estimar a predição das variáveis independentes sobre a qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico e mental em idosos quilombolas.
Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. 2019.

Variáveis		R ²	β_1	Erro padrão	Estatística t	p-valor
		0,379				
Physical Component Summary (PCS)	Intercepto		874,24	129,97	6,727	<0,0001
	Sintomas indicativos de depressão (pontos)		- 47,20	14,24	-3,315	0,001*
	Número de DCNT		- 69,83	25,87	-2,699	0,010*
	Teste de sentar e levantar (repetições)		29,60	11,60	2,553	0,014*
		0,215				
Mental Component Summary (MCS)	Intercepto		50,394	2,874	17,530	<0,0001
	Sintomas indicativos de depressão (pontos)		0,324	0,209	1,547	0,129
	Número de DCNT		0,648	0,392	1,653	0,106
	IMC (kg/m²)		0,025	0,095	0,265	0,792
	FPM (kgf)		- 0,037	0,095	0,389	0,699

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; IMC: índice de massa corporal; FPM: força de preensão manual; * Nível de significância <0,05; R²: coeficiente de determinação; β_1 : coeficiente angular.

DISCUSSÃO

A ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferenças no estado de saúde e no bem-estar, físico e emocional (KALACHE, 1987). Dentre essas múltiplas dimensões da saúde, surge a qualidade de vida relacionada à saúde, que se refere à percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante da enfermidade e das suas consequências, ou seja, sobre como percebe a doença afetando sua condição de vida útil (CRUZ et al., 2018). Estudos realizados com idosos têm mostrado elevada prevalência de qualidade de vida ruim nesta população (ESTEVE-CLAVERO et al., 2018; PAIVA, 1993; SOUSA et al., 2018; INOCENTE et al. 2012). Assim, observa-se a importância de avaliar os fatores associados à qualidade de vida, visto que constituem importantes ferramentas auxiliares no planejamento das políticas públicas, contribuindo para mudanças e melhorias dos serviços (RÔLA et al., 2018).

Neste estudo, a FPM e o teste de sentar e levantar apresentaram correlação direta com a QVRS no componente físico e correlação inversa no componente mental. Por ser de uma população predominantemente rural, o idoso quilombola se mantém ligado principalmente à agricultura familiar e, mesmo após a aposentadoria, continua a desempenhar seu trabalho, mantendo-se produtivo e ativo (RIBEIRO et al., 2017). De acordo com Oliveira et al. (2015) o conceito de saúde para os residentes de comunidades quilombolas parece estar intimamente ligado à força e mobilidade, tendo em vista a necessidade do esforço físico na atividade laboral (OLIVEIRA et al., 2015). Diante disso, é possível que, para o idoso quilombola,

apresentar bom desempenho nos testes de sentar e levantar e de FPM se mostra como um indicativo de que ainda conseguem realizar suas atividades rotineiras, o que faz com que apresentem uma melhor pontuação da qualidade de vida no componente físico.

Por outro lado, a redução da QVRS no componente mental difere com o que diz a literatura, uma vez que a força muscular tem se mostrado benéfica para a saúde mental dos idosos (MARIANO et al., 2013; VITÓRIO et al., 2012). Entretanto, essa relação pode ser justificada pelos desgastes físicos e psicológicos ocasionados pelas exigências do trabalho pesado, para aqueles idosos que, devido às suas condições de vida, se veem forçados a continuarem trabalhando até enquanto durar a funcionalidade do corpo (LOPES et al., 2019).

Dessa forma, a maior dedicação para o trabalho no campo e a deficiência de espaços e equipamentos que possibilitem a prática de atividade física como lazer, representa um maior número de indivíduos inativos fisicamente no lazer, influenciando suas condições de saúde mental e de qualidade de vida (PEGORARI et al., 2015). Esses resultados evidenciam mais uma vez a característica multidimensional da QVRS e a complexidade de se compreender os fatores que explicam esse construto (CAMELO et al., 2016).

Diante disso, torna-se importante a consolidação das diretrizes do Programa Brasil Quilombola, que preconizam o fortalecimento da agricultura familiar, por meio da aquisição prioritária pelo governo de alimentos provenientes das comunidades quilombolas, aumentando o padrão de renda dessas comunidades (BRASIL, 2007). Através do incentivo econômico, pode-se oferecer liberdade, autonomia e tranquilidade aos idosos, que não precisariam mais trabalhar ou trabalhar como antes, ficando livres para passar mais tempo em atividades de lazer (TAVARES et

al., 2011). Além disso, a construção de equipamentos de lazer é um direito estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que, em complemento com as políticas de promoção da atividade física existentes, favorece a adoção de estilo de vida ativo entre os idosos (SOUZA et al., 2013).

Na análise de regressão linear entre as variáveis independentes e o componente físico da qualidade de vida, os sintomas indicativos de depressão, o número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o teste de sentar e levantar foram significativos tanto no modelo bivariado como no modelo múltiplo.

Quanto à regressão linear bivariada, os resultados mostram que houve relação inversa estatisticamente significativa entre o componente físico da QVRS e os sintomas indicativos de depressão. Em estudo realizado por Santos et al. (2016) com 427 idosos quilombolas de 17 comunidades remanescentes de quilombo no município de Vitória da Conquista-BA, houve correlação inversa estatisticamente significativa entre a QVRS no componente físico e a depressão. Em estudo realizado com uma amostra de 400 idosos com mais de 75 anos de idade residentes em uma comunidade de pequeno porte da Espanha, a presença de sintomas de depressão mostrou-se associada a uma pontuação mais baixa no componente físico da qualidade de vida (ESTEVE-CLAVERO et al., 2018). Esses resultados corroboram os achados deste estudo e da revisão de Chequer, Amorim Lima e Mello (2020), a qual evidencia como a depressão afeta a qualidade de vida e o rendimento nas atividades diárias dos idosos, diminuindo o desempenho físico e a autoestima dessa população.

Neste sentido, observa-se a importância do manejo de políticas públicas que visem a prevenção à depressão. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), estratégias de prevenção à depressão são previstas para todas as pessoas, de

ambos os sexos, em qualquer faixa etária, englobando as mais diversas situações e fases da vida. Entretanto, sugere-se a criação ou complementação de políticas, de forma a contemplar o impacto da constituição histórica na população quilombola, uma vez que estes indivíduos sempre estiveram inseridos em um contexto social e cultural distintos.

Dessa forma, um rigoroso acompanhamento individual, adentrando na vida, na história e na família, seja este indivíduo jovem, adulto ou idoso, com o intuito de conhecer suas dificuldades, poderá evitar ou minimizar o desenvolvimento de sintomas depressivos. Além disso, diversos são os instrumentos de avaliação e de testes de triagem existentes, que visam a detecção de distúrbios depressivos, bem como de outros comprometimentos psicológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), os quais poderiam ser utilizados visando facilitar a identificação desse problema dentro do contexto da comunidade quilombola.

Os resultados mostraram, ainda, relação inversa entre a QVRS no componente físico e o número de DCNT. As DCNT são consideradas graves problemas de saúde pública, podendo ocasionar uma série de consequências à saúde do idoso (FEITOR et al., 2017). Em estudo realizado por Buso et al.⁹¹ com 74 idosos residentes da zona rural de Uberaba/MG, a QVRS ruim no domínio físico esteve relacionada ao maior número de morbidades (sete ou mais). Estudo realizado por Camelo, Giatti e Barreto (2016) com 366 idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte / Minas Gerais, a QVRS ruim no domínio físico esteve associada ao maior número de doenças crônicas (quatro ou mais). Esse resultado pode ser explicado porque, com o passar dos anos, o corpo humano diminui sua capacidade produtiva e ocorre o aparecimento de maior número de doenças (OLIVEIRA et al., 2015), muitas vezes acompanhadas de sintomas

incapacitantes (BARROSO et al., 2015). A qualidade de vida dos idosos pode sofrer baixa considerável, caso essa possibilidade de realização motora esteja limitada (SANTOS et al., 2016). Dessa forma, quanto menor o número de doenças, menor a debilidade vivenciada pelo idoso e menor a sua insatisfação com a vida, resultando em uma melhor qualidade de vida.

O Programa Nacional de Saúde à Pessoa Idosa (2006) estimula a implantação de programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos idosos. O Programa define que, de acordo com a condição funcional da pessoa idosa, sejam estabelecidas ações de atenção primária; de prevenção – primária, secundária e terciária –; de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional; de prevenção do declínio funcional; e de recuperação da saúde, estando ações para o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis incluídas nesse processo. Além disso, o Ministério da Saúde, por meio do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011), elaborou importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, como é o caso do Programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011.

Entretanto, esses planos de ação não têm alcançado a comunidade quilombola, especialmente quanto às estratégias do Programa Academia da Saúde, visto que a sua implantação tem ocorrido de forma gradual nos centros urbanos devido a exigência de liberação por emenda parlamentar em períodos específicos para cadastro (BRASIL, 2011, 2021), os quais ainda estão distantes das comunidades quilombolas, tornando-se de difícil acesso aos idosos dessa população. Dessa forma, as estratégias em saúde existentes poderiam ser expandidas, uma vez que, por não serem específicas para populações vulneráveis,

ainda não conseguem alcançar em totalidade a realidade dessas comunidades. Além disso, deve-se insistir no estímulo à prática de atividade física e em estratégias de educação em saúde nas escolas existentes nas comunidades, de forma a orientar, desde jovens, sobre os cuidados necessários para a prevenção de DCNT.

Por fim, os resultados da regressão linear bivariada deste estudo mostraram relação positiva da QVRS no componente físico e o teste de sentar e levantar. Em estudo realizado por Camelo, Giatti e Barreto (2016) com 366 idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte / Minas Gerais, a QVRS ruim no domínio físico esteve associada à inatividade física e a ter estado acamado nos últimos 15 dias. Estudo realizado por Buso et al. (2020) com 74 idosos residentes da zona rural de Uberaba/MG, a QVRS ruim no domínio físico esteve relacionada a incapacidade funcional nas Atividades Básicas da Vida Diária. Esses resultados mostram a influência da debilidade funcional para os idosos, uma vez que problemas de saúde que geram dificuldades na locomoção, no manuseio de instrumentos ou na manutenção e adaptação de posturas nas diferentes tarefas do cotidiano competem para a diminuição da autonomia do indivíduo, principalmente no idoso, com consequências previsíveis para sua qualidade de vida (NAHAS, 2001).

A difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades é defendida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), a qual afirma que preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção. Entretanto, não há descrição desses cuidados específicos em outros documentos destinados à população negra e quilombola, tampouco específicas para cada faixa etária existente (BRASIL, 2007, 2017). Diante dos resultados deste estudo, garantir a autonomia e a independência funcional dos idosos quilombolas possibilitaria uma

melhor qualidade de vida. Neste contexto, a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2018) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) estimulam o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis com programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas que sejam favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver, os quais constituem peças importantes no programa de prevenção das incapacidades físicas e, conseqüentemente, favorecem a qualidade de vida.

Os quilombolas apresentam limitações sociais que afetam a sua qualidade de vida (PIMENTA et al., 2008), podendo contribuir para o aumento da prevalência de depressão, para o aumento do número de doenças e para a redução de suas capacidades físicas (OLIVEIRA et al., 2015). As limitações sociais podem, ainda, interferirem em outras atividades como a prática de exercícios físicos, a aquisição de alimentos e a participação da vida em comunidade (IPP, 2019).

Estas limitações sociais tornam-se ainda mais preocupantes pelo isolamento geográfico e iniquidade racial vivida por essa população (OLIVEIRA et al., 2015). Além disso, pessoas negras com menores rendas, sem acesso à educação e em condições de moradia precárias por falta de acesso a serviços básicos têm se mostrado mais expostas às DCNTs, à depressão e ao tabagismo (BRASIL, 2017). Neste contexto, a redução das desigualdades sociais constitui um dos objetivos do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2017), que considera como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Dessa forma, fica evidente que as dificuldades enfrentadas exigem que os serviços de saúde adaptem as suas realidades às necessidades existentes em cada comunidade sob vulnerabilidade (PEGORARI et al., 2015).

Quanto à regressão linear múltipla, os resultados mostram que as variáveis que influenciam conjuntamente uma maior pontuação da QVRS no componente físico são os sintomas indicativos de depressão e o número de DCNT, que apresentaram efeito significativo inversamente proporcional, e o teste de sentar e levantar que apresentou efeito significativo diretamente proporcional. Assim, a ausência de sintomas indicativos de depressão, o menor número de DCNT e um maior número de repetições no teste de sentar e levantar conjuntamente resultam em uma melhor QVRS no componente físico.

Esses resultados podem ser explicados pela diversidade inerente à qualidade de vida, que apresenta um elemento básico interligado com os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o número de repetições no teste de sentar, que é a capacidade para realizar movimentos corporais de forma eficiente (NAHAS, 2001).

Quanto ao componente mental, não foi verificada relação significativa de nenhuma das variáveis estudadas com a QVRS. Esse resultado difere dos achados de outros estudos (CAMELO et al., 2016; BUSO et al., 2020), os quais têm verificado que o nível de escolaridade, número de DCNT, presença de morbidades e perda da capacidade física apresentam relação significativa com a QVRS no componente mental. O estudo realizado por Camelo, Giatti e Barreto (2016) verificou que a pior QVRS no domínio mental esteve associada negativamente à ausência de escolaridade, diagnóstico médico de quatro ou mais doenças crônicas e ter estado acamado nos últimos 15 dias. Em estudo realizado por Buso et al. (2020) com 74 idosos residentes da zona rural de Uberaba/MG, o domínio mental esteve relacionado ao maior número de morbidades incapacitantes.

Esses resultados mostram que os aspectos funcionais interferem tanto no domínio físico da qualidade de vida como no componente mental ao influenciar no desempenho adequado de funções consideradas importantes pelos indivíduos (CAMELO et al., 2016). Estas funções, uma vez prejudicadas, geram transtornos na participação do idoso na sociedade, interferindo na capacidade do indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos e atividades do seu dia a dia (BUSO et al., 2020).

Para residentes em comunidades vulneráveis como os quilombolas, o conceito de saúde sempre esteve ligado à ausência de doenças (OLIVEIRA et al., 2015), o que pode justificar o resultado divergente deste estudo, uma vez que estes idosos apresentariam um julgamento positivo sobre a sua saúde na ausência de doenças ou quando estas não trouxessem limitações às suas atividades diárias. Por outro lado, a qualidade de vida, em geral, está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e, dessa forma, tende a ser influenciada por diferentes aspectos como estado de saúde, nível socioeconômico, estilo de vida, interação social, suporte familiar e satisfação com a vida (CAMELO et al., 2016).

Considerando a subjetividade do conceito de QVRS e todos os fatores que podem influenciá-la, principalmente quando se avalia através da percepção do indivíduo, os resultados deste estudo sugerem que os idosos podem ter se acostumado a um ambiente de dificuldades, tornando-se comum, o que justificaria a ausência de relação com as variáveis no componente mental. Dessa forma, a qualidade de vida pode ter variações em suas concepções, ocasionando resultados inesperados, como é o caso dos deste estudo. Entretanto, não é apropriado que alguém se acostume a esse tipo de ambiente; tornando necessário insistir na promoção de ações e serviços que estabeleçam a garantia dos direitos a essas comunidades e que sejam capazes de identificar os problemas ainda existentes,

promovendo melhorias na situação de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessa população.

Além disso, mesmo não tendo sido encontrada relação, há que se considerar determinados aspectos como nível socioeconômico, estilo de vida, interação social e suporte familiar, os quais são contemplados nos Programas e nas Políticas Públicas que abrangem a população estudada (BRASIL, 2006, 2017, 2018). Diante disso, ressalta-se a importância de um amplo diagnóstico dos determinantes em saúde para conferir se as Políticas existentes estão influenciando positivamente nas comunidades quilombolas. Além disso, a equipe multiprofissional deve reforçar cada vez mais a vigilância a essas necessidades e cuidados básicos, o que seria capaz de reverter diversos problemas enfrentados e transformar as condições de vida dessa população.

É importante mencionar que os quilombolas representam um forte símbolo de resistência e que ainda possuem esse orgulho dentro de si, principalmente os idosos. Dessa forma, cabe refletir até que ponto a implantação de políticas e de programas do Sistema Único de Saúde é aceita pelas comunidades quilombolas, uma vez que os profissionais de saúde podem se deparar com sentimentos de desconfiança e descrença, dificultando o perfeito cumprimento de suas atividades e contribuindo para uma atenção incompleta para essa população.

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível observar que os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o teste de sentar e levantar estão relacionadas à QVRS ruim dessa população no componente físico. Este estudo é o primeiro a

trabalhar a temática em idosos quilombolas, com avaliação da QVRS em diferentes domínios e diversos fatores relacionados. Os idosos deste estudo constituem a totalidade elegível de idosos residentes na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, por isso acredita-se que o número resumido não ocasionou prejuízo às contribuições dos achados, uma vez que possibilitam reconhecer e atender necessidades específicas deste grupo que ainda não eram conhecidas sob este aspecto. Além disso, a inexistência de outros estudos similares, envolvendo a avaliação da qualidade de vida de idosos quilombolas, limitou a discussão dos resultados, uma vez que dificultou comparações com os dados desta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa suscitam discussões importantes sobre fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos quilombolas. Estes resultados poderão ser utilizados como subsídios para que os governantes, profissionais, acadêmicos e a sociedade reflitam sobre as formas de cuidados disponibilizadas para esta população, assim como sobre aquelas a serem trabalhadas. Diante disso, torna-se importante visar um maior suporte no cuidado dos aspectos físicos e sociais com o incentivo à prática de atividades para a manutenção da força e a melhoria de ambientes que possibilitem essa prática, assim como incluir um acompanhamento individual eficaz, capaz de detectar a presença de doenças e sintomas depressivos.

Além disso, deve-se buscar observar o caráter étnico-racial e cultural quilombola, investindo em atividades características em seu cotidiano e facilitando o sucesso de sua adesão pela população. Por fim, seria proveitoso o controle das estratégias de saúde existentes, visando ampliar a assistência à saúde da população quilombola, bem como garantir a oferta de saneamento básico, de serviços públicos de saúde e de estratégias de educação em saúde para todas as

idades, ensinando-os a observar os cuidados necessários para prevenção de doenças e incapacidades. Dessa forma, pode-se alcançar um avanço na saúde e contribuir para uma maior eficiência na assistência a essa população, melhorando o panorama geral de saúde nessas comunidades e garantindo, dessa forma, melhorias na qualidade de vida e um envelhecer mais saudável.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Londres, v. 14, n. 10, p. 858-865, oct. 1999.

ALMEIDA, P.; et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Rev. Assoc. Bras. Ativ. Mot. Adapt.**, Marília - SP, v. 18, n. 1, p. 53-64, nov. 2017.

ALVES, J. E. D. A transição da fecundidade, redução da gravidez na adolescência e direitos reprodutivos no Brasil. **Aparte Inclusão Social em Debate do Instituto de Economia da UFRJ** [Internet], v. 1, n. 1, p. 1-10, 2012. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art_105_a_transicao_da_fecundidade_e_gravidez_na_adolescencia_no_brasil.pdf . Acesso em: 09 dez. 2019.

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, SP: ABEP, jun. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BARATA, R. B.; et al. Health inequalities based one the city in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 23, n. 2, p. 305-13, feb. 2007.

BARBOSA, A. R.; et al. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 21, n. 4, p. 1177-1185, aug. 2005.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo - SP, v. 18, n. 2: p. 503-514, jun. 2015.

BERTOLUCCI, P. H.; et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo - SP, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994.

BEZERRA, V. M.; et al. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 20, n. 3, p. 797-807, out. 2015.

BEZERRA, V. M.; et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 19, n. 6, p. 1835-47, jun. 2014.

BRASIL. Decreto nº4.887 de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 20 nov. 2003. Art. 68.

BRASIL. Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 20 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Academia em Saúde** [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia/construcao> . Acesso em 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília - DF, v. 7, n. 10, abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília – DF, v. 1, n. 1, 160 p., 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília –DF, v. 1, n.

19, 192 p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSP): Anexo I da Portaria de Consolidação n 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.** Brasília - DF, v. 1, n. 1, 40 p., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** Brasília - DF, v. 3, n. 1, 44 p., 2017.

BUSO, A. L. Z.; et al . Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 28, n. 2, p. 231-240, jun. 2020.

CAMELO, L. V.; GIATTI, L. B.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo - SP, v. 19, n. 2, p. 280-293, abr. 2016.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, jun. 2011.

CHEQUER, L. B. N.; et al. Interferência da atividade física na depressão da terceira idade: uma breve revisão da literatura. In: CONGRESSO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA UNIFACIG, 1, 2020, Manhauçu. **Anais...** Manhauçu: UNIFACIG, 2020. p. 1-3.

CICONELLI, R. M.; et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).** 1997. 145 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N. N.; VANESSA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 23, n. 3, p. 973-989, 2018.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014.

ESTEVE-CLAVERO, A.; et al. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo - SP, v. 31, n. 5, p. 542-549, set. 2018.

FEITOR, C. S.; et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. UNIABEU**, Rio de Janeiro - RJ, v. 10, n. 26, p. 260-273, out. 2017.

FERREIRA, H. S., et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.**, Washington - DC, v. 30, n. 1, p. 51-8, dec. 2011.

FERREIRA, L. K. **Relação entre qualidade de vida e estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG: uma investigação mista sequencial**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

FREITAS, D.A.; et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo - SP, v. 13, n. 5, p. 937-43, mai. 2011.

FRISANCHO, A. R. **Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status**. 1. ed. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1990.

GARCIA, C. A. M. S.; MORETTO, M. C.; GUARJENTO, M. E. Estado nutricional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo - SP, v. 20, n. 14, p. 52-56, mar 2016.

SUIÇA. Resolução 46/91, de 16 de diciembre de 1991. Principios de las naciones unidas a favor de las personas de edad. **Organização Mundial de Saúde**, Genebra, dec. 1991, art. 74, p. 178-80.

GODOY, A. R. ADAMI, F. S. Estado nutricional e qualidade de vida em adultos e idosos com depressão. **Rev. Bras. Promoc. Saude.**, Fortaleza – CE, v. 32, n. 1, p. 1-12, fev. 2019.

GUERRERO, A. F. H., et al. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém – Pará, Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo - SP, v. 16, n. 2, p. 103-110, abr. 2007

GUIERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; et al. **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. 1. ed. Barcelona: Universitat; 1993. p. 175-95.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia - PA, v. 118, n. 8, p. 622-629, apr. 1993.

INOCENTE, N. J.; et al. A qualidade de vida em idosos de idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG, na cidade de Gurupi, Tocantins. **Biol. Saude.**, Campo Mourão – PR, v. 2, n. 7, p. 39-52, out. 2012.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA PAULISTA. **Depressão no idoso: o que você precisa saber**. Santo André – SP, 2019. Disponível em: <<https://psiquiatriapaulista.com.br/depressao-idoso-sintomas-tratamento/>>, Acesso em: 01 jan. 2021.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 3, n. 3, p. 217-220, set. 1987.

LIMA, M. G.; et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 25, n. 10, p. 2159-2167, out 2009.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. 1 ed. Champaign - IL: Human Kinetics Books; 1988.

LOPES, E.D.S.; PAIXÃO, C.F.; SANTOS, D.B. “Os Cansaços e Golpes da Vida”: Os Sentidos do Envelhecimento e Demandas em Saúde entre Idosos do Quilombo Rincão do Couro, Rio Grande do Sul. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília – DF, v. 39, n. spe, 2019.

MARIANO, E. R. Força muscular e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 16, n. 4, p. 805-811, set 2013.

MARTINS, R. B.; et al. Quality of life, physical activity, and functionality in older primary care users in Porto Alegre-RS. **Geriatr. Gerontol. Aging.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 13, n. 4, p. 190-197, 2019.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saude. Publ.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 23, n. 12, p. 2887-95, maio 2007.

MIRANDA, L. C. V. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Centro de Referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

NAHAS, M. V. **Atividade física, Saúde e Qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NERI, A. L.; et al. Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev. Saude Public.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 52, n. Suppl2, p. 1-16, out. 2018.

OLIVEIRA, S. K. M.; et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015.

OLIVEIRA, S. K. M.; et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 22, n. 3, p. 307-313, set. 2014.

PAGOTTO, V.; et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília – DF, v. 71, n. 2, p. 322-328, abr. 2018.

PAIVA, M. H. P.; et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 21, n. 11, p. 3347-3356, set. 2016.

PEGORARI, M. S.; et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Rev. Ed. Física UEM**, Maringá – PR, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2015.

PEIXOTO, R. A., et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, set. 2008.

PIMENTA, F. A. P.; et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev, Assoc. Med. Bras.**, São Paulo – SP, v. 54, n. 1, p. 55-60, jan/fev 2008.

RANTANEN, T.; et al. Grip strength changes over 27 year in japanese-american men. **J. Appl. Physiol.**, Rockville - MD, v. 85, n. 1, p. 2047–53, dec. 1998.

RIBEIRO, C. G.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 20, n. 3, p. 330-339, maio 2017. .

RIKLI, R.; JONES, C. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. **J. Aging Phys. Activity.**, Hanover – PA, v. 7, n. 2, p. 162-81, 1999.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Rev. Saude Sociedade**, São Paulo – SP, v. 19, n. 2, p. 96-108, dez. 2010.

ROCHA, H. C.; COSTA, V. R. S. **Efeito da prática de treinamento de força na percepção de qualidade de vida em idosos**. 2018. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Rev. FAROL**, São Paulo – SP, v. 6, n. 6, p. 77-89, jan. 2018.

RÔLA, C. V. S.; SILVA, S. P. C.; NICOLA, P. A. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. **Rev. Mult. Psic.**, Jaboatão dos Guararapes – PE, v. 12, n. 42, p. 111-120, ago. 2018.

RODRIGUES, L. R., et al. Calidad de vida y autoestima de los ancianos con y sin indicativo de depresión. **Rev Enfermeria Comunitaria**, Espanha, v. 14, n. 1, may 2018.

RODRIGUES, S. C.; ABOURIHAN, C. L. S., YAMANE, R. Qualidade de vida e o estado nutricional em homens idosos institucionalizados. **Cad. Esc. Saude.**, Tarumã – CR, v. 1, n. 3, p. 1-14, mar. 2010.

SANTOS, V. C.; et al. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis – SC, v. 25, n. 2, p. e1300015, 2016.

SARDINHA, A. H. L.; et al. Quality of life of elderly quilombolas in the Brazilian northeast. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 22, n. 3, p. e190011, 2019.

SILVA, J. A. N. Condições Sanitárias e da Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc.**, São Paulo – SP, v. 16, n. 2, p. 111–24, ago. 2007.

SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARAES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 19, n. 6, p. 1653-62, jun. 2014.

SOUZA, M. M.; et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física geral e no lazer em idosos residentes em áreas rurais. **ACES**, Uberaba – MG, v. 1, n. 2, 2013.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRETÃS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília – DF, v. 60, n. 3, p. 263-267, jun. 2007.

SOUSA, A. A. D., et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sci.**, Santo André – SP, v. 43, n.1, p.14-24, may 2018.

STÅHL, E.; et al. Health-related quality of life is related to COPD diseases everity. **Health Qual. Life Outcomes**, Canadá, v. 3, n. 1, p. 56-63, sep 2005.

STIVAL, M. M.; et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 17, n. 2, p. 395-405, fev. 2014.

TAVARES, V.O.; et al. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos Contextos**, Porto Alegre – RS, v. 10, n. 1, p. 94 - 108, jan./jul. 2011.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, Amsterdam, v. 41, n. 10, p. 1403-9, nov. 1995.

VELTEN, A. P. C.; et al. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saude.**, Vitória – ES, v. 15, n. 1, p. 9-16, jan. 2013.

VIEIRA, A. A. U.; APRILE, M. R.; PAULINO, C,A. Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa. **Rev. Equilíbrio Corporal Saúde**, São Paulo – SP, v. 6, n. 1, p. 23-31, may 2014.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro – RJ, v. 37, n. 99, p. 610-618, dez. 2013.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro – RJ, v. 37, n. 99, p. 610-618, dez. 2013.

VITÓRIO, V.; et al. Força muscular e transtornos mentais comuns entre idosos asilares do município de Jequié - BA. **Rev. Bras. Cienc. Envelh. Hum.**, Passo Fundo – RS, v. 8, n. 2, 2012.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-36 Physical and Mental Component Summary Measures: A User's Manual**. 1 ed. Boston: The Health Institute, 1994.

WARE, J.; MA, K., KELLER, S.D. **SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual**; 5 ed. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center, 1993.

WHO - World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. 1 ed. Geneva: World Health Organization, 2000.

MELO, W. F. Comunidades quilombolas e políticas de saúde. **Terra de direitos**, 2017. Disponível em: <www.terradedireitos.org.br>. Acesso em: 21 jan 2021.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida é construída por múltiplos fatores que são capazes de interferir no estado de saúde geral dos idosos. Assim, identificar como esses indivíduos avaliam a sua qualidade de vida, principalmente nos aspectos relacionados à saúde, é de evidente relevância, visto que esta informação fornece um panorama importante sobre o bem-estar dessa população. Além disso, é importante conhecer quais fatores estariam relacionados à QVRS, especificamente na população de idosos quilombolas, uma vez que no contexto social em que vivem são comuns as dificuldades na oferta e no acesso aos serviços básicos de saúde preventiva e de promoção de saúde.

Neste estudo foi possível observar que, no componente físico, os sintomas indicativos de depressão, o número de DCNT e o teste de sentar e levantar apresentaram relação significativa com a QVRS. No componente mental, apesar de não haver relação significativa de nenhuma das variáveis estudadas com a QVRS, outros estudos têm encontrado resultados diferentes, o que sugere que os idosos quilombolas podem ter se habituado às condições de vida existentes e considerarem as dificuldades em que vivem comum, não ocasionando, assim, efeito negativo nesse aspecto.

Esses resultados apontam a importância da implantação e melhorias no controle das estratégias de saúde existentes, visando ampliar a assistência à saúde da população quilombola. Diante disso, torna-se necessária a adoção de hábitos que possibilitem a redução e o controle de doenças físicas e psicológicas, bem como a manutenção da força muscular. Além disso, como possibilidade de reduzir os fatores que implicaram negativamente na qualidade de vida dos idosos, é essencial que a atenção à saúde desses indivíduos seja priorizada, conforme suas demandas.

Dessa forma, as Unidades de Saúde situadas nas comunidades quilombolas devem priorizar ações de forma integrada com outros setores, serviços e profissionais da saúde, contemplando dentre as dimensões do idoso, as de caráter étnico-racial e cultural quilombola, com uma maior ênfase nos sintomas indicativos de depressão, no número de DCNT e na capacidade física, uma vez que apresentaram relação com a qualidade de vida. Sugere-se a criação ou complementação de políticas que contemplem o impacto da constituição histórica na população quilombola, bem como a garantia da oferta de saneamento básico, de

serviços públicos de saúde e de espaços acessíveis à prática de lazer adequada à sua cultura.

Além disso, é importante o maior rigor no acompanhamento individual e no uso de instrumentos de avaliação e testes de triagem validados capazes de evitar ou minimizar o desenvolvimento de sintomas depressivos. Outra estratégia viável seria insistir no estímulo à prática de atividade física e em estratégias de educação em saúde dentro das escolas existentes nas comunidades, ensinando-os a observar os cuidados necessários para prevenção de doenças e incapacidades.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, SP: ABEP, jun. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Londres, v. 14, n. 10, p. 858-865, out. 1999.
- ALMEIDA, P.; et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Rev. Assoc. Bras. Ativ. Mot. Adapt.**, Marília - SP, v. 18, n. 1, p. 53-64, nov. 2017.
- ALVES, J. E. D. A transição da fecundidade, redução da gravidez na adolescência e direitos reprodutivos no Brasil. **Aparte Inclusão Social em Debate do Instituto de Economia da UFRJ** [Internet], v. 1, n. 1, p. 1-10, 2012. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art_105_a_transicao_da_fecundidade_e_gravidez_na_a_adolescencia_no_brasil.pdf . Acesso em: 09 dez. 2019.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saude Public.**, v. 34, n. 6, 2018.
- BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington D.C.: **World Bank**, 2011. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/gersonsouza2016/envelhecendo-em-um-brasil-mais-velho> Acesso em 10 de fevereiro de 2020.
- BARATA, R. B.; et al. Health inequalities based one the city in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 23, n. 2, p. 305-13, feb. 2007.
- BARBOSA, A. R.; et al. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 21, n. 4, p. 1177-1185, aug. 2005.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo - SP, v. 18, n. 2: p. 503-514, jun. 2015.
- BERTOLUCCI, P. H.; et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo - SP, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994.
- BEZERRA, V. M.; et al. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 20, n. 3, p. 797-807, out. 2015.

BEZERRA, V. M.; et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 19, n. 6, p. 1835-47, jun. 2014.

BLOOM, D.E. 7 Billion and counting. **Science**. Washington D.C., v. 333, n. 1, p. 562-569, jul. 2011.

BRASIL. Decreto nº4.887 de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 20 nov. 2003. Art. 68.

BRASIL. Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 20 nov. 2007.

BRASIL. Instrução Normativa nº 57 de 20 de outubro de 2009. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que tratam o Art.68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 e o Decreto n 4887, de 20 de novembro de 2003. **Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)**. 20 out. 2009. art 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. **Ministério recomenda: é preciso envelhecer com saúde** [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude> Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 6 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Academia em Saúde** [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia/construcao> . Acesso em 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília –DF, v. 1, n. 19, 192 p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde jan. 2018. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, fev. 2007. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** (3 ed.). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso em: 04 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília - DF, v. 7, n. 10, abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília - DF, v. 3, n. 1, 44 p., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010, 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSP): Anexo I da Portaria de Consolidação n 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília - DF, v. 1, n. 1, 40 p., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília (DF), v. 1, n. 1, 160 p., 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 04 fev. 2021.

BUSO, A. L. Z.; et al . Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 28, n. 2, p. 231-240, jun. 2020.

CAMELO, L. V.; GIATTI, L. B.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo - SP, v. 19, n. 2, p. 280-293, abr. 2016.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, jun. 2011.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr.1997.

CHEQUER, L. B. N.; et al. Interferência da atividade física na depressão da terceira idade: uma breve revisão da literatura. In: CONGRESSO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA UNIFACIG, 1, 2020, Manhuaçu. **Anais...** Manhuaçu: UNIFACIG, 2020. p. 1-3.

CICONELLI, R. M.; et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)**. 1997. 145 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N. N.; VANESSA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 23, n. 3, p. 973-989, 2018.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014.

ESTEVE-CLAVERO, A.; et al. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo - SP, v. 31, n. 5, p. 542-549, set. 2018.

FEITOR, C. S.; et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. UNIABEU**, Rio de Janeiro - RJ, v. 10, n. 26, p. 260-273, out. 2017.

FERREIRA, H. S., et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.**, Washington - DC, v. 30, n. 1, p. 51-8, dec. 2011.

FERREIRA, L. K. **Relação entre qualidade de vida e estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG: uma investigação mista sequencial**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juíz de Fora, 2019.

FIGUEIRÓ, A. V. M.; RIBEIRO, R. L. R. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. **Saude Soc.**, v. 26, n. 1, p. 88-99, mar. 2017.

FLECK, M.P.A.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan/mar. 1999.

FREITAS, D.A.; et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo - SP, v. 13, n. 5, p. 937-43, mai. 2011.

FRISANCHO, A. R. **Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status**. 1. ed. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1990.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicol. Soc.**, v. 26, n. 1, p. 106-115, ABR. 2014.

GARCIA, C. A. M. S.; MORETTO, M. C.; GUARJENTO, M. E. Estado nutricional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo - SP, v. 20, n. 14, p. 52-56, mar 2016.

SUIÇA. Resolución 46/91, de 16 de diciembre de 1991. Principios de las naciones unidas a favor de las personas de edad. **Organização Mundial de Saúde**, Genebra, dec. 1991, art. 74, p. 178-80.

GODOY, A. R. ADAMI, F. S. Estado nutricional e qualidade de vida em adultos e idosos com depressão. **Rev. Bras. Promoc. Saude.**, Fortaleza – CE, v. 32, n. 1, p. 1-12, fev. 2019.

GORDIA, A.P.; et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Rev. Bras. Qual. Vida**, v. 3, n.1, p. 40-52, jun. 2011.

GUERRERO, A. F. H., et al. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém – Pará, Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo - SP, v. 16, n. 2, p. 103-110, abr. 2007

GUIERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; et al. **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. 1. ed. Barcelona: Universitat; 1993. p. 175-95.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia - PA, v. 118, n. 8, p. 622-629, apr. 1993.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: Resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://prattein.com.br/home/images/stories/Direitos_da_Criana_e_do_Adolescente/resultados_gerais_amostra.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária [Internet]. Brasília – DF, 2020. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/pt/comunidade-quilombola-caiana-dos-crioulos-comemora-regulariza%C3%A7%C3%A3o-de-parte-do-territ%C3%B3rio.html> Acesso em: 25 jun. 2020.

INOCENTE, N. J.; et al. A qualidade de vida em idosos de idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG, na cidade de Gurupi, Tocantins. **Biol. Saude.**, Campo Mourão – PR, v. 2, n. 7, p. 39-52, out. 2012.

IPP - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA PAULISTA. **Depressão no idoso: o que você precisa saber.** Santo André – SP, 2019. Disponível em: <https://psiquiatriapaulista.com.br/depressao-idoso-sintomas-tratamento/> Acesso em: 01 jan. 2021.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 3, n. 3, p. 217-220, set. 1987.

LAGUARDIA, J.; et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 4, p. 889-897, dez. 2013.

LEE, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **J. Econ. Perspect.**: Washington D.C., v. 17, n. 4, p. 167–190, out. 2003.

LIMA, M. G.; et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad. Saude Publ.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 25, n. 10, p. 2159-2167, out 2009.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual.** 1 ed. Champaign - IL: Human Kinetics Books; 1988.

LOPES, E.D.S.; PAIXÃO, C.F.; SANTOS, D.B. “Os Cansaços e Golpes da Vida”: Os Sentidos do Envelhecimento e Demandas em Saúde entre Idosos do Quilombo Rincão do Couro, Rio Grande do Sul. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília – DF, v. 39, n. spe, 2019.

MACENA, W.G.; HERMANO, L.O.; COSTA, T.C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Rev. Mosaicum**, v. 27, n. 1, p. 223-236, jan. 2018.

MARIANO, E. R. Força muscular e qualidade de vida em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 16, n. 4, p. 805-811, set 2013.

MARTINS, R. B.; et. al. Quality of life, physical activity, and functionality in older primary care users in Porto Alegre-RS. **Geriatr. Gerontol. Aging.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 13, n. 4, p. 190-197, 2019.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saude. Publ.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 23, n. 12, p. 2887-95, maio 2007.

MIRANDA, L. C. V. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Centro de Referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MORAES, E.M. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. 2012. Monografia. São Paulo, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade física, Saúde e Qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NERI, A. L.; et al. Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev. Saude Public.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 52, n. Suppl2, p. 1-16, out. 2018.

NORONHA, D.D.; et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463-474, mai. 2016.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Estados Unidos: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=648BD9C4F7C78696A7CBB0CE7A26AF72?sequence=6. Acesso em: 10 fev. 2020.

ONU - Organização das Nações Unidas. World Population Prospects: the 2010 revision, Volume I - Comprehensive Tables. New York: **Unites Nations**, 2011. Disponível em: <https://read.un-ilibrary.org/population-and-demography/world-population-prospects_08b807d4-en#page1> Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

ONUNKWOR, O. F.; et al. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. **Health Qual Life Outcomes**, v. 14, n. 6, jan. 2016.

OLIVEIRA, S. K. M.; et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015.

OLIVEIRA, S. K. M.; et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 22, n. 3, p. 307-313, set. 2014.

PAGOTTO, V.; et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília – DF, v. 71, n. 2, p. 322-328, abr. 2018.

PAIVA, M. H. P.; et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 21, n. 11, p. 3347-3356, set. 2016.

PEGORARI, M. S.; et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Rev. Ed. Física UEM**, Maringá – PR, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2015.

PEIXOTO, R. A., et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, set. 2008.

PIMENTA, F. A. P.; et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo – SP, v. 54, n. 1, p. 55-60, jan/fev 2008.

RANTANEN, T.; et al. Grip strength changes over 27 year in japanese-american men. **J. Appl. Physiol.**, Rockville - MD, v. 85, n. 1, p. 2047–53, dec. 1998.

RIBEIRO, C. G.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 20, n. 3, p. 330-339, maio 2017. .

RIKLI, R.; JONES, C. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. **J. Aging Phys. Activity.**, Hanover – PA, v. 7, n. 2, p. 162-81, 1999.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Rev. Saude Sociedade**, São Paulo – SP, v. 19, n. 2, p. 96-108, dez. 2010.

ROCHA, H. C.; COSTA, V. R. S. **Efeito da prática de treinamento de força na percepção de qualidade de vida em idosos**. 2018. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Rev. FAROL**, São Paulo – SP, v. 6, n. 6, p. 77-89, jan. 2018.

RÔLA, C. V. S.; SILVA, S. P. C.; NICOLA, P. A. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. **Rev. Mult. Psic.**, Jaboatão dos Guararapes – PE, v. 12, n. 42, p. 111-120, ago. 2018.

RODRIGUES, L. R., et al. Calidad de vida y autoestima de los ancianos con y sin indicativo de depresión. **Rev Enfermeria Comunitaria**, Espanha, v. 14, n. 1, may 2018.

RODRIGUES, S. C.; ABOURIHAN, C. L. S., YAMANE, R. Qualidade de vida e o estado nutricional em homens idosos institucionalizados. **Cad. Esc. Saude.**, Tarumã – CR, v. 1, n. 3, p. 1-14, mar. 2010.

SANTOS, V. C.; et al. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto contexto – enferm .**, Florianópolis – SC, v. 25, n. 2, p. e1300015, 2016.

SARDINHA, A. H. L.; et al. Quality of life of elderly quilombolas in the Brazilian northeast. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 22, n. 3, p. e190011, 2019.

SILVA, J. A. N. Condições Sanitárias e da Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc.**, São Paulo – SP, v. 16, n. 2, p. 111–24, ago. 2007.

SOUSA, A. A. D., et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sci.**, Santo André – SP, v. 43, n.1, p.14-24, may 2018.

SOUSA, M. J. S; et al. Qualidade de vida de um grupo de idosos que praticam atividades físicas no município do Brejo Santo – CE. **Enciclopédia Biosfera.** v. 9, n. 17, p. 2913-2922, dez. 2013.

SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARAES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 19, n. 6, p. 1653-62, jun. 2014.

SOUZA, M. M.; et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física geral e no lazer em idosos residentes em áreas rurais. **ACES**, Uberaba – MG, v. 1, n. 2, 2013.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRETÃS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília – DF, v. 60, n. 3, p. 263-267, jun. 2007.

STÅHL, E.; et al. Health-related quality of life is related to COPD diseases everity. **Health Qual. Life Outcomes**, Canadá, v. 3, n. 1, p. 56-63, sep 2005.

STIVAL, M. M.; et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro – RJ, v. 17, n. 2, p. 395-405, fev. 2014.

TAVARES, V.O.; et al. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos Contextos**, Porto Alegre – RS, v. 10, n. 1, p. 94 - 108, jan./jul. 2011.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 905-914, nov. 2004.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, Amsterdam, v. 41, n. 10, p. 1403-9, nov. 1995.

VELTEN, A. P. C.; et al. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saude.**, Vitória – ES, v. 15, n. 1, p. 9-16, jan. 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, abr 2009.

VIEIRA, A. A. U.; APRILE, M. R.; PAULINO, C,A. Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa. **Rev. Equilíbrio Corporal Saúde**, São Paulo – SP, v. 6, n. 1, p. 23-31, may 2014.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro – RJ, v. 37, n. 99, p. 610-618, dez. 2013.

VITÓRIO, V.; et al. Força muscular e transtornos mentais comuns entre idosos asilares do município de Jequié - BA. **Rev. Bras. Cienc. Envelh. Hum.**, Passo Fundo – RS, v. 8, n. 2, 2012.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-36 Physical and Mental Component Summary Measures: A User's Manual**. 1 ed. Boston: The Health Institute, 1994.

WARE, J.; MA, K., KELLER, S.D. **SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual**; 5 ed. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center, 1993.

WHO - World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. 1 ed. Geneva: World Health Organization, 2000.

MELO, W. F. Comunidades quilombolas e políticas de saúde. **Terra de direitos**, 2017. Disponível em: <www.terradedireitos.org.br>. Acesso em: 21 jan 2021.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da Coleta: ____ / ____ / ____

Código: _____

Nome: _____

1. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS

1.1 Qual a sua idade? _____ Qual a data de nascimento? _____

1.2 Sexo: () Feminino () Masculino

1.3 Qual a sua situação conjugal?

() solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a) () separado(a)

() casado(a) () companheiro(a) () outro _____

1.4 O(A) senhor(a) frequentou a escola? Não () Sim ().

Se sim, por quantos anos?

() Analfabetos () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () 12 anos ou mais

1.5 Qual a sua situação ocupacional?

() Apenas trabalha () Trabalha e está aposentado () Apenas aposentado

() Apenas dono(a) de casa () Apenas pensionista () Benefício de prestação continuada

1.6 Quantas pessoas residem no domicílio que o(a) senhor(a) mora? (incluindo idoso(a) e empregado fixo) _____. Quem são elas?

Membro	Idade	Membro	Idade	Membro	Idade

1.7 Qual a quantidade dos seguintes itens há no domicílio da senhora?

Itens	Não tem	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Empregado doméstico	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Automóvel	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
TV em cores	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()

Motocicleta	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Rádio	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Máquina de lavar	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Secadora de roupa	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Lava louça	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
DVD	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Geladeira	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()

1.7 No seu domicílio há:

	Não	Sim
Água encanada?	0 ()	1 ()
Rua pavimentada?	0 ()	1 ()

1.8 Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? R\$ _____

() < 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 3 a 4 salários mínimos
() 5 ou mais salários mínimos () NR

1.9 Qual a soma da renda mensal de todos os moradores do domicílio?

R\$ _____

() < 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 3 a 4 salários mínimos
() 5 ou mais salários mínimos () NR

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1 Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que o(a) senhor(a) tem alguma dessas doenças?

Pressão alta	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Artrite/artrose/reumatismo	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Problema cardíaco	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Diabetes	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Doença crônica pulmonar	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Embolia/derrame/AVC	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Câncer	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Doença de Parkinson	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Glaucoma	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>

2.2 QUALIDADE DE VIDA: SF-36

2.2.1 Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?

Excelente Muito boa Boa Regular Má

2.2.2 Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor Um pouco melhor Quase a mesma
 Um pouco pior Muito pior

2.2.3 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Item	Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não dificulta de modo algum
1	Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2	Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3	Levantar ou carregar mantimentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4	Subir vários lances de escada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5	Subir um lance de escada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7	Andar mais de 1 quilômetro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8	Andar vários quarteirões	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9	Andar um quarteirão	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10	Tomar banho ou vestir-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2.2.4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

Atividades	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	() 1	() 2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	() 1	() 2
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	() 1	() 2
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	() 1	() 2

2.2.5 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Atividades	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	() 1	() 2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	() 1	() 2
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	() 1	() 2

2.2.6 Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2.2.7 Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6

2.2.8 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2.2.9 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6

2.2.10 Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2.2.11 O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Eu acho que a minha saúde vai piorar	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Minha saúde é excelente	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

3 OCORRÊNCIA DE QUEDAS

3.1 O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? () Sim () Não

3.2 Quantas vezes o(a) senhor(a) caiu nos últimos 12 meses? _____

3.3 O(a) senhor(a) caiu dentro ou fora de casa?

() Dentro () Fora - Onde? _____ () NR

3.4 Se o(a) senhor(a) caiu em casa, em que local da casa foi a queda?

() Quarto () Cozinha () Corredor () Sala () Banheiro () Outro local: _____

3.5 Se o(a) senhor(a) caiu fora de casa, qual foi o lugar da queda?

_____ () NR

3.6 Em qual horário foi a queda? () Manhã () Tarde () Noite () Madrugada

3.7 Como caiu?

() Sozinho "desequilíbrio" () Obstáculo "tapete, chinelo, móvel" () Outro _____

3.8 O que sentiu antes de cair?

() Desequilíbrio () Fraqueza muscular () Perda ou dificuldade de audição

() Tontura () Perda ou dificuldade de visão () Outro: _____

3.9 Que tipo de calçado utilizava no momento da queda?

() Descalço () Chinelos () Sapato () Sandália com salto () Outro: _____

3.10 O(a) senhor(a) teve fratura com a queda?

() Sim Qual foi o local da fratura? _____

() Não () NR

4 FATORES AMBIENTAIS RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE QUEDAS

4.1 Todos os cômodos da casa possuem iluminação?

() Sim () Não, Quais? _____

4.2 Há presença de tapetes na residência?

() Não () Sim, Onde? _____

4.3 Há presença de degraus ou escadas na residência? () Não () Sim

4.4 Há presença de barras de apoio no banheiro que o(a) senhor(a) toma banho?

() Não () Sim

4.5 Há piso escorregadio na residência?

() Não () Sim, Onde? _____

4.6 Há desnível (irregularidade) no piso da residência?

() Não () Sim. Onde? _____

4.7 Há móveis que atrapalham a sua locomoção dentro de casa?

() Não () Sim. Onde? _____

4.8 Os objetos (roupas, pratos, panelas, etc) estão acessíveis ao alcance das suas mãos?

() Não () Sim

4.9 O(a) senhor(a) sente necessidade de subir em bancos para alcançar estes objetos?

() Não () Sim

4.10 Com que frequência as condições da rua ou das calçadas foram impedimento para que o(a) senhor(a) saísse para caminhar o passear (active, declive, presença de buracos ou irregularidades)?

() Às vezes () Nunca

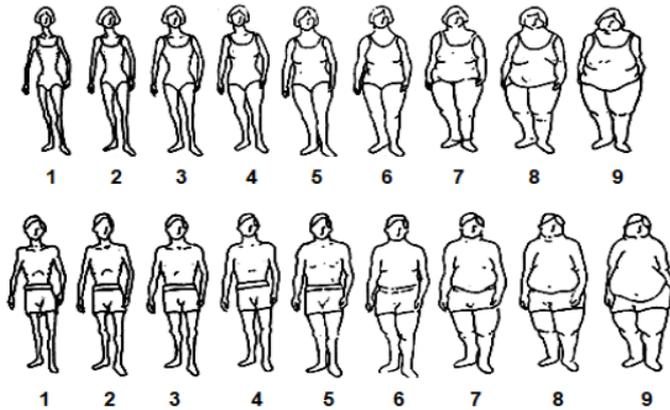
5 USO DE MEDICAMENTOS

O(a) senhor(a), pode, por favor, me dizer todos os medicamentos que o(a) senhor(a) toma que são de uso contínuo?

Medicação	Houve prescrição médica?		Quantidade de vezes ao dia?	Quantidade de vezes na semana?	Usa desde quando?
	Sim	Não			

6 PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Observando esse quadro (mostrar o quadro) qual a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente? _____



O(a) senhor(a) gosta de ter essa silhueta (apontar a silhueta referida anteriormente)?

() Sim () Não. Qual gostaria de ter? _____

7 CAPACIDADE FUNCIONAL

7.1 Índice de Katz

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada	DEPENDÊNCIA		
		PARCIAL		COMPLETA O(A) idoso(a) não faz a atividade considerada
		Faz parcialmente ou não corretamente a atividade ou com pouca dificuldade	Ajuda não humana	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro. () 0	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho. () 1	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão () 2	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha) () 3
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir () 0	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir. () 1	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa. () 2	Dependência total para vestir-se. () 3
USO DO BANHEIRO	Independent	Necessidade	Necessidade	Não vai ao

Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.		e para ir ao banheiro e se limpar. () 0	de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene () 1	de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar. () 2	banheiro para o processo de eliminação () 3
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa		Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira. () 0	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência () 1	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira. () 2	Não sai da cama. Restrito ao leito () 3
CONTROLE ESFINCTERIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção () 0	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação. () 1	Necessidade de ajuda humana para controle da micção ou usa fralda noturna somente (supervisão) () 2	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas () 3
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais () 0	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação. () 1	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente. () 2	Dependência total através do uso constante de fraldas () 3
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a		Independente para	Necessidade de ajuda	Alimenta-se sozinho	Dependência total para a

comida do prato ou equivalente e levar à boca	pegar o alimento e levá-lo até a boca. () 0	através do uso de adaptadores para a alimentação () 1	exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão. () 2	alimentação. () 3
---	---	---	--	-----------------------

7.2 Escala de Lawton

Item	Atividade	Avaliação		
		Posso fazer sem ajuda	Posso fazer com ajuda parcial	Não consigo fazer
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	() 3	() 2	() 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	() 3	() 2	() 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	() 3	() 2	() 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	() 3	() 2	() 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	() 3	() 2	() 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	() 3	() 2	() 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	() 3	() 2	() 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	() 3	() 2	() 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	() 3	() 2	() 1
TOTAL				

8 FUNCIONALIDADE DA MEMÓRIA: MEDIDA DE QUEIXAS SUBJETIVAS DE MEMÓRIA (MAC-Q)

“Comparando com como o (a) senhor(a) era aos 40 anos, como o(a) senhor(a) descreveria sua capacidade para realizar as seguintes tarefas que envolvem a memória”:

Questões	Muito melhor agora (1)	Um pouco melhor agora (2)	Sem mudança (3)	Um pouco pior agora (4)	Muito pior agora (5)
1. Lembrar o nome de pessoas que acabou de conhecer.					
2. Lembrar o número de telefone que usa ao menos uma vez por semana.					
3. Lembrar onde colocou objetos (ex.chaves).					
4. Lembrar notícias de uma revista ou da televisão.					
5. Lembrar coisas que pretendia comprar quando chega ao local.					
6. Em geral, como descreveria sua memória comparada à que tinha aos 40 anos de idade?	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)
Total					

9. DESEMPENHO COGNITIVO: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las”.

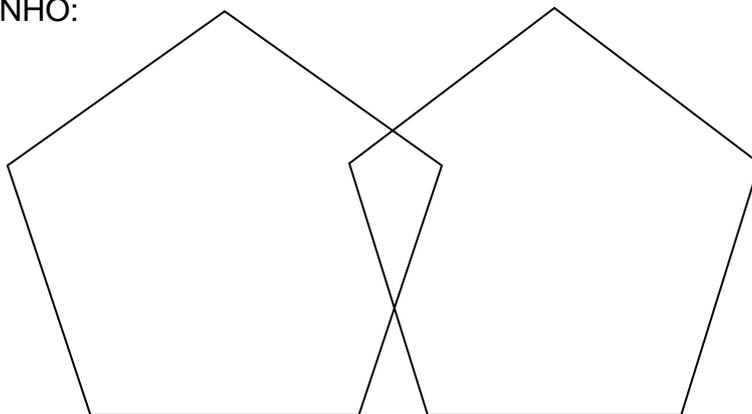
		CERTO	ERRADO	NR
01	Que dia é hoje?			
02	Em que mês estamos?			
03	Em que ano estamos?			
04	Em que dia da semana estamos?			
05	Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)			
06	Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão)			

07	Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo para a casa)			
08	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?			
09	Em que cidade nós estamos?			
10	Em que estado nós estamos?			
	Vou dizer 3 palavras, e o(a) senhor(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Caso o idoso não consiga repetir, falar as 3 palavras de novo e pedir que repita. Caso o idoso erre outra vez, dizer as 3 palavras em sequência novamente e pedir que repita. Registre como acerto qualquer uma das tentativas em que o idoso foi bem-sucedido e como erro, caso ele não consiga repetir as 3 palavras em sequência pelo menos uma vez).			
11	CARRO			
12	VASO			
13	TIJOLO			
	Gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quanto é: (Se o idoso acertar, registre imediatamente o acerto e prossiga com a sequência. Se o idoso errar, diga NÃO, não dê dica sobre qual é a resposta correta e prossiga com a sequência e assim por diante. Atenção: Se o idoso errar na primeira tentativa e corrigir espontaneamente, isto é, sem a sua dica, considere como acerto. Se ele se corrigir depois da sua dica, registre como erro).			
14	100 – 7			
15	93 – 7			
16	86 – 7			
17	79 – 7			
18	72 – 7 (65)			
	O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Uma única tentativa sem dicas. Considere como correta a repetição das 3 palavras em qualquer ordem).			
19	CARRO			
20	VASO			
21	TIJOLO			
22	Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome, dizendo: O que é isto?			
23	Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome, dizendo: O que é isto?			

24	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". (Registre como acerto somente se a repetição for perfeita, sem dicas).			
	Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. O(a) senhor(a) entendeu?			
25	Pega a folha com a mão correta.			
26	Dobra corretamente.			
27	Coloca no chão.			
28	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que o(a) senhor(a) fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).			
29	Gostaria que o(a) senhor(a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.			
30	Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o(a) senhor(a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados e 4 ângulos na área de intersecção, ou seja, uma cópia perfeita).			
Pontuação Total:				

FRASE: _____

DESENHO:



10 SINTOMAS DEPRESSIVOS: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)

“Agora eu vou perguntar o(a) senhor(a) sobre a sua vida, como o(a) senhor(a) está se sentindo. A sua resposta deve ser sim ou não. O(A) senhor(a) entendeu?”

Questões	Sim	Não
1. O(a) senhor(a) está satisfeito com a sua vida?		
2. O(a) senhor(a) abandonou muitas de suas atividades e interesses? (Deixou de fazer coisas que gosta?)		
3. O(a) senhor(a) sente que sua vida está vazia?		
4. O(a) senhor(a) se sente frequentemente aborrecido?		
5. O(a) senhor(a) na maioria das vezes está de bom humor?		
6. O(a) senhor(a) teme que algo de ruim lhe aconteça?		
7. O(a) senhor(a) se sente feliz na maioria das vezes?		
8. O(a) senhor(a) se sente frequentemente desamparado?		
9. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?		
10. O(a) senhor(a) sente que tem mais problemas de memória que antes?		
11. O(a) senhor(a) pensa que é maravilhoso estar vivo?		
12. O(a) senhor(a) se sente inútil?		
13. O(a) senhor(a) se sente cheio de energia?		
14. O(a) senhor(a) sente que sua situação é sem esperança?		
15. O(a) senhor(a) pensa que a maioria das pessoas estão melhores que o senhor(a)?		
Total		

11 SENSO DE COERÊNCIA

Questões		Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação
1	Aquilo que você faz diariamente é:					
		Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Replata de objetivos
2	Até hoje a sua vida tem sido:					
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3	Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?					
4	Você acha que você é tratada com injustiça?					
5	Você tem ideias e sentimentos confusos?					
6	Você acha que as coisas que você faz na sua vida tem pouco sentido?					
7	Já lhe aconteceu de ficar desapontada com pessoas em quem confiava?					

8	Você tem sentimentos que gostaria de não ter?					
9	Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos?					
10	Já lhe aconteceu de ficar surpreendida com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?					
11	Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?					
12	Você sente que está numa situação pouco comum e sem saber o que fazer?					
		Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
13	Às vezes acontecem coisas na					

	vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:					
--	--	--	--	--	--	--

12 PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.

Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as próximas perguntas pense somente nas atividades da **ÚLTIMA** semana que o(a) senhor(a) realizou **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

12.1a Em quantos dias da última semana o(a) senhor(a) **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

12.1b Nos dias em que o(a) senhor(a) caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou caminhando **por dia?**

_____ horas e _____ minutos por **DIA**

12.2a Em quantos dias da última semana, o(a) senhor(a) realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar

moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

12.2b Nos dias em que o(a) senhor(a) fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou fazendo essas atividades **por dia**?

_____ horas e _____ minutos por **DIA**

12.3a Em quantos dias da última semana, o(a) senhor(a) realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

12.3b Nos dias em que o(a) senhor(a) fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou fazendo essas atividades **por dia**?

_____ horas e _____ minutos por **DIA**

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

12.4a Quanto tempo no total o(a) senhor(a) gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas e _____ minutos

12.4b Quanto tempo no total o(a) senhor(a) gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas e _____ minutos

13. AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL: QUESTIONÁRIO GOHAI

“Considerando os últimos três meses, o (a) senhor(a)...”:

Item	Pergunta	Avaliação		
		Sempre	As vezes	Nunca
1	Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?	()	()	()
2	Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?	()	()	()
3	Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?	()	()	()
4	Mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?	()	()	()
5	Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	()	()	()
6	Deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?	()	()	()
7	Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?	()	()	()
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	()	()	()
9	Teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?	()	()	()
10	Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?	()	()	()
11	Chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?	()	()	()
12	Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?	()	()	()
13	Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	()	()	()
TOTAL				

14. AVALIAÇÃO FÍSICA

14.1 Antropometria

Peso (kg):	1ª _____		
Estatura (cm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____

Circunferência do braço (cm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência da cintura (cm)	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência da panturrilha (cm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Dobra cutânea tricipital (mm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____

14.2 Força de preensão manual (FPM) (kg):

14.2.1 Qual lado o(a) senhor(a) usa com mais frequência?

() direito () esquerdo () ambos

14.2.2 Se ambos os lados, qual braço o(a) senhor(a) acha que tem mais força?

() direito () esquerdo

14.2.3 O(A) senhor(a) realizou, nos últimos três meses, alguma cirurgia no braço ou na mão de maior força?

Não () Sim ()

Obs: Caso a resposta seja positiva, não realizar o teste.

FPM (direito)

1ª medida: _____ 2ª medida: _____ 3ª medida: _____

FPM (esquerdo)

1ª medida: _____ 2ª medida: _____ 3ª medida: _____

14.3 Teste sentar e levantar (segundos): _____

O(a) idoso(a) conseguiu realizar o teste? Não Sim

14.4 Teste de flexibilidade(cm):

1ª tentativa: _____ 2ª tentativa: _____

O(a) idoso(a) conseguiu realizar o teste? Não Sim

14.5 Time up and Go (tempo): _____

O(a) idoso(a) conseguiu realizar o teste? Não Sim

14.6 Versão brasileira da *Short Physical Performance Battery (SPPB)*

Teste de Equilíbrio			
1 - Posição em pé com os pés juntos	Manteve por 10s (1)	Manteu por _____ segundos (0)	Não tentou (0)
2 - Posição em pé com um pé parcialmente a frente	Manteve por 10s (1)	Manteu por _____ segundos (0)	Não tentou (0)
3 - Posição em pé com pé a	Manteve por	Manteu	Não

frente	10s (1)	por _____ segundos (0)	tentou (0)
Total			

O(a) idoso(a) NÃO realizou o teste ou falhou (0 ponto)? Não Sim

Se sim, por qual motivo?

- () Tentou, mas não conseguiu.
- () O(A) idoso(a) não consegue manter-se na posição sem ajuda.
- () Não tentou, o avaliador julgou inseguro
- () Não tentou, o(a) idoso(a) sentiu-se inseguro(a)
- () O(A) idoso(a) não conseguiu entender as instruções
- () O(A) idoso(a) recusou participação.
- () Outros (especifique): _____

Teste de Velocidade da Marcha				
	Tempo (segundos)	Apoios	O(A) idoso(a) não conseguiu realizar a caminhada	O(a) idoso(a) NÃO realizou o teste ou falhou (0 ponto)?
Primeira tentativa		() Nenhum () Bengala () Outro: _____	(0)	(0)
Segunda tentativa		() Nenhum () Bengala () Outro: _____	(0)	(0)
Tempo mais rápido de caminhada				

Se o(a) idoso(a) NÃO realizou o teste ou falhou (0 ponto), qual foi o motivo?

- () Tentou, mas não conseguiu.
- () O(A) idoso(a) não consegue caminhar sem ajuda.
- () Não tentou, o avaliador julgou inseguro
- () Não tentou, o(a) idoso(a) sentiu-se inseguro(a)
- () O(A) idoso(a) não conseguiu entender as instruções
- () O(A) idoso(a) recusou participação.
- () Outros (especifique): _____

Qual foi o tempo mais rápido entre as duas caminhadas:

- () Primeira tentativa () Segunda Tentativa
- (1) > 8,70 segundos (2) De 6,21 à 8,70 segundos
- (3) De 4,82 à 6,20 segundos (4) < 4,82

Teste de Sentar e Levantar		
	Levantou-se sem ajuda e com segurança?	Tempo de execução do teste (segundos)
Teste de sentar e levantar da cadeira uma vez)	() Sim (Prossiga com o teste) () Não	_____
Teste de sentar e levantar da cadeira cinco vezes	() Sim () Não	(1) $\geq 16,70$ s (3) De 11,20 à 13,69 s (2) De 13,70 e 16,69 s (4) $\leq 11,19$ s

Se o(a) idoso(a) NÃO realizou o teste ou falhou (0 ponto), qual foi o motivo?

- () Tentou, mas não conseguiu.
 () O(A) idoso(a) não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda.
 () Não tentou, o avaliador julgou inseguro
 () Não tentou, o(a) idoso(a) sentiu-se inseguro(a)
 () O(A) idoso(a) não conseguiu entender as instruções
 () O(A) idoso(a) recusou participação.
 () Outros (especifique): _____

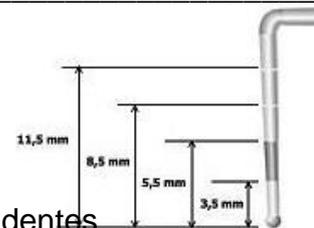
15 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

15.1 Necessidade de Reabilitação Protética

15.1.1 Número de dentes presentes: _____ dentes

- () Mais de 20 dentes () Menos de 20 dentes

15.1.2 Usuário de Prótese removível? () Sim () Não



	Prótese superior	Prótese inferior
Tempo de uso	() Não se aplica	() Não se aplica
	() Menos de 5 anos	() Menos de 5 anos
	() Mais de 5 anos	() Mais de 5 anos
Condição da prótese	() Não se aplica	() Não se aplica
	() Bom estado de conservação	() Bom estado de conservação
	() Presença de fratura ou trinca	() Presença de fratura ou trinca

	() Presença de desgaste dentário		() Presença de desgaste dentário
--	-----------------------------------	--	-----------------------------------

15.1.3 Prótese recomendada? () Sim () Não

15.2 ALTERAÇÕES PERIDONTAIS

	Sangramento gengival		Cálculo dentário		Bolsa peridontal			X	
	Saudável	Sangramento à sondagem	Saudável	Presença de cálculo	Saudável	Bolsas de 4 à 5mm	Bolsas ≥ 6mm		
16/17	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)		
11	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)		
26/27	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)		
37/34	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)		
31	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)		
46/47	(0)	(1)	(0)	(2)	(0)	(3)	(4)		
CPI									

15.3 ALTERAÇÕES DENTÁRIAS

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																	
Trat.																	

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																	
Trat.																	

LEGENDA:

0 – Coroa hígida 1 – Coroa cariada 2 – Restaurada mascarada 3 – Restaurada sem cárie 4 – Dente perdido devido à cárie 5 – Dente Perdido por outra razão	6 – Dente com selante 7 – Apoio de ponte ou coroa 8 – Coroa não erupcionada 9 - Excluído T – Trauma
--	---

CPO-D

Cariados: _____

Perdidos: _____

Obturados: _____

Total: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a), _____

O(a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: **“Avaliação multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba”**, sob a responsabilidade da professora Tarciana Nobre de Menezes e dos alunos Saulo Cavalcanti de Menezes, Iasmim Batista Correia, Cledinaldo Lira Júnior e Brenda Natally Soares Furtado.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. A coleta dos dados acontecerá apenas com sua autorização. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A presente pesquisa tem como objetivo “Avaliar idosos de uma comunidade quilombola em seus aspectos biopsicossociais” e se justifica pelo fato de os inúmeros problemas que afetam a saúde e a vida dos idosos, em um país em desenvolvimento, demandarem respostas urgentes em diversas áreas.

Ao concordar em participar, o(a) senhor(a) deverá estar à disposição para fornecer informações sobre aspectos socioeconômico-demográficos, aferição das seguintes variáveis antropométricas: peso, estatura, dobra cutânea tricipital e dobra cutânea subescapular, perímetro do braço, perímetro da cintura, perímetro da panturrilha e perímetro do abdômen, realização de teste de avaliação da condição de saúde bucal, capacidade funcional, desempenho cognitivo, funcionalidade da memória, sintomas de depressão; bem como, responder perguntas a respeito de sua situação de saúde, autopercepção de saúde bucal, senso de coerência, e percepção da qualidade de vida.

Informamos que, dentre os procedimentos realizados durante a coleta dos dados, aqueles que poderão causar algum risco ou desconforto, os quais são mínimos, se referem à aplicação dos questionários: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Atividades de Vida Diária, Questionário de Qualidade de Vida e Autopercepção da Saúde Bucal, uma vez que poderão surgir dúvidas e/ou possíveis constrangimentos. Porém, este risco será minimizado, tendo em vista que a coleta dos dados será realizada em local reservado, visando preservar a sua privacidade. Além disso, por conta dos testes físicos, há risco mínimo de desequilíbrio, os quais serão minimizados com a presença dos entrevistadores, os quais trabalharão em dupla, o que garantirá a sua segurança durante a execução dos testes.

Fui informado (a) a respeito dos benefícios da pesquisa, os quais terão caráter individual e coletivo, uma vez que a mesma busca elucidar e compreender o processo saúde-doença, na tentativa de propor e implementar políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos quilombolas de forma multidimensional.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não

havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador.

Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a equipe científica, através do telefone (83) 9 9887-4274, (83) 9 9997-4221 ou através do e-mail: junior_lira16@hotmail.com, ou do endereço: Av. das Baraúnas, 351, Campus Universitário, Bodocongó. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

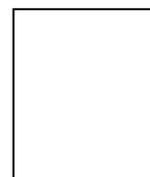
CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa intitulada “**Avaliação multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba**” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

_____ concordo em participar deste estudo, assim como dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a minha identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Alagoa Grande, ____/____/_____

Assinatura do participante do estudo



Impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador

ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

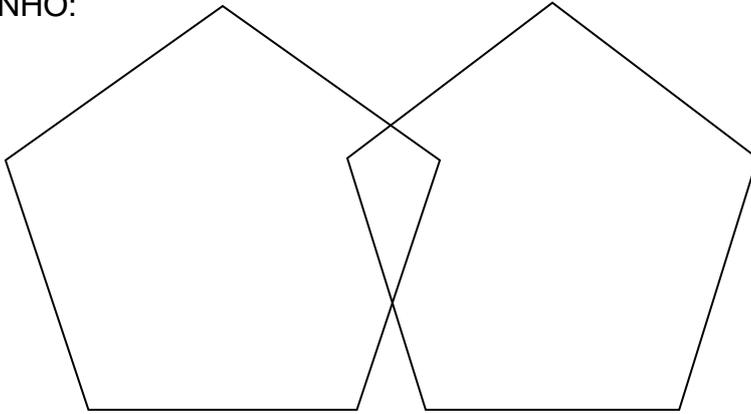
“Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las”.

		CERTO	ERRADO	NR
01	Que dia é hoje?			
02	Em que mês estamos?			
03	Em que ano estamos?			
04	Em que dia da semana estamos?			
05	Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)			
06	Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão)			
07	Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo para a casa)			
08	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?			
09	Em que cidade nós estamos?			
10	Em que estado nós estamos?			
	Vou dizer 3 palavras, e o(a) senhor(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Caso o idoso não consiga repetir, falar as 3 palavras de novo e pedir que repita. Caso o idoso erre outra vez, dizer as 3 palavras em sequência novamente e pedir que repita. Registre como acerto qualquer uma das tentativas em que o idoso foi bem-sucedido e como erro, caso ele não consiga repetir as 3 palavras em sequência pelo menos uma vez).			
11	CARRO			
12	VASO			
13	TIJOLO			
	Gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quanto é: (Se o idoso acertar, registre imediatamente o acerto e prossiga com a sequência. Se o idoso errar, diga NÃO, não dê dica sobre qual é a resposta correta e prossiga com a sequência e assim por diante. Atenção: Se o idoso errar na primeira tentativa e corrigir espontaneamente, isto é, sem a sua dica, considere como acerto. Se ele se corrigir depois da sua dica, registre como erro).			

14	100 – 7			
15	93 – 7			
16	86 – 7			
17	79 – 7			
18	72 – 7 (65)			
	O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Uma única tentativa sem dicas. Considere como correta a repetição das 3 palavras em qualquer ordem).			
19	CARRO			
20	VASO			
21	TIJOLO			
22	Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome, dizendo: O que é isto?			
23	Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome, dizendo: O que é isto?			
24	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. (Registre como acerto somente se a repetição for perfeita, sem dicas).			
	Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. O(a) senhor(a) entendeu?			
25	Pega a folha com a mão correta.			
26	Dobra corretamente.			
27	Coloca no chão.			
28	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que o(a) senhor(a) fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).			
29	Gostaria que o(a) senhor(a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.			
30	Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o(a) senhor(a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados e 4 ângulos na área de intersecção, ou seja, uma cópia perfeita).			
Pontuação Total:				

FRASE: _____

DESENHO:



ANEXO B – MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT- FORM HEALTH SURVEY (SF-36)

2.2.1 Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?

() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Má

2.2.2 Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

() Muito melhor () Um pouco melhor () Quase a mesma
() Um pouco pior () Muito pior

2.2.3 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Item	Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não dificulta de modo algum
1	Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	() 1	() 2	() 3
2	Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	() 1	() 2	() 3
3	Levantar ou carregar mantimentos	() 1	() 2	() 3
4	Subir vários lances de escada	() 1	() 2	() 3
5	Subir um lance de escada	() 1	() 2	() 3
6	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	() 1	() 2	() 3
7	Andar mais de 1 quilômetro	() 1	() 2	() 3
8	Andar vários quarteirões	() 1	() 2	() 3
9	Andar um quarteirão	() 1	() 2	() 3
10	Tomar banho ou vestir-se	() 1	() 2	() 3

2.2.4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

Atividades	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	() 1	() 2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	() 1	() 2

Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	() 1	() 2
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	() 1	() 2

2.2.5 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Atividades	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	() 1	() 2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	() 1	() 2
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	() 1	() 2

2.2.6 Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2.2.7 Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6

2.2.8 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2.2.9 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6

vigor, de vontade, de força?						
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6

2.2.10 Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

2.2.11 O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Eu acho que a minha saúde vai piorar	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
Minha saúde é excelente	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)

“Agora eu vou perguntar o(a) senhor(a) sobre a sua vida, como o(a) senhor(a) está se sentindo. A sua resposta deve ser sim ou não. O(A) senhor(a) entendeu?”

Questões	Sim	Não
1. O(a) senhor(a) está satisfeito com a sua vida?		
2. O(a) senhor(a) abandonou muitas de suas atividades e interesses? (Deixou de fazer coisas que gosta?)		
3. O(a) senhor(a) sente que sua vida está vazia?		
4. O(a) senhor(a) se sente frequentemente aborrecido?		
5. O(a) senhor(a) na maioria das vezes está de bom humor?		
6. O(a) senhor(a) teme que algo de ruim lhe aconteça?		
7. O(a) senhor(a) se sente feliz na maioria das vezes?		
8. O(a) senhor(a) se sente frequentemente desamparado?		
9. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?		
10. O(a) senhor(a) sente que tem mais problemas de memória que antes?		
11. O(a) senhor(a) pensa que é maravilhoso estar vivo?		
12. O(a) senhor(a) se sente inútil?		
13. O(a) senhor(a) se sente cheio de energia?		
14. O(a) senhor(a) sente que sua situação é sem esperança?		
15. O(a) senhor(a) pensa que a maioria das pessoas estão melhores que o senhor(a)?		
Total		

ANEXO D – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

Declaração

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto “AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE IDOSOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA” de CAAE 16344019.7.0000.5187 submetido pela pesquisadora Tarciana Nobre de Menezes foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme o parecer 3.459.657.

Campina Grande, PB, 3 de junho de 2020.

Universidade Estadual da Paraíba
Doris Nóbrega de Andrade Laurentino
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa

UEPB


Coordenação do CEP/UEPB



Coordenação: Prof.ª Dr.ª Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
Coordenação Adjunta: Prof.ª Dr.ª Doris Nóbrega de Andrade Laurentino