



Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba

Iasmim Batista Correia*
Ricardo Alves de Olinda**
Tarciana Nobre de Menezes***

O artigo apresenta fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba. Trata-se de estudo transversal, realizado com idosos de ambos os sexos, residentes na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, Brasil, 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 e força muscular. Foi realizada correlação de *Spearman*, regressão linear simples e múltipla (IC95%; $p < 0,05$) para verificar a relação entre as variáveis. 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. Sugere-se a assistência integral e prioritária pelos serviços de saúde pública, visando controlar e reduzir a ocorrência de doenças físicas e psicológicas e manter a força muscular.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Grupos de risco. Nível de saúde. Qualidade de vida. Saúde das minorias étnicas.

* Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB, Brasil (miimcorreia@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0003-4909-7774>).

** Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB, Brasil (Ricardo.estat@yahoo.com.br); <https://orcid.org/0000-0002-0509-8428>).

*** Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB, Brasil (tnmenezes@yahoo.com.br); <https://orcid.org/0000-0003-1784-3218>).

Introdução

O envelhecimento humano é um processo progressivo e dinâmico, cujas modificações morfológicas, fisiológicas, funcionais e bioquímicas deixam 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), o que, por conseguinte, impacta na qualidade de vida (ESTEVE-CLAVERO *et al.*, 2018; CAMELO *et al.*, 2016). A qualidade de vida (QV) refere-se à manutenção da saúde nos aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais (OMS, 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), considerada pelo Estatuto do Idoso como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.

Esta alta prevalência 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 vida (LOPES *et al.*, 2019). Nesse 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, tais como a situação socioeconômico-demográfica (PIMENTA *et al.*, 2008; DAWALIBI *et al.*, 2014; CAMELO *et al.*, 2016; FERREIRA, 2019), a força muscular (MARTINS *et al.*, 2019), a capacidade funcional (CAMELO *et al.*, 2016; FEITOR *et al.*, 2017), o estado nutricional (FERREIRA, 2019), 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), a autopercepção de saúde (MIRANDA, 2014) e a depressão (PIMENTA *et al.*, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2018).

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).

Nesse contexto étnico-racial, inserem-se as comunidades quilombolas, símbolo da resistência à escravidão no Brasil, as quais são compostas majoritariamente por remanescentes de fugitivos da escravidão que apresentam cultura própria e forte vínculo com a terra (BRASIL, 2007; VIEIRA; MONTEIRO, 2013). São considerados remanescentes dessas comunidades os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de

ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003b).

A fim de valorizar nossa memória e reconhecer a dívida histórica e presente que o Estado brasileiro tem com a população negra, a Fundação Cultural Palmares tem se preocupado com o reconhecimento e a certificação das comunidades remanescentes de quilombos, visto que é um conceito político-jurídico que tenta dar conta de uma realidade extremamente complexa e diversa. Além disso, o Ministério da Saúde e a Presidência da República têm implantado programas e políticas públicas destinados à promoção da equidade e à melhoria das condições e dos modos de viver dos indivíduos (BRASIL, 2018). Tais iniciativas também objetivam o reconhecimento das necessidades específicas de populações em situação de vulnerabilidade, como é o caso dos idosos, visando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência destes indivíduos (BRASIL, 2006a), 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 a qualidade de vida em idosos quilombolas, de forma a contribuir para uma melhor assistência a essa população em situação de 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, 2006a). As comunidades remanescentes quilombolas (CRQs) constituem uma dessas populações em vulnerabilidade, para as quais é necessária a 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 (SANTOS *et al.*, 2016). Na literatura científica consultada, foram encontrados poucos estudos 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 (SANTOS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Estudar populações quilombolas envolve compreender que a etnia influencia diretamente a condição de vida e de saúde dessa população (BEZERRA *et al.*, 2015) e, consequentemente, a qualidade de vida do idoso (PIMENTA *et al.*, 2008; STIVAL *et al.*, 2014; MIRANDA, 2014; DAWALIBI *et al.*, 2014; CAMELO *et al.*, 2016; FEITOR *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018). Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e os fatores relacionados em idosos de uma comunidade quilombola do estado da Paraíba.

Metodologia

O presente trabalho 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, realizado na Comunidade Quilombola de Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande-PB, a qual é reconhecida pela Fundação Cultural Palmares.

A pesquisa deste estudo foi constituída por todos os idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, que estavam cadastrados no e-SUS como residentes na Comunidade Quilombola de Caiana dos Crioulos. No sistema havia 64 idosos cadastrados, no entanto, após consulta à agente comunitária de saúde (ACS), verificou-se que nove não residiam mais na comunidade ou se tratava de pessoas com menos de 60 anos, resultando, assim, em 55 idosos moradores na comunidade quilombola.

Foram excluídos os idosos que apresentavam deficiência auditiva grave não corrigida, que impossibilitasse a aplicação do questionário, bem como os acamados ou que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, de forma a não permitir sua participação nos testes físicos, e aqueles 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). São considerados com declínio cognitivo os analfabetos com pontuação inferior a 13, aqueles com 1 a 8 anos de escolaridade com pontuação menor de 18 e aqueles com nove ou mais anos de estudo com pontuação inferior a 26.

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 necessária. 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 informados sobre os métodos, 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 realizada mais uma tentativa de chamamento pela agente comunitária de saúde. Para aqueles que não atenderam aos chamamentos foram feitas visitas domiciliares com a possibilidade de duas visitas de retorno, caso o idoso não estivesse presente. Aqueles não 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, sendo que a qualidade de vida relacionada à saúde é a variável dependente deste estudo e as demais são as variáveis independentes.

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 por 11 questões e 36 itens que englobam oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral da saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; e 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 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; em seguida, os valores obtidos foram aplicados na seguinte fórmula:

$$Raw\ Scale = \frac{\text{Valor obtido nas questões respondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação (score range)}} \times 100 \quad (1)$$

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 Jr., Kosinski e 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 é 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.*, 1994) 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?” As opções de resposta eram: menos de 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 a partir da soma da renda bruta da família dividida pelo número de pessoas que formavam este grupo familiar. Para fins estatísticos, os grupos foram recategorizados 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 refere-se 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 é 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 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.

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); e depressão severa (11 a 15 pontos). Assim, quanto maior a pontuação obtida maior é o indicio 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; e 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 é 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 (peso/estatura²), 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 medição da estatura foi feita com um estadiômetro portátil (ALTUREXAT®). Para a análise do IMC, os idosos foram classificados da seguinte forma: baixo peso (IMC $<$ 23 kg/m²); eutrofia (23 \geq IMC $<$ 28 kg/m²); sobrepeso (28 \geq IMC $<$ 30 kg/m²); e obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) (WHO, 2000). Assim, quanto menor o IMC maior é o indicativo de desnutrição e quanto maior o IMC, maior é o indicativo de obesidade.

O perímetro da panturrilha (PP) foi mensurado utilizando as técnicas descritas em Lohman *et al.* (1988). Foram considerados não adequados (massa muscular diminuída) os seguintes pontos de corte: 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). A mensuração da DCT foi feita por meio do compasso *Lange*®.

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

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

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): 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 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 apontam 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); e 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, empregou-se 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 n. 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 n. 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, quatro se recusaram a participar da pesquisa, dois não foram encontrados em seus domicílios nas duas visitas realizadas, três foram excluídos segundo o critério do MEEM e um 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. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos quilombolas de acordo com a qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes 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%), tinha idade entre 60 e 70 anos (45,8%), possuía mais de dois anos de estudo (66,7%), morava em domicílios com dois ou mais membros (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%), informou 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%), tinha idade entre 60 e 70 anos (50%), possuía de um a dois anos de estudo (52,9%), morava em domicílios

com dois ou mais membros (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%), informou 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, por condição da qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental, segundo variáveis avaliadas
Alagoa Grande-PB – 2019

Variáveis	QVRS componente físico			QVRS componente mental		
	Boa (%)	Ruim (%)	<i>p</i>	Boa (%)	Ruim (%)	<i>p</i>
Sexo			0,831			0,595
Mulheres	56,7	43,3		60,0	40,0	
Homens	60,0	40,0		46,7	53,3	
Idade			0,824			0,616
60 a 70 anos	54,2	45,8		50,0	50,0	
Mais de 70 anos	61,9	38,1		61,9	38,1	
Anos de estudo			0,570			0,719
Nunca estudou	64,0	36,0		60,0	40,0	
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	70,0	30,0		60,0	40,0	
Acima de um salário mínimo	54,3	45,7		54,3	45,7	
NSE			0,816			0,584
A/B	0,0	0,0		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		55,0	45,0	
Com sintomas	20,0	80,0		60,0	40,0	
Número de DCNT			0,359			0,491
Nenhuma	70,0	30,0		70,0	30,0	
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	

(continua)

(continuação)

Variáveis	QVRS componente físico			QVRS componente mental		
	Boa (%)	Ruim (%)	<i>p</i>	Boa (%)	Ruim (%)	<i>p</i>
Risco metabólico			0,566			0,814
Sem risco metabólico	65,0	35,0		60,0	40,0	
Com risco metabólico	52,0	48,0		52,0	48,0	
IMC			0,965			0,201
Baixo peso	50,0	50,0		80,0	20,0	
Eutrofia	60,0	40,0		40,0	60,0	
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		0,0	0,0	
FPM			0,915			1
Boa	0,0	0,0		0,0	0,0	
Regular	53,3	46,7		53,3	46,7	
Ruim	60,0	40,0		56,7	43,3	
Teste de sentar e levantar			0,123			0,073
Força adequada em MMII	73,7	26,3		73,7	26,3	
Força inadequada em MMII	46,2	53,8		42,3	57,7	

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

Nota: 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 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 e desvio-padrão das variáveis avaliadas
Alagoa Grande-PB – 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	1.996	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 DCNT	1,4	1	0	5	1	2	1,2
Risco metabólico (cm)	92,7	93	62,46	121,8	85	101,8	12,4
IMC (kg/m ²)	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

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

Nota: 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 prensão manual.

Os resultados do coeficiente de correlação da qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental conforme as variáveis avaliadas encontram-se na Tabela 3. 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 mostrou 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
Coefficiente de correlação dos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde, segundo as variáveis avaliadas
Alagoa Grande-PB – 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/m ²)	-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

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

Nota: 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.

A Tabela 4 traz 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 verifica-se que não houve relação estatisticamente significativa entre o componente mental da QVRS e as variáveis estudadas.

Os resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o componente físico e mental da qualidade de vida estão na Tabela 5. 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 mostrou 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 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-PB – 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

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

Nota: 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.

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-PB – 2019

Variáveis	R ²	β1	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Physical componente summary (PCS)	0,379				
Intercepto		874,24	129,97	6,727	<0,0001
Sintomas depressivos (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*
Mental component summary (MCS)	0,215				
Intercepto		50,394	2,874	17,530	<0,0001
Sintomas depressivos (pontos)		0,324	0,209	1,547	0,129
Número de DCNT		0,648	0,392	1,653	0,106
IMC (kg/m ²)		0,025	0,095	0,265	0,792
FPM (kgf)		- 0,037	0,095	0,389	0,699

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

Nota: DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; IMC: índice de massa corporal; FPM: força de prensão manual; * nível de significância <0,05; R²: coeficiente de determinação; β1: 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). 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 se tratar 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; FERRETI, 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. 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 consegue realizar suas atividades rotineiras, o que faz com que apresente 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). 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 representam 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 localidades (BRASIL, 2007). Por meio 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, 2006a), 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 *et al.* (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.

Nesse sentido, observa-se a importância do manejo de políticas públicas que visem a prevenção à depressão. De acordo com o Ministério da Saúde, 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 (BRASIL, 2006b). 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 distinto.

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 (BRASIL, 2006b), os quais poderiam ser utilizados para facilitar a identificação desse problema no 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.* (2020) 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-MG, a QVRS ruim no domínio físico esteve associada ao maior número de doenças crônicas (quatro ou mais). Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que, 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 é a debilidade vivenciada pelo idoso e menor é 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, prevenção – primária, secundária e terciária –, reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional e recuperação da saúde, incluindo ações para o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. 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 sua implantação tem ocorrido de forma gradual nos centros urbanos devido à exigência de liberação por emenda parlamentar em períodos específicos para cadastro (BRASIL, 2011, 2021), o que ainda está distante das comunidades quilombolas, tornando-se de difícil acesso aos idosos dessa população. Assim, 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-MG, a QVRS ruim no domínio físico esteve associada à inatividade física e a ter estado acamado nos últimos 15 dias. Estudo produzido por Buso *et al.* (2020) com 74 idosos residentes da zona rural de Uberaba-MG, a QVRS ruim no domínio físico esteve relacionada à 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 QV. Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2018) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a) 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 sua qualidade de vida (PIMENTA *et al.*, 2008), podendo contribuir para o aumento da prevalência de depressão e do número de doenças e a redução de suas capacidades físicas (OLIVEIRA *et al.*, 2015). As limitações sociais podem, ainda, interferir 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 DCNT, à depressão e ao tabagismo (BRASIL, 2017). Nesse 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; e acesso a bens e serviços essenciais. Dessa forma, fica evidente que as dificuldades enfrentadas exigem que os serviços de saúde adaptem 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 mostrou 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 e levantar, que é a capacidade para realizar movimentos corporais de forma eficiente (NAHAS, 2001). No idoso, principalmente em situação vulnerável, algumas doenças são acompanhadas de sintomas incapacitantes, que podem limitar sua autonomia e ocasionar transtornos para sua vida e, conseqüentemente, para sua qualidade de vida (BARROSO *et al.*, 2015).

Por fim, é possível entender como as variáveis em evidência neste estudo conjuntamente influenciam uma QVRS ruim no componente físico, visto que os resultados apontam que os sintomas indicativos de depressão (DAWALIBI *et al.*, 2014), o número de DCNT (BUSO *et al.*, 2020) e o teste de sentar e levantar (MARIANO *et al.*, 2013) podem impactar negativamente a capacidade funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessa população.

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, o número de DCNT, a presença de morbidades e a 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 influenciarem 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 de o indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos e às 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 por meio 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 encontrados neste estudo. Entretanto, não é apropriado que alguém se acostume a esse tipo de ambiente, sendo 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, 2006a, 2017, 2018), bem como outros indicadores em saúde não abordados neste estudo e que podem interferir na percepção da qualidade de vida do indivíduo. 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. Por fim, o maior incentivo a pesquisas que avaliem a temática a partir dos mais diversos indicadores em saúde auxiliaria cada vez mais no direcionamento desses cuidados.

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 é um dos raros estudos 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 e, por isso, acredita-se que o número resumido não desvalorizou os achados, uma vez que possibilitam identificar e repercutir as 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, na medida em que dificultou comparações com os dados desta pesquisa.

Os resultados suscitam discussões importantes sobre fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos quilombolas, podendo 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.

Deve-se observar, ainda, 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, serviços públicos de saúde e 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, assim, 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. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Londres, v. 14, n. 10, p. 858-865, Oct. 1999.

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

BARBOSA, A. R. *et al.* Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1177-1185, ago. 2005.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 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. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BEZERRA, V. M. *et al.* Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 797-807, out. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003a.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**, Brasília, n. 19, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 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. Brasília, 2007.

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, v. 1, n. 1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS**, Brasília, 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**. 3. ed. Brasília, 2017.

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, v. 1, n. 1, 2018.

BUSO, A. L. Z. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 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. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 280-293, abr. 2016.

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.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, 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 Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 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. **Revista UNIABEU**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 26, p. 260-273, out. 2017.

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.

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

GUITERAS, 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 psicologica*. 1. ed. Barcelona: Universitat; 1993. p. 175-95.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of International Medicine**, Philadelphia, v. 118, n. 8, p. 622-629, Apr. 1993.

IPP – Instituto de Psiquiatria Paulista. **Depressão no idoso: o que você precisa saber**. Santo André, 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, set. 1987.

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. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, n. especial, 2019.

MARIANO, E. R. Força muscular e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 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. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 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.

OLIVEIRA, S. K. M. *et al.* Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Resolución 46/91, de 16 de diciembre de 1991**. Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad. Ginebra, art. 74, p. 178-80, dec. 1991.

PAGOTTO, V. *et al.* Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 322-328, abr. 2018.

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

PIMENTA, F. A. P. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 55-60, jan./fev. 2008.

RANTANEN, T. *et al.* Grip strength changes over 27 year in japonese-american men. **Journal of Applied Physiology**, Rockville, 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. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 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. **Journal of Aging and Physical Activity**, Hanover, v. 7, n. 2, p. 162-81, 1999.

ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, São Paulo, 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. **Id on Line – Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Jaboatão dos Guararapes, 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. **Enfermería Comunitaria – Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria**, Espanha, v. 14, 2018.

SANTOS, V. C. *et al.* Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1300015, 2016.

SOARES, D. A.; BARRETO, S.M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 341-54, 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, 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. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-267, jun. 2007.

STÄHL, E. *et al.* Health-related quality of life is related to COPD diseases everity. **Health and Quality of 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. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 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, v. 10, n. 1, p. 94-108, jan./jul. 2011.

VELTEN, A. P. C. *et al.* Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 1, p. 9-16, jan. 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, v. 37, n. 99, p. 610-618, dez. 2013.

WARE JR., J. E.; KOSINSKI, M.; 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.

WARE JR., 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.

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

WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 41, n. 10, p. 1403-9, Nov. 1995.

Sobre os autores

Iasmim Batista Correia é mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e graduada em Fisioterapia pela UFPB. Fisioterapeuta e instrutora de pilates na cidade de Caiçara-PB.

Ricardo Alves de Olinda é doutor em Estatística e Experimentação Agronômica pela Universidade de São Paulo, Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz” (Esalq), mestre em Estatística e Experimentação Agropecuária pela Universidade Federal de Lavras (Ufla) e graduado em Estatística pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Professor adjunto do Departamento de Estatística e do Mestrado em Saúde Pública da UFPB. Professor do Mestrado em Gestão e Tecnologia Ambiental da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), *campus* de Rondonópolis

Tarciana Nobre de Menezes é doutora e mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (Uece). Professora doutora associada do Departamento de Fisioterapia, do Mestrado em Saúde Pública e do Mestrado em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Endereço para correspondência

Iasmim Batista Correia

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Fisioterapia
Avenida das Baraúnas, 351 – *campus* universitário, Bodocongó
58429-500 – Campina Grande-PB, Brasil

Ricardo Alves de Olinda

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Estatística, Centro de Ciência e
Tecnologia
Avenida das Baraúnas, 351 – *campus* universitário, Bodocongó
58429-500 – Campina Grande-PB, Brasil

Tarciana Nobre de Menezes

Universidade Estadual da Paraíba, Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
Avenida das Baraúnas, 351 – *campus* Universitário, Bodocongó
58429-500 – Campina Grande-PB, Brasil

Abstract

Factors related to the quality of life elderly people from a Quilombola Community of Paraíba

The article presents factors related to the quality of life of the elderly in a quilombola community in Paraíba. A 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 and muscle strength. Spearman correlation, simple and multiple linear regression (CI 95%; $p < 0.05$) were performed to verify the relationship between the variables. Forty-five elderly people (66.6% women) were evaluated, with a mean age of 71.3 years, 42.2% of which 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. 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. Comprehensive and priority care by public health services is suggested in order to control and reduce the occurrence of physical and psychological diseases and maintain muscle strength.

Keywords: Health of the elderly. Risk groups. Health status. Quality of life. Health of ethnic minorities.

Resumen

Factores relacionados con la calidad de vida de los ancianos en una comunidad quilombola de Paraíba

El artículo presenta factores relacionados con la calidad de vida de los ancianos en una comunidad quilombola de Paraíba, de un estudio transversal realizado con ancianos de ambos sexos residentes de la comunidad quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande, Paraíba,

Brasil, y registrados en el e-SUS como residentes de esa comunidad. La variable dependiente es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), mientras que las independientes son perfil socioeconómico-demográfico, estado de salud, estado nutricional y fuerza muscular. Se trabajó con la correlación de Spearman y con regresión lineal simple y múltiple (IC 95%; $p < 0,05$) para verificar la relación entre las variables. 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 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. 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 su componente físico. Se sugiere que la atención integral y prioritaria desde los servicios de salud pública maneje y reduzca la ocurrencia de enfermedades físicas y psicológicas y busque mantener la fuerza muscular.

Palabras clave: Salud del anciano. Grupos de riesgo. Estado de salud. Calidad de vida. Salud de las minorías étnicas.

Recebido para publicação em 10/08/2021

Aceito para publicação em 29/12/2021